

**T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA İLİ VİRANŞEHİR İLÇE MERKEZİNDE
SAĞLIK PERSONELİNİN AİLE İÇİ ŞİDDET
KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM ve MESLEKİ
UYGULAMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZNUR KANDEMİR

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MEHMET ALİ KURÇER

ŞANLIURFA

2007

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimin ve tezimin hazırlanması süreçlerimi, ilgisi, sabrı ile kolaylaştıran tez danışmanım Doç.Dr. Mehmet Ali Kurçer'e, eğitimim boyunca halk sağlığı bilgimim artması için emeğini esirgemeyen Doç.Dr. Zeynep Şimşek'e, tezimin saha çalışmasında bana sürekli destek olan eşime ve aileme teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmama katılan tüm sağlık personeli arkadaşlarıma yürekten teşekkür ederim.

Öznur KANDEMİR

2007

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii-iii
TABLolar DİZİNİ	iv-v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ	1-4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Aile İçi Şiddetin Tarihçesi	5-6
2.2. Türkiyede'ki Süreç	6-7
2.3. Aile İçi Şiddetin Epidemiyolojisi	7-9
2.3.1. Türkiyede Aile İçi Şiddetin Epidemiyoloji	9-10
2.4. Aile İçi Şiddette Dinamikler	10-11
2.5. Aile İçi Şiddetin Sağlığa Etkileri	11-13
2.6. Sağlık Personelinin Yaklaşımı	13-14
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği	15
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	15
3.3. Veri Toplama Araçları	15
3.3.1. Aile İçi Şiddet Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi, Tutum ve Yaklaşımları Anketi	15
3.4. Araştırmada Kullanılan Tanımlar	16
3.5. Uygulama Süresi	16
3.6. Araştırma Verisinin Analizi	16

4. BULGULAR	17-30
5. TARTIŞMA	31-37
6. SONUÇ	37
7. ÖNERİLER	38
8. KAYNAKLAR	39-43
9. EKLER	44-47

TABLolar DİZİNİ	Sayfa
	No
Tablo 1. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	17
Tablo 2. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	17
Tablo.3. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslekte Geçen Sürelerine Göre Dağılımı	18
Tablo.4. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı	18
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı	19
Tablo 6. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Statüsüne Göre Dağılımı	19
Tablo 7. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Sizin çocukluğunuzda ya da gençliğinizde kendi ailenizde aşağıdakilerden hangisi ile karşılaştınız” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	20
Tablo 8. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin” Şu anki ailenizde aşağıdakilerden hangisi ile karşılaştınız” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	21
Tablo 9. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre kim veya kimlerin uygulamaları kadına yönelik aile içi şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	21
Tablo 10. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre kim veya kimlerin uygulamaları aile içi cinsel şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	22
Tablo 11. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre aşağıdaki durumların hangisi veya hangilerinin varlığı cinsel şiddet oluşmasına neden olabilir” ” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	22
Tablo12. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “size göre hangisi veya hangileri cinsel şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	23
Tablo13. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre hangisi veya hangileri duygusal istismar kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	23

Tablo14. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin ”size göre hangisi,veya hangileri ekonomik şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	24
Tablo15. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin” sizin günlük tıbbi mesleki uygulamalar sırasında karşılaştığınız aile içi şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmuştur” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	25
Tablo16. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin“Sizin günlük tıbbi mesleki uygulamalarınız sırasında gördüğünüz hastalarda hangi durumlarda aile içi şiddetten şüphelenirdiniz” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	26
Tablo17. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin“Sizin günlük tıbbi mesleki uygulamalarınız sırasında aile içi şiddetten şüphelenseniz yaklaşımınız nasıl olurdu” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	27
Tablo18. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin“Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız cinsel şiddet olgusundan şüphelenseniz yaklaşımınız nasıl olurdu” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	28
Tablo19. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	29
Tablo20. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız cinsel şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	30

ÖZET

Şanlıurfa İli Viranşehir İlçe Merkezinde Sağlık Personelinin Aile İçi Şiddet Konusunda Bilgi, Tutum ve Mesleki Uygulamaları

ÖZNUR KANDEMİR

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışmada, Şanlıurfa ili Viranşehir ilçe merkezindeki sağlık personelinin aile içi şiddet konusunda bilgi, tutum ve mesleki uygulamaları araştırılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada, %95 güven düzeyinde olasılıklı olmayan örnekleme yöntemiyle 100 sağlık personeline ulaşılması hedeflenmiş ve 87 sağlık personeline ulaşılmıştır(cevaplama oranı %87). Veri toplamada aile içi şiddet konusunda sağlık personelinin bilgi, tutum ve yaklaşımları anketi kullanılmıştır. Sağlık personelinin aile içi şiddet bilgi düzeyleri şiddetin türlerine göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Sağlık personelinin %88-%93 sözlü şiddeti, %90-100'ü cinsel şiddeti, %93-96'sı ekonomik şiddeti doğru olarak tanımlayabilmişlerdir. Sağlık personelinin %72.4'i tekrarlayan fiziksel travmalardan şiddet olgularından şüphelendiklerini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin %67'si aile içi şiddet mağdurlarına yaklaşımları tıbbi tedavi yapıldıktan sonra rapor düzenleyerek adli kurumlara bildirdikleri saptanmıştır. Sağlık personelinin %37.7'si şiddet olgularına gerekli bakım, tedavi ve destek yardımlarını yaptıklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının aile içi şiddeti tanınması uygun yaklaşımlar, tedavi ve destek için eğitim, koordinasyon ve sevk sistemi geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Aile içi şiddet, sağlık personelleri

ABSTRACT**The Knowledge, Attitude and Career Applications About Violence within the Family of Health Staff in Şanlıurfa, Viranşehir.**

ÖZNUR KANDEMİR

Public Health Master thesis

In this study, the knowledge, attitude and career applications about violence within the family of health staff in Şanlıurfa, Viranşehir have been researched. In this descriptive type study 100 health staff chosen through 95% impossibility reliability sample method and 87 of them were reached (the answer rate 87%). Collecting the data health staff knowledge, attitude and approach questionnaire was used. It is determined that the knowledge level of health staff about violence within the family has changed relating to the violence type. The 88%-93% of the staff has described verbal, 90-100% sexual and 93-96% economical violences. 72.4% of the staff has declared that they have suspected cycling physical traumatic violences. 67% of the staff has been determined that the victims of violence within the family have been cured and sent to the justice 37% of the staff has said that they have given necessary treatment, cure and support to the violence victims. As a result, education, coordination and mobility systems have been developed for the support treatment and the appropriate approach of the health staff to realize the violence within the family.

Keywords. Domestic violence, health professionals

1.GİRİŞ

Şiddet, insanların bedensel veya ruhsal açıdan zarar görmesine, yaralanmasına ve sakat kalmalarına neden olan bireysel veya toplu hareketlerin tümüdür(42). Şiddet davranışı çocuk suistimali ve ihmali, okulda veya işyerinde kaba kuvvet kullanmak, kadına yönelik şiddet, tecavüz, yaşlı suistimali, adam öldürme gibi birçok şekilde olmaktadır (59). Dünya Sağlık örgütü şiddeti, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması “ durumu olarak tanımlamaktadır(59).

Şiddetin toplumda en yaygın görülen biçimi; kocanın karısına ve anne babanın çocuğuna karşı uyguladığı aile içi şiddettir (17). Aile içi şiddet, aile bireylerinin en az birisinin diğer bir aile bireyine veya bireylerine karşı fiziksel ve duygusal zararların ortaya çıktığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (59). Şiddetin çoğu zaman bir sorun çözme aracı olarak görülmesi aile içi şiddetin yaygınlığında ve kuşaklar arası devamlılıkta etkin olmaktadır. Ailenin mahremiyeti sebebiyle aile içinde gizli tutulan ve toplum tarafından meşru görülen şiddetin engellenmesi için toplumsal yaptırımların oluşması ve uygulanabilirliğinin sağlanması önemlidir (18).

Şiddet; psikososyal, emosyonel, cinsel, ekonomik ve fiziksel istismar gibi pek çok biçimde ortaya çıkabilir. İstismar çeşitleri beş grupta sınıflandırılabilir. Fiziksel istismar; Kaba kuvvet kullanmadır. Fiziksel istismarın varlığını işaret eden bazı davranışlar; itmek, tokat atmak, ısırarak, tekmelemek, yumruklamak, kesici aletlerle tehdit etmek veya saldırmak, dövmek gibi tanımlanabilir. Duygusal istismar; Sevgi, şefkat, ilgi onay destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, küçümsenmesi, hakaret etme, sövme, kişinin öz güveninin yitirmesine yol açmak, aşağılayıcı sözler söylemek gibi şekilleri vardır. Sözel istismar; söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Ekonomik istismar; kişinin çalışmasına izin vermemek veya kısıtlamak, çalışan kadının elinden parasını almak, ailenin geliri konusunda kadına bilgi vermemek gibi davranışlardır. Cinsel istismar; Cinselliğin tehdit, sindirme ve kontrol etme amacıyla kullanılmasıdır. Bunu gösteren davranışlar ise aşırı kıskançlık, bireyin cinsel performansı ile alay etme, cinsel ilişkiye zorlama gibi durumları içerir (39).

Fiziksel olmayan diğer şiddet biçimlerini yaşayan ve uygulayan pek çok insanca şiddet olarak tanımlanmamakta, dolayısıyla daha az önemsenmektedir(31). Şiddetin türü ne olursa olsun

temelinde bir güç dengesizliği yer almaktadır. Şiddet davranışına başvurmak, bireyin karşısındaki birey üzerinde güç uygulama ve kontrol koyma gereksinimini karşılamaktadır. Fiziksel şiddet dışında tüm şiddet türleri de belirli bir süre sonra fiziksel şiddetle sonuçlanmaktadır (59).

Çocuk istismarı ise, çocukların, sağlıklarına zarar veren, fiziksel, duygusal, zihinselya da sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalmalarıdır. İhmal ise çocuğun beslenme, bakılma, korunma gibi temel gereksinimlerinin ailesi tarafından yeterince karşılanmamasıdır(54). Dünya Sağlık Örgütü bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır. Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur(41,62). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır. Çocuk ihmali fiziksel veduygusal ihmal olarak ele alınmaktadır. Ancak bunları birbirinden ayırmak oldukça güçtür(56).

Çocuk istismarını fiziksel, cinsel, duygusal istismar olarak gruplayabiliriz(28). Duygusal istismar : çocuğun ruh sağlığını etkileyen, reddetme, aşağılama, tehdit etme, suçlama, gibi davranışlara maruz kalması ve yaşına, özelliklerine uygun olmayan beklentiler taşınmasıdır. Diğer istismar tipleri olmadığı halde tek başına duygusal istismar olabileceği gibi, diğer istismar tiplerine de hemen her zaman eşlik eder. Belirlenmesi ve tedavisi en zor istismar türüdür. Fiziksel istismar: çocuğun, dayak atma, yakma, ısırma, sarsma, haşlanma gibi olaylar sonucunda kaza dışı her türlü yaralanmasıdır. Anne baba, öğretmen, bakıcı gibi çocuğa bakıp yetiştirmekle yükümlü kişiler tarafından gerçekleştirilebilir. Çocuğu terbiye etmek amacıyla ya da öfke ile yetişkinin kontrolünü kaybetmesi sonucunda gelişebilir. Çocuğun bir erişkin, ya da yaşça kendinden büyük bir kişi tarafından cinsel doyum elde etmek amacıyla kullanılmasıdır. Anal ya da vajinal ilişki, oral-genital temas, cinsel organların ellenmesi, çocuğu pornografide ya da fuhuşta kullanmak, çocuğa pornografi izletmek, teşhircilik gibi. İstismarcı anna-baba ya da aile içinden biriye buna “ensest” adı verilir.(54) İzmir’de yapılan birçalışmada 1996-1998 yıllarında 50 çocuk istismarı ve ihmali tespit edilmiştir. ABD’nde fiziksel istismarın 5-20/1000 civarında olduğu bildirilmektedir. Yine ABD’nde 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismar yaygınlığı 1.3/1000 olarak saptanmış ve kız çocuklarında daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir(36,55).

Dünya Sağlık Örgütününün 2002 yılında yayınladığı raporunda, şiddetin en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir (30). Kadına yönelik şiddet coğrafi sınır, ekonomik

gelişmişlik ve öğretim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada ve kültürlerde son derece yaygın görülen bir olaydır (17). Kişiler arası şiddet ve özellikle aile içi şiddet bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (33). Ancak aile içi şiddeti saptamak oldukça güçtür. Genellikle ciddi yaralanmalar olunca tespit edilmekte, sürekli suistimal durumunda tespit edilememektedir (31). Amerika’da aile içi şiddetin diğer suçlardan daha fazla görüldüğü ve her 15 saniyede bir aile içi şiddet olgusu yaşandığı, her yıl 2-4 milyon kadının eşi tarafından dövüldüğü, bunların 2000-4000’inin yaralanma sonucu öldüğü, 1.4 milyon çocuğa en az bir aile bireyi tarafından şiddet uygulandığı belirtilmektedir (12). Türkiye’de aile içi şiddetin sebep ve sonuçlarının araştırıldığı araştırmaya göre; kadınların %58’i ilk evlilik günlerinde fiziksel şiddetle karşılaştığını, %5’i hamilelik döneminde % 18’i ilk çocuğun doğumundan sonra, %19’u ise daha sonra şiddetle karşılaşmaktadır.(58). Halen dünyada ve Türkiye’de şiddetin gerçek boyutları bilinmemektedir. Özellikle aile içi ilişkilerinin özel kabul edilmesi, şiddet deneyimlerinin gizlenmesi bu bilinmezlikte önemli faktörlerdir (42). Türkiye Aile Araştırma Kurumu’nun yaptığı bir çalışmada, her üç erkekte birisi eşine fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir(25). Ülkemizde aile içi şiddet mağdurlarına hizmet veren Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne bağlı toplam sekiz kadın evinde 1998-2001 arasında aile içi şiddet mağduru 2978 kadın ve 2498 çocuğa hizmet verildiği belirtilmektedir(27).

Aile içi şiddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerine şekillenmektedir. Bu nedenle şiddet kullanımı, toplumun benimsediği ve meşru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde o davranışın şiddet olarak algılanıp algılanmaması da oldukça güç olmaktadır (46). Kadının şiddete bakış açısı yaşadığı toplumun kültürüne, mevcut yasal düzenlemelere, kadının eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyine göre değişmektedir(53).

Aile içi şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına, aile sağlığının bozulmasına neden olmakta, ailenin sağlığındaki aksama da toplumun sağlığına yansımaktadır. Ayrıca aile içi şiddetten zarar gören bireylerin fiziksel, ruhsal tedavileri için yapılan harcamalar toplum ekonomisini etkilemekte ve şiddet durumu toplumsal, ekonomik kalkınma için bir engel oluşturmaktadır(11, 24, 59).

Şiddetin ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerin her birindeki uzmanların ve toplumun desteği gerekmektedir(3, 12, 24, 59). Sağlık bakımının amacı sağlığı korumak, hastalığı tedavi etmek, sakatlığı önlemek, ortaya çıkan problemi çözmek olmasına

rağmen sağlık personelinin şiddeti tanımada, önlemede, şiddet uzak ve güvenli bir ortam oluşturmada etkin olmadığı görülmektedir (12, 24, 59). Ayrıca sağlık personelinin algı ve değerleri de şiddetin ele alınmasını etkilemiştir. Sağlık personeli de şiddetin uygulandığı toplumun bir bireyidir ve şiddet durumu ile karşılaştığında zihninde taşıdığı inançlara bağlı olarak öfke, şaşkınlık, keder, elem gibi duygular yaşayabilmekte, yaşadığı duygular şiddete yaklaşımını etkileyebilmektedir. (12, 32).

Bu çalışmada halk sağlığının önemli konularından olan aile içi şiddet hakkında, sağlık personelinin bilgi, tutum, mesleki uygulamalarını değerlendirmek ve bu uygulamalara etki eden faktörleri belirleyerek sağlık personelinin halk sağlığı kapsamında aile içi şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve mesleki uygulamalarını tartışmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Aile İçi Şiddetin Tarihçesi

Arkeolojik çalışmalar, kadınlarda fiziksel şiddetin izlerini 3000 yıl öncesine götürmektedir. Erkek mumyaların kemiklerinde %9 -20 kırığa rastlanırken, kadın mumyalarda bu oranın %30 olduğu bildirilmektedir. Bu kırıklar savaştan çok bireysel şiddete bağlı olduğu düşünülen kafa kırıklarıdır. Eski Roma’da erkekler kendilerinden izinsiz oyunlara katıldıkları, zina yaptıkları için eşlerini cezalandırmak, boşamak ve öldürmek hakkına sahipti (42). Kadına yönelik şiddete ilişkin yasal ve tıbbi çalışmalar ise 1800’lü yıllara dayanmaktadır. Kadına yönelik şiddeti suç sayan ilk yasa Maryland’de 1883 ‘de yapılmıştır .

Birleşmiş Milletlerin dünya barışı için cinsiyetler arasında her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik 1967’de yayınlanan beyannamesinde; özellikle barış içinde bir dünya için kadınlara yönelik her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması gerektiği belirtilmiş, 1975’te Meksiko City’de yapılan 1.Dünya Kadın Konferansında, 1975 yılı kadın yılı ilan edilmiştir. 1993’de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu “Kadına Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması” Beyannamesini kabul etmiş, kadına yönelik aile içi şiddetin ilk resmi tanımı bu belgede yapılmıştır. Kadına yönelik şiddet ilk kez 1975 yılında Meksika’da toplanan “Uluslararası Dünya Kadınlar Konferansı”nda dile getirilmiştir. Birleşmiş Milletler “Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiyesi Sözleşmesi” ni (CEDAW) 1981 yılında imzaya açmıştır. Türkiye bu sözleşmeyi 1985 yılında, kadına yönelik şiddetin önlenmesi sözleşmesini de 1993 yılında imzalamıştır (42,59). 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler 4. Dünya Kadın Konferans’ında kadın sorunlarının evrensel olduğu mesajı verilerek konferans sonunda 189 ülkenin kabul ettiği Pekin Bildirgesi ve Eylem Platformu, kadın haklarının insan hakları olduğunun altı çizilerek, hükümetlere, kadına karşı şiddeti önleme ve yeryüzünden silme çağrısında bulunarak kadının güçlenmesini ve toplumsal konumunun yükselmesini sağlamak, kadın-erkek eşitliğinin geliştirmek ve toplumsal cinsiyet bakış açısını temel politika ve programlara yerleştirmek yükümlülüğünü ortaya koymuştur. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1999 yılında, kadına karşı şiddeti” bir halk sağlığı önceliği “olarak kabul etmiştir (40, 42).

Dünyada ve Ülkemizde bir başka şiddet mağduru da çocuklardır. Çocuk istismarına yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir(26,51).

Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişme 1989'da Birleşmiş Milletler'ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. ÇHS 1989 yılında benimsenmiş 2 Eylül 1990 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme tarihte çocuk hakları ile ilgili yasal bağlayıcılığı olan ilk sözleşmedir. Sözleşme 54 maddeden ve dört temel maddeden oluşmaktadır. Bu temel alanlar çocukların yaşama, gelişme, korunma ve katılım hakları olarak belirlenmiştir(7). Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir(43). Bu yükümlülüklerin yerine getirilişi, on uzmandan oluşan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesince izlenir. Sözleşmeye taraf devletler, sözleşmeyi onayladıktan iki yıl sonra ve ardından her beş yılda bir Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi'ne ülkelerindeki çocuk hakları ile ilgili durum hakkında rapor vermekle yükümlüdür(7)

2.2. Türkiyede'ki Süreç

Türkiye'de de yüzyıllar boyunca, erkeğin eşini dövmesi, erkeğin hakkı hatta görevi olarak kabul edilmiştir. Şiddet konusunda çalışmaların geçmiş yıllarda çok kısıtlı olduğu, ancak 1980'li yılların sonlarında hız kazandığı görülmektedir. Kadın hareketinin canlılık kazanması; kadın yaşamını, toplumdaki konumunu hukuk, eğitim, siyasal yaşam, sağlık ve diğer alanlarda varolan cinsiyet rollerini sorgulamayı getirmiştir. Uluslar arası kadın hareketinin de etkileriyle kadınların örgütlenmeleri ve kadına yönelik şiddete ilişkin önlemler alınması gündeme gelmiş ve kadın dayanışma vakıfları ve kadın sığınma evleri gibi kuruluşların açılmasına yol açmıştır (42).

Dünyanın her yerinde olduğu gibi, Türkiye'de de kadına yönelik şiddet ciddi bir sorundur. Ancak hala bu konuda ayrıntılı bir istatistik bulmak güçtür. Çeşitli kadın kuruluşlarının (Kadın Dayanışma Vakfı, Ka-Mer gibi) ve Aile Araştırma Kurumunun yaptığı araştırmalar ancak kısmi bir görüntü vermektedir(48).

Ülkemizde çocuk istismarıyla ilgili çalışmaların başlangıcı çok yeni olup, ÇHS'ni imzalayan ilk devletler arasındadır. Ülkemizin bu sözleşmeyi 14.09.1990 tarihinde imzalayarak, 4058 sayılı yasa ile onaylanmasını uygun bulmuş ve 1995 yılında 22184 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmak suretiyle yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme Anayasamıza göre yasa hükmündedir. Ülkemizde sözleşme ile ilgili koordinatör kuruluş Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumudur(7).

2005 yılı Ekim ayında, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Kadın Konukevi sayısı 14, toplam kapasite ise 259'dur. Bunun dışında, çeşitli belediyelerin ve sivil toplum kuruluşlarının sığınma evleri de vardır (22).

2.3 Aile İçi Şiddetin Epidemiyolojisi

Aile içi şiddetin dünyada ve Türkiye'de önemli bir sağlık sorunu olduğu bilinmektedir. Son 15-20 yılda, dünyanın her yerinde, eş şiddeti ve çocuk istismarı ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Tüm dünya nüfusunu temel alan 48 çalışmanın verilerine göre, Dünya Sağlık Örgütü kadınların eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama oranını % 10-69 arasında bildirmiştir(30) Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların 1/3'ü ile 2/3'ünün eşi tarafından şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (42,12,157). Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha yüksek olup %20-50 civarındadır (57,58).

ABD'de her iki evlilikten birinde fiziksel şiddet söz konusudur ve her yedi saniyede bir, bir kadın bir erkek tarafından dövülmektedir. Dayak, tek başına kadınlardaki yaralanmalarda en sık karşılaşılan travma nedenidir (60). Epidemiyolojik yöntemlerin kullanıldığı prevalans çalışmalarının sonuçlarına göre, ABD'de erişkin kadınların %20'sinin, yüksekokul öğrencilerinin %15'inin ve ergenlik çağındakilerin %12'sinin cinsel kötü davranışa ya da saldırıya maruz kaldığı belirlenmiştir. Barbados' da ada genelinde yapılan bir çalışmada her üç kadından birinin çocukken cinsel saldırıya uğradığı bildirilmiştir. Güney Kore'de Seul'de kadınların %17'sinin tamamlanmış tecavüz girişimine maruz kaldığı belirlenmiştir (6).

Rusya'da her yıl 14.000 kadın eşleri tarafından öldürülmektedir. Fransa'da şiddet kurbanlarının %95'i kadınlardır. Avrupa Kadınlar Lobisinin 2001 yılında yaptığı çalışmada Fransa'da her yıl 25.000 kadının tecavüze uğradığı ortaya konmuştur. Meksika'da fiziksel

istismara uğramış kadınların %52'si aynı zamanda cinsel olarak da istismar edilmiştir. Şili, Peru, Meksika, Panama, Papua Yeni Gine ve ABD 'deki adalet sistemleri ve tecavüz kriz merkezlerinden edinilen bilgiye göre, bilinen cinsel saldırı kurbanlarının üçte biri ile üçte ikisi arası kurbanlar 15 yaş ve altıdır. Yeni Zellanda'da 14 yaşından önce cinsel ilişki yaşamış her dört kızdaki birinde bunun zorla gerçekleştiği ve çoğunlukla da yaşları daha büyük erkekler tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir(42).

Dünyada istismara uğrayan çocuk sayısı oldukça fazladır. Avrupa ve Asya merkezli bir çalışma 9-17 yaşlar arasındaki her 10 çocuktan 6'sının yanlış bir şey yaptıkları zaman anne-babaları tarafından dayak yediklerini göstermektedir (44). İngiltere'de haftada dört çocuk istismar ve ihmal nedeniyle ölmekte, dört yaş altında her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır(37). 0-4 yaş arasında çocuk istismarının görülme sıklığı, 5- 14 yaşa göre 2 kat fazladır (63). Anne yaşına bakıldığında 20 yaş ve altındaki annelerin çocuklarına daha sık olarak fiziksel istismarda buldukları gözlenmektedir. Çocuklara yönelik fiziksel istismarda annelerin oranı daha yüksek iken, ergenlere yönelik olanlarda babaların sorumlu oldukları saptanmıştır (55)

Yapılan araştırmalarda istismara uğrayan çocukların;

- Kurbanların %75'i kız çocuklar olduğu,
- Yaşlarının 6 ay- 18 yaş arasında değiştiği,
- Her sosyoekonomik ve kültürel düzeyde görülebildiği,
- İstismarcıların hemen tamamı erkek, %25 i genç ergen olduğu,
- Olguların %75-90 ında istismarcı çocuğun tanıdığı biri olduğu belirlenmiştir(54). Çocuk istismarı ve ihmalinin toplumdan topluma değişmesi; kültürel yapıdaki farklılıklardan, ailelerin çocuk eğitimi konusundaki bilgi ve inanışlarındaki farklılıklardan ve çocuğun ana-babasının ve diğer yetişkinlerin kendine karşı gösterdiği davranışları farklı algılamasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, bir toplumda çocuğa karşı yapılan hangi davranışların çocuk istismarı ve ihmal olarak algılanacağını, büyük ölçüde o toplumda bulunan bireylerin değerleri, inançları, benimsedikleri toplumsal normlar, çocuk gelişimi ile ilgili bilgileri ve aile ilişkileri belirlemektedir(8).

2.3.1. Türkiyede Aile İçi Şiddetin Epidemiyolojisi

Kadına yönelik şiddet, 1980'lerde önce kadın hareketinin, daha sonra da Türkiye'nin gündemine girmiştir. Toplum açısından önemli olan bu gelişme, 1988 ve sonrasında açık oturumlar, konferanslar vb. çalışmalarla sürmüştür, konuya ilgi giderek artmıştır. Yapılan araştırmalarla kadına yönelik şiddet kısmen görünür kılınmıştır (60).

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun aile içi şiddet ile ilgili olarak yaptığı bir çalışmada her 100 ailenin 34'ünde kadına yönelik fiziksel şiddetin var olduğu ortaya konulmuştur (4). Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Dayanışma Merkezi'ne 1992-1995 yılları arasında başvuran 550 kadının % 84'ünün aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Bursa İl Merkezi'nde, 2001 yılında, 506 kadını kapsayan bir araştırmada kadınların % 59'unun aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddeti uygulayanların başında eşlerin geldiği ve bunu anne ve babaların izlediği, şiddete maruz kalanların %14.5'ine fiziksel, % 33.6'sına duygusal, %45.5'ine de hem fiziksel hem de duygusal şiddetin birlikte uygulandığı saptanmıştır. Manisa'da yapılan bir çalışmada gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %24.8 bulunmuş, gebelik öncesi fiziksel şiddete uğrayanların %30.3'ünün gebeliğinde de fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır. Ayrancı ve ark. Eskişehir'de yaptıkları çalışmada gebelerde şiddet sıklığı %71.4 olarak saptanmış ve bu kadınların %99.1'in sözel, %36.4'ü fiziksel, %5.4'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır (14).

Türkiye Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı bir çalışmada, her üç erkekten birisi eşine fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir(25). Kadın Dayanışma Vakfı tarafından 1998 yılında yapılan bir çalışmada ise erkeklerin eşlerine sözel (%74) ve fiziksel şiddet (%54) uyguladıkları saptanmıştır Türkiye'de kadın sığınma evlerinde yapılan bir çalışmada, şiddet gören kadınların tamamına yakınının çocukken de şiddet gördüğü ve sonradan kendi çocuklarını dövdüğü saptanmıştır (61). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'de gösterildiği üzere, kadınların, yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, lüzumsuz para harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkiyi reddetmesi gibi durumlardan en az birinde kocası tarafından dövülmeyi onaylama sıklığı İstanbul İlinde %27'dir(19). Bolu'da yapılan bir çalışmada ev kadınları arasında açılan fiziksel şiddet prevalansı % 41 duygusal şiddet %26, cinsel şiddet %9, herhangi bir kontrol edici davranış %78 ve hayatının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete uğrama oranı % 60 olarak saptanmıştır.

Türkiye'de çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmalarda, yüzde 78 gibi yüksek bir oran ile duygusal istismarın ilk sırada olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar yüzde24 ve

cinsel istismar yüzde 9 oranındadır. 1980- 1982 yılları arasında sekiz ilde yapılan bir diğer araştırmada, istismara uğrama oranı % 33, tokat atma, kulak ve saç çekme oranı %25, sopa ile dövme oranı yüzde 14 olarak bulunmuştur. Eğitimsiz ailelerin yüzde 40'ı çocuklarını istismar ederken, eğitim düzeyi yüksek ailelerde bu oran yüzde 17'dir (2, 10, 15.) Bir diğer araştırmada, 7- 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık yüzde 40'ı anne ve/ya da babaları tarafından dayak yediklerini belirtmişlerdir (57).

2.4. Aile İçi Şiddet ve Dinamikler

Bireyler arası dinamikler de aile içi şiddeti etkileyen faktörlerdendir. Bunlar; düşük düzeyde evlilik içi tatmin, bireylerin agresif hareketler sergilemesi, ideolojik, ırk ve din-mezhep farklılıkları, bir eşin özellikle kadının mesleğinin diğerinden daha iyi olması, evliliğe duyulan aşırı bağımlılık, ergenlik döneminde anne olma, yasal olarak evli olmama durumudur (60). Çocuk istismarını arttıran aileye bağlı faktörler : İşsizlik ve ekonomik sıkıntılar, eğitimsizlik, çocuk sayısının fazla olması, üvey ebeveyn küçük anne-baba yaşı, alkol ve/veya uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, psikiyatrik sorunlu ebeveyn, aile içi geçimsizlik ve şiddet. Çocuk istismarını arttıran çocuğa bağlı faktörler: istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelen çocuk, özürlü çocuk, özel bir bakım gerektiren (örn: çok küçük prematüre, hastalığı olan) çocuk, hiperaktif çocuk gibi(54)

Aile içi şiddete maruz kalmış kişilerde genelde şu özelliklerin bulunduğu görülmektedir. Aile içinde belirgin bir pozisyonu vardır (en küçük ya da en büyük olma gibi). Aile içinde genelde her şeyin suçlusu görülme yaşlılar ve mental ya da bedensel özürlüler arasından seçilmektedir (60)

2.5. Aile İçi Şiddetin Sağlığa Etkileri

Genel anlamıyla ya da kadına yönelik şiddet, kişi üzerinde ne şekilde ortaya çıkarsa çıksın, genellikle depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri ya da girişimleri ve madde bağımlılığı gibi olumsuz psikiyatrik etkiler oluşturmakta, insanların algılama düzeyine ve şiddetin etkisine göre neden olduğu psikiyatrik belirtilerin seviyesi de değişmektedir. Kadın, eğer hamile ise, şiddetten sadece kendisi etkilenmemekte, ileriki dönemlerde, doğan bebekte de belirgin ruhsal rahatsızlıklar oluşabilmektedir(59).

Aile içi şiddetin farklı yaş grubundaki bireyler üzerindeki etkileri şu şekilde olmaktadır. Çocukta; okul başarısızlığı, depresyon, post travmatik stres bozukluğu, somatik yakınmalar, düşük benlik saygısı, fobi, antisosyal davranışlar, sinirlilik, içe kapanma, anksiyete, uyum sorunları, enürezis, agresif söz ve davranışlar, adölesanda; okul başarısızlığı, ilişki kurmada güçlükler, hırsızlık ve soygun girişimleri, şiddet davranışında artma, evden kaçma gibi davranışsal sorunlar, yetişkinde; post travmatik stres bozukluğu, bedeni üzerindeki kontrolde azalma, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, madde kötüye kullanımı, para harcama, kumar gibi tekrarlayan veya dürtüsel davranışlar, somatik yakınmalar, depresyon, intihar düşünceleridir (59). Hamilelik sırasında şiddet, temel olarak sözel olarak psikolojik tarzda ortaya çıkmaktadır. Fiziksel ya da seksüel şiddet çok az oranda görülmektedir(7). Yapılan çalışmalarda sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, doğum sayısı ve doğum öncesi bakım hizmetini alma gibi bilinen bazı karıştırıcı etmenler kontrol edildiğinde bile, gebelikte şiddetin düşük doğum ağırlığı ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kadına yönelik aile içi şiddet depresyon puanlarını artırmaktadır (14)

Kadına yönelik cinsel şiddetin sonuçları ölümcül olmayan -sonuçlar; yaralanmalar, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik sorunlar, irritabl kolon sendromu, kendine zarar veren davranışlar, düşükler, baş ağrısı.

psikolojik sonuçlar; depresyon, korku, anksiyete, kendine güvensizlik, cinsel bozukluklar, yeme sorunu, travma sonrası stres sendromu, ölümcül sonuçlar; özkıyım (intihar), öldürme (homisid), maternal mortalite (anne ölümü), HIV/AIDS olarak sıralanabilir(6,42)

Annesinin dövüldüğüne şahit olan üç çocuktan birinde psikosomatik bozukluklar, anksiyete, korku, uyku bozuklukları, kekemelik, okul problemleri, şiddetten kendini sorumlu tutma, sürekli gerginlik, suçluluk duygusu, terk edilme duygusu gibi önemli davranışsal ve emosyonel problemler görülmektedir(14). Çocukken şiddete maruz kalma ve tanık olma, psikiyatrik ve fiziksel morbidite nedeni olarak bildirilmiştir(6). Çocuklarda ;

- Öykü yaralanmanın şiddeti ile uyumlu değilse
- Yaralanma çocuğun gelişimsel düzeyi ile uyumlu değilse
- 1 yaşın altındaki bir bebekte kırık gibi ciddi bir yaralanma varsa
- Aynı çocuk sık sık kaza nedeniyle hastaneye getiriliyorsa
- Çocuğun kardeşlerinde de sık sık yaralanma öyküsü varsa
- Ailede risk etmenleri varsa istismardan şüphelenilmelidir(54).

Şiddete uğrayan kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularında şiddeti dile getirmemeleri, başvuru yakınmalarında yorgunluk, başağrısı, göğüs ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları,

nefes darlığı ve pelvik ağrı gibi somatizasyon belirtilerinin olması, bu belirtilerin genellikle şiddetle ilişkilendirilmemesi şiddetin gözden kaçmasına ve sessiz kalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastane başvurularında şiddet tanımlanmasa, şiddetin fiziksel bulguları saptanmasa bile somatik yakınmaların dikkate alınması, bu bireylere psikiyatrik konsültasyon istenmesi şiddet yaşantısının ortaya çıkmasına, belgelenmesine, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gerçekleşmesine katkı vermesi açısından önemlidir (59).

2.6. Sağlık Personelinin Yaklaşımı

Sağlık çalışanlarının temel rollerinden birisi şiddeti tanımak, bakım sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmaktır. Sağlık çalışanların diğer bir görevi de şiddetin yer aldığı evlerde ve diğer ortamlarda şiddetle ilgili bilgileri sahip olmak ve şiddet döngüsünü kırmaktır. Sağlık personeli aile içi şiddet mağdurları ile hastanenin poliklinik veya acil servisinde karşılaşır. Şiddet mağduru bireyler sorunla baş etmede yetersiz olduklarını düşünürler ve bu durumu paylaşmak isterler. Ancak suçluluk hissetme, utanma, çözüme ilişkin ümitsizlik, yardım alacağı bireye güvenmeme gibi duygular yaşamaları onların sorunu paylaşmalarını engelleyebilmektedir. Hastaneye gelen bu bireyler yaşadıkları sorunun ev içi şiddet sonucu ortaya çıktığını doğrudan belirtmediklerinden, durum aile içi şiddet olarak değerlendirilmemektedir. Hastane sağlık çalışanlarının özellikle acil servisindeki sağlık çalışanlarının aile içi şiddeti düşündüren durumları iyi bilmeleri ve saptamaları aile içi şiddetin ele alınmasında büyük önem taşımaktadır (49).

Bazı araştırmacılar, hamilelik sırasındaki eş şiddetinin önemli bir halk sağlığı sorunu olup birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar arasında yaygın olduğunu ve dünya çapında sosyal bir problem olarak görülmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Yine araştırmacılar, şiddetin, birinci basamak sağlık kurumlarındaki çalışanlar tarafından tanımlanması ve müdahale edilmesi ile %75'e kadar azaltılabileceği görüşündedirler. Ancak, kadınlara karşı şiddet, sağlık çalışanları tarafından az oranda göz önünde tutulmakta ve kadınların sağlık kuruluşlarına ziyaretleri sırasında şiddetle ilgili sorular pek sorulmamaktadır. Bazı çalışmalarda, sağlık çalışanlarının bu konuda isteksiz oldukları, bazı çalışmalarda da şiddete uğrayan kadınların yardım aramada tereddüt içinde oldukları belirtilmiştir (7).

Cinsel saldırıya uğrayan kadını değerlendiren sağlık ekibinin fiziksel ve ruhsal hasarları belirleyip önlemek, jinekolojik anamnez almak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek ve tedavisini yapmak, gebeliği önlemek, olayın doğru kaydını tutmak, delil toplanması için uygun girişimleri yapmak, dokümantasyonunu, transferini titizlikle yapmak, bunları resmi kurumlara bildirmek gibi hem hukuki hem de tıbbi sorumlulukları vardır. Fizik muayene ve materyal alımı sırasında doktor mağdur ile yalnız kalmamalı, bir hemşire eşlik etmelidir, mağdurun isteği üzerine bir yakını da muayene sırasında yanında bulunabilir. Muayene başlamadan önce ilk koşul mağdurun rızasının alınmış olmasıdır. Mağdurun muayenesi ve materyal alımı tamamlandıktan sonra mağdur ile yaralanmanın şiddeti, enfeksiyon, ve gebelik olasılığı konuşulmalıdır. Mağdurun takip etmesi gereken tedavi şekli anlatılmalı, mağdurun endişeleri ve beklentileri dinlenmeli, yanlış anlamalar giderilmelidir (38). Sağlık çalışanları fiziksel, cinsel ve duygusal istismar konularında kendilerini eğitebilir, önyargıları ve korkularını keşfetmeye çalışabilir. Şiddet kurbanlarına destek olarak ve yargılamadan yardım, bakım verebilirler. Hastalara istismar hakkında sorular sorarken dostça ve yumuşak bir şekilde yaklaşabilirler(1). Acil servislerde sağlık personelinin şiddet olaylarına yaklaşımları çeşitli açılardan düşünülebilmektedir. Bu yaklaşımlar, sağlık personelinin ve hastaların eğitilmesi, etkin iletişim becerilerinin uygulanması, şiddet olgularının rapor edilmesi, şiddet olaylarını önleyebilecek prosedürler hazırlanması ve standartlar geliştirilmesi şeklinde belirlenebilir(5) .

Sonuç olarak, aile içi şiddet toplum sağlığı için risk oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı sağlık personelinin aile içi şiddet konusunda bilgi, tutum ve mesleki uygulamalarının belirlenmesidir.

3.MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği

Bu çalışma tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılmıştır. Viranşehir Sağlık Grup Başkanlığına bağlı üç Sağlık Ocağı ve Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personelinin hepsi örnekleme alınmıştır. % 95 güven düzeyinde %5 yanılma payı ile 100 sağlık personeline ulaşılması planlanmıştır. Çalışmada cevaplama oranı %87 olarak hesaplanmıştır. Sağlık personeline Ocak-Mart 2007 tarihlerinde 08.00-17.00 saatleri arasında ziyaret yapılmış ve sağlık personeline yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak aile içi şiddet bilgi,tutum ve mesleki uygulamalar anketi doldurulmuştur.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Sağlık personelinin bilgi durumu, tutum ve mesleki uygulamaları

Bağımsız değişkenler: Sağlık personelinin yaşı, cinsiyeti, çalıştığı kurum, statüsü, medeni durum, meslekte geçen süresi

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Aile İçi Şiddet Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi, Tutum ve Yaklaşımları Anketi:

Bu anketin ilk bölümünde, sağlık personelinin sosyo demografik özellikleri(yaş, cinsiyet, çalıştığı kurum, statü, meslekte geçen süre, medeni durumu), çocukluktaki şiddet yaşantısı, şimdiki, ailesindeki şiddet yaşantısı, ikinci bölümde şiddet türlerinin kapsamaları, sağlık personelinin aile içi şiddet ve cinsel şiddet konusunda mesleki uygulamalarına ilişkin sorular yer almaktadır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Tanımlar

şiddet: insanların bedensel veya ruhsal açıdan zarar görmesine, yaralanmasına ve sakat kalmalarına neden olan hareketlerin tümüdür.

Aile içi şiddet: Kişiye kontrol etmek amaçlı aile bireylerinin uyguladığı zarar verici her türlü fiziksel saldırı olarak tanımlanmıştır.

ocuk istismarı: Çocuğun sağlığını fiziksel ve psiko sosyal yönden olumsuz etkileyen davranışlardır.

3.5. Uygulama Süreci

Saha alışması yapılmadan önce Viranşehir Sağlık Grup Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. Veri toplamada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. n hazırlık alışmaları Kasım –Aralık 2006 tarihleri arasında tamamlanmış, Ocak-Mart 2007'de saha çalışması yürütülmüştür. Mayıs 2007'de analizler yapılarak tez yazılmıştır.

3.6. Araştırma Verisinin Analizi

Araştırma verisi SPSS 11.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilecektir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler(sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) verilecektir. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılacaktır. %95 güven aralığı içinde hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Kişisel Özellikleri

Çalışmaya katılan personelin yaş ortalaması 29.3 ± 4.62 'dir. Tablo 1'de çalışmaya katılan sağlık personelinin yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

<i>Sağlık Personelinin Yaş grupları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
29 ve altı	55	63.2
30 ve üzeri	32	6.8
Toplam	87	100.0

Tablo 1'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %63.2'si 29 yaş ve altında, %36.8'i ise 30 ve üzeri yaştadır.

Tablo 2.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

<i>Sağlık Personelinin Cinsiyetleri</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Kadın	59	67.8
Erkek	28	32.2
Toplam	87	100.0

Tablo 2'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin % 67.8 kadın, %32.2 erkektir.

Tablo 3.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslekte Geçen Sürelerine Göre

Dağılımı

<i>Sağlık Personelinin meslekte geçen süreleri</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
3 ve altı	43	49.4
4 ve üzeri	44	50.6
Toplam	87	100.0

Tablo 3’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin meslekte geçen süreleri %49.4’ü 3 ve altı, %50.6’sı 4ve üzeridir. Çalışmaya katılan personelin meslekte geçen süre ortalaması ise 5.9 ± 5.13 ’dür.

Tablo 4.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

<i>Sağlık Personelinin Çalıştıkları Kurumlar</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
1 Nolu Sağlık Ocağı	11	12.6
2 Nolu Sağlık Ocağı	12	13.8
3 Nolu Sağlık Ocağı	13	14.9
Devlet Hastanesi	51	58.6
Toplam	87	100.0

Tablo 4’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %12.6’sı 1 Nolu Sağlık Ocağı, %13.8’i 2 Nolu Sağlık Ocağı, %14.9’u 3 Nolu Sağlık Ocağı ve %58.6’sı Devlet Hastanesinde çalışmaktadır.

Tablo 5.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı

<i>Sağlık Personelinin medeni durumu</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Evli	61	70.1
Bekar	25	28.7
Boşanmış	1	1.1
Toplam	87	100.0

Tablo 5’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %70.1 evli, %28.7 bekar ve %1.1’i boşanmıştır.

Tablo 6.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin Statüsüne Göre Dağılımı

<i>Sağlık Personelinin statüsü</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Pratisyen doktor	15	17.2
Uzman doktor-	10	11.5
Hemşire	37	42.5
Ebe	14	16.1
Sağlık memuru	11	12.6
Toplam	87	100.0

Tablo 6’da görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %17.2 pratisyen doktor, %11.5’i uzman doktor, %42.5’i hemşire, %16.1’i ebe ve %12.6’sı sağlık memurudur.

Çalışmaya katılan uzman doktorların 2’şer tanesi genel cerrahi ve enfeksiyon hastalıkları,1’er tanesi ise; ortopedi, üroloji, göz, göğüs, kadın doğum, KBB uzmanıdır.

Tablo 7.Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Sizin çocukluğunuzda ya da gençliğinizde kendi ailenizde aşağıdakilerden hangisi ile karşılaştınız” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Annem beni ve kardeşlerimi döverdi	18	20.6
Babam beni ve kardeşlerimi döverdi	8	9.1
Annem bana ve kardeşlerime bağıırdı	38	43.7
Babam bana ve kardeşlerime bağıırdı	29	33.3
Hiçbir sözlü ve fiziksel şiddetle karşılaştım	23	26.4
Babam annemi döverdi	7	8.1
Babam anneme bağıırdı	21	24.1
Annem babama bağıırdı	12	13.7

Tablo 7’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %20.6’sı” Annem beni ve kardeşlerimi döverdi “, %9.1’i” Babam beni ve kardeşlerimi döverdi “, %43.7’si “annem bana ve kardeşlerime bağıırdı”, %33.3’ü” Babam bana ve kardeşlerime bağıırdı “,%8.1’i” Babam annemi döverdi”, %24.1’i” Babam anneme bağıırdı”, %13.7’si”Annem babama bağıırdı”şeklinde yanıt verirken, %26.4’ ü ”hiç bir sözlü ve fiziksel şiddetle karşılaştım”, yanıtını vermiştir. Bu tabloda sağlık personeli % 29.7’si fiziksel şiddetle, %75.1’i sözel şiddetle çocukluğunda karşılaştığı saptanmıştır

Tablo 8. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin” Şu anki ailenizde aşağıdakilerden hangisi ile karşılaştınız” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Ben çocuklarımı gerektiğinde döverim	3	4.8
Eşimin çocuklarımızı dövdüğü olmuştur	2	2.2
Eşimin beni dövdüğü olmuştur	1	1.1
Eşimin bana bağırdığı olmuştur	35	40.2
Eşimin çocuklarımıza bağırdığı olmuştur	13	14.9
Benim çocuklarımıza bağırdığım olmuştur	24	27.5
Benim eşime bağırdığım olmuştur	37	42.5
Evimizde fiziksel ve sözlü şiddet yoktur	13	14.9

Tablo 8’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %4.8’i” Ben çocuklarımı gerektiğinde döverim”, % 2.2’si “Eşimin çocuklarımızı dövdüğü olmuştur”, %1.1’i”Eşimin beni dövdüğü olmuştur”, %40.2’si “Eşimin bana bağırdığı olmuştur”, %14.9’u”Eşimin çocuklarımıza bağırdığı olmuştur”, %27.5’i “Benim çocuklarımıza bağırdığım olmuştur”, %42.5’i”Benim eşime bağırdığım olmuştur”,%14.9’u” Evimizde fiziksel ve sözlü şiddet yoktur ” yanıtını vermiştir. Sağlık personeli eşinden daha çok şiddet uyguladığı saptanmıştır.

Tablo 9. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre kim veya kimlerin uygulamaları kadına yönelik aile içi şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Koca	86	98.6
Baba	76	87.3
Kardeş	72	82.5
Ebeveyn	71	81.3
Çocuk	4	73.3
Partner (eş)	60	68.7

Tablo 9’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %98.6’sı”koca”, %87.3’i”baba”, %82.5’i”kardeş”, %81.3’ü”ebeveyn”,%73.3’ü”çocuk”, %68.7’si”partner” yanıtlarını vermiştir.

Tablo 10. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre kim veya kimlerin uygulamaları aile içi cinsel şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Koca	83	75.4
Baba	63	72.3
Kardeş	60	68.8
Partner	58	66.5
Ebeveyn	57	65.4
Akraba	45	51.6
Komşu/ yabancı	31	35.4

Tablo 10’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %75.4’ü ”koca”, %72.3’ü”baba”, %66.5’i”partner”, %68.8’i”kardeş”, %65.4’i”ebeveyn”, %51.6’sı”akraba”, %35.4’ü ”komşu” ya da ”yabancı”, yanıtlarını vermiştir.

Tablo 11. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre aşağıdaki durumların hangisi veya hangilerinin varlığı cinsel şiddet oluşmasına neden olabilir” ” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Mağdurun yaşının küçük olması	83	95.3
Mağdurun zeka geriliği	83	95.3
Kandırma, hile	81	93.0
Tehdit, korku	82	94.1
Fiziksel güçsüzlük	82	94.1

Tablo 11’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %95.3’ü” mağdurun yaşının küçük olması”,%95.3’ü” mağdurun zeka geriliği”, %93’ü” Kandırma, hile”, %94.1’i” Tehdit, korku”, %94.1’i “Fiziksel güç” yanıtlarını vermiştir.

Tablo 12. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “size göre hangisi veya hangileri cinsel şiddet kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Cinsel içerikli laf atma	79	90.7
Cinsel haz almaya yönelik hareketler	79	90.7
Elle sarkıntılık	81	93.0
Tecavüz	87	100.0

Tablo 12’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %90.7’si”Cinsel içerikli laf atma”, %90.7’si”Cinsel haz almaya yönelik hareketler”, %93’ü”Elle sarkıntılık “, %100’ü” Tecavüz”yanıtlarını vermiştir

Tablo 13. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Size göre hangisi veya duygusal istismar kapsamına girer” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Bağırma	77	88.5
Aşağılama	84	96.5
Lakap takma	80	91.9
Küfür etme	81	93.1
Kuma getirme	81	93.1

Tablo 13’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %88.5’i” Bağırma”, %96.5’i” Aşağılama”, %91.9’u” lakap takma”, %93.1’i”Küfür etme”, %96.5’i” Terk etme”, %93.1’ü” Kuma getirme”yanıtlarını vermiştir

Tablo 14. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin "size göre hangisi,veya hangileri ekonomik şiddet kapsamına girer" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Kadının ihtiyaçlarını kısıtlamak	84	96.5
Maddi gücü ilişkinin bitmesini önlemek için kullanmak	84	96.5
Kadının çalışmasına engel olma	82	94.1
Kadına fuhuşa zorlama	81	93.0

Tablo 14'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %96.5'i" Kadının ihtiyaçlarını kısıtlamak", %96.5'i" Maddi gücü ilişkinin bitmesini önlemek için kullanmak", %94.1'i" Kadının çalışmasına engel olma", %93'ü" Kadına fuhuşa zorlama" yanıtlarını vermiştir.

Tablo 15. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin" sizin günlük tıbbi mesleki uygulamalar sırasında karşılaştığınız aile içi şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmuştur" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Adli kurumlara- polise sevk ediyorum	18	20.6
Tıbbi tedavi veriyorum	9	10.3
Duygusal yaklaşıyor, kişiye elimden geleni yapıyor, pasif olmamaya çalışıyorum	6	6.8
Psikolojik destek veriyor ve sivil toplum kuruluşlarına gitmesini öneriyorum	6	6.8
Şiddet uygulayana bir daha yapmaması konusunda uyarıyorum	4	4.5
Kadına hukuki hakları olduğunu ve haklarını aramasını söylüyorum	2	2.3
Her iki tarafı dinler teskin eder mağdura sahip çıkarım	11	12.4
Şiddet mağdurlarıyla karşılaşmadım	42	48.3
Şiddet mağdurlarıyla karşılaşanlar	56	63.7

Tablo 15'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %20.6'sı" Adli kurumlara- polise sevk ediyorum ", %10.3'ü" Tıbbi tedavi veriyorum", %6.8'i" Duygusal

yaklaşıyor, kişiye elimden geleni yapıyor, pasif olmamaya çalışıyorum”, %6.8’i” Psikolojik destek veriyor ve sivil toplum kuruluşlarına gitmesini öneriyorum”, %4.5’i” Şiddet uygulayana bir daha yapmaması konusunda uyarıyorum” , %2.3’ü” Kadına hukuki hakları olduğunu ve haklarını aramasını söylüyorum”, %12.4’ü” Her iki tarafı dinler teskin eder mağdura sahip çıkarım ”, %48.3’ü” Şiddet mağdurlarıyla karşılaşmadım” yanıtlarını vermiştir. Sağlık personelinin %63.7’si şiddet mağdurlarıyla karşılaştığı saptanmıştır.

Tablo 16. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin“Sizin günlük tıbbi mesleki uygulamalarınız sırasında gördüğünüz hastalarda hangi durumlarda aile içi şiddetten şüphelenirdiniz” sorusuna verdikleri yanıtlar

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Hastanın çelişkili ifadelerinden	52	59.7
Lezyonla uyumlu olmayan anamnezden	50	57.4
Lezyonun meydana gelmesi ile başvuru zamanı arasındaki gecikmeden	41	47.1
Devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetlerden	52	59.2
Tekrarlayan fiziksel travmalardan	63	72.4
Mağdurun suskun olması, kocasının,babasının anamnez vermesi veya diğer şüpheli davranışları	4	4.4

Tablo 16’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %59.7’si hastanın çelişkili ifadelerinden, %57.4’ü lezyonla uyumlu olmayan anamnezden, %47.1’i lezyonun meydana gelmesi ile başvuru zamanı arasındaki gecikmeden”, %59.2’si devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetlerden”, %72.4’ü, tekrarlayan fiziksel travmalardan”, % 4.4’ü mağdurun suskunluğundan, içine kapanık olmasından, hastanın yerine kocasını ya da babasının anamnez vermesinden, ebeveynlerin veya kocasının şüpheli davranışları durumlarında aile içi şiddetten şüphelendiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 17. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin“Sizin günlük tıbbi mesleki uygulamalarınız sırasında aile içi şiddetten şüphelenseniz yaklaşımınız nasıl olurdu” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yalnızca tıbbi tedavisini yapıp gönderirdim ya da gitmesini önerirdim aile içi şiddet ailenin özel konusudur	4	4.6
Tıbbi tedavisini yapıldıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirirdim	60	68.9
Tıbbi tedaviden yapıldıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım	27	31.0
Psikiyatriste sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim	27	31.0
Adli tıba sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim	17	18.4
Hastanın kendisiyle yalnız görüşürdüm sonra karar verirdim ya da bilgilendirirdim	3	3.4

Tablo 17’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %4.6’sı” Yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderirim yada gitmesini önerirdim aile içi şiddet ailenin özel konusudur”, %68.9’u” Tıbbi tedavisini yapıldıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirirdim, %31’i ”Tıbbi tedaviden yapıldıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım”, %31’i” Psikiyatriste sevk ederdim yada gitmesini önerme”, %18.4’ü” Adli tıba sevk ederdim yada gitmesini önerirdim”, %3.4’ü” Hastanın kendisiyle yalnız görüşürdüm sonra karar verirdim ya da bilgilendirirdim” yanıtlarını vermiştir.

Tablo 18. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin“Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız cinsel şiddet olgusundan şüphelenseniz yaklaşımınız nasıl olurdu” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderirdim ya da cinsel şiddet tıp ya da sağlık konusu değildir	2	2.3
Tıbbi tedavisini yapıldıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirirdim	59	67.8
Tıbbi tedaviden yapıldıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım	23	26.4
Psikiyatriste sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim	21	24.7
Adli tıbbı-Polise sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim	18	20.6
Kadın doğuma sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim	31	35.5

Tablo 18’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %2.3’ü” Yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderirim yada cinsel şiddet tıp yada sağlık konusu değildir”, %67.8’i” Tıbbi tedavisini yapıldıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirirdim”, %26.4’ü” Tıbbi tedaviden yapıldıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım”, %24.7’si” Psikiyatriste sevk ederdim yada gitmesini önerirdim”, %20.6’ü” Adli tıbbı sevk ederdim yada gitmesini önerirdim”, %35.5’i” Kadın doğuma sevk ederdim yada gitmesini önerirdim”yanıtlarını vermiştir.

Tablo 19. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderiyorum, aile içi şiddet ailenin özel konusudur	5	5.7
Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildiriyorum	43	49.4
Tıbbi tedaviden yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum	28	32.1
Psikiyatriste sevk ediyorum	17	19.4
Adli tıbbı sevk ediyorum	7	8.0
Kadın doğuma sevk ediyorum	2	2.3
Karşılaşmadım	10	11.4

Tablo 19’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %5.7’si” Yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderiyorum, aile içi şiddet ailenin özel konusudur”, %49.4’ü” Tıbbi tedavisini yapıldıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildiriyorum”, %32.1’i” Tıbbi tedaviden yapıldıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum”, %19.4’ü” Psikiyatriste sevk ediyorum”, %8’i” Adli tıbbı sevk ediyorum”, %2.3’ü “Kadın doğuma sevk ediyorum”, %11.4’ü” Karşılaşmadım”yanıtlarını vermiştir.

Tablo 20. Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin “Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız cinsel şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı

<i>Sağlık Personelinin yanıtları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderiyorum, cinsel şiddet hekimliğin özel konusu değildir	2	2.3
Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildiriyorum	50	57.3
Tıbbi tedaviden yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum	19	21.8
Psikiyatriste sevk ediyorum	12	13.7
Adli tıbbı sevk ediyorum	12	13.7
Kadın doğuma sevk ediyorum	24	27.5
Karşılaşmadım	12	13.7

Tablo 20’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %2.3’ü” Yalnızca tıbbi tedavisini yapıp gönderiyorum, cinsel şiddet hekimliğin özel konusu değildir”, %57.3’ü” Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildiriyorum”, %21.8’i” Tıbbi tedaviden yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum”, %13.7’si” Psikiyatriste sevk ediyorum”, %13.7’si” Adli tıbbı sevk ediyorum”, %27.5’i” Kadın doğuma sevk ediyorum”, %13.7’si”Karşılaşmadım” yanıtlarını vermiştir.

5. TARTIŞMA

Aile içi şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülmekte ancak şiddet yaşantısı doğrudan dile getirilmemektedir. Şiddet evde gizli tutulduğu için şiddet yaşayan birey genellikle şiddet sonucu oluşan travmalar ve diğer sağlık sorunları ile hastaneye başvurmaktadır. Hastanelerin acil servisine gelen kadınların %22-35'ini ev içi şiddet sonucu yaralanmış kadınlar oluşturmaktadır(3, 49, 53). Şiddete uğrayan kadınların sağlık kuruluşlarına başvurularında şiddeti dile getirmemeleri, başvuru yakınmalarında yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları, nefes darlığı ve pelvik ağrı gibi somatizasyon belirtilerinin olması, bu belirtilerin genellikle şiddetle ilişkilendirilmemesi şiddetin gözden kaçmasına ve sessiz kalmasına neden olmaktadır (12). Aile içi şiddet bireyde fiziksel, ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey, aile ve toplum sağlığının bozulmasına yol açmaktadır. Aile içi şiddete profesyonel yaklaşım gerektiği 1960'lı yıllarda ortaya çıkmıştır(49). Ancak sağlık personeli de şiddetin uygulandığı toplumun bir parçası olduğu için şiddete yaklaşımını etkileyebilmektedir(16).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaklaşık %30'u çocukluğunda ya da gençliğinde anne ve babasından fiziksel şiddet gördüklerini ve %8'i şu anki ailesinde herhangi bir fiziksel şiddet türünün var olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular, Kurçer ve arkadaşlarının Malatya'da ev kadınları üzerinde yaptıkları çalışmada; çocukluğunda ya da gençliğinde anne ve babasından fiziksel şiddet görme (%18) durumuna göre düşüken, şu anki ailesinde herhangi bir fiziksel şiddet türünün var olması (%15) biraz daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın, Hıdıroğlu ve arkadaşları ev kadınlarının %77'sinin çocuklarına fiziksel şiddet uyguladıklarını tespit etmişlerdir(22). Bu farklılıklar bölgesel sosyodemografik özelliklerle ya da örneklem gruplarının farklılıklarıyla açıklanabileceği gibi, sağlık personelinin çocukluğundaki ailesinde genel topluma göre daha fazla şiddet görse de şu anki ailesinde daha az fiziksel şiddet uyguladığı, dolayısıyla sağlık personelinin fiziksel şiddet uygulamayı daha az benimsediği sonucu da çıkarılabilir. Bu çalışmada sağlık personelinin %70'i çocukluğunda ailesinde sözlü şiddete maruz kaldığını söylerken, Kurçer ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %33'dür. Bu çalışmada sağlık personelinin şu anki ailesinde çocuklarına sözlü şiddet uygulayanlar yaklaşık %42'ken, Kurçer ve arkadaşlarının çalışmasında ise %18'dir. Bu sonuçlar sağlık personelinin genel topluma göre daha fazla sözlü şiddete eğilimli olduklarını göstermektedir. Sözlü ve fiziksel şiddet birlikte değerlendirildiğinde sağlık personelinin sorunlar karşısında fiziksel güç kullanmak yerine sözlü şiddetle tepki verdiklerini göstermektedir. Kişilerin şiddet davranışını onaylaması

kendisinin de şiddet içeren ve şiddetin onaylandığı bir ortamada büyümesiyle açıklanmaktadır. Çocuklukta fiziksel cezalandırmayı yaşayanlar çatışma çözümünde ve cezalandırmada şiddeti normal görebilirler. Aynı zamanda eşleri tarafından şiddet gören kadınların çocuklarını dövmeleleri bu ilişkide şiddeti normalleştirme olarak tanımlanmaktadır. Güney afrika’da yapılan bir çalışmaya katılanların üçte ikisi aile içi şiddeti kültürel olarak kabul gören bir davranış olarak tanımlamaları da bunu desteklemektedir.(22).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin hemen hemen tamamı (%98.6) kocanın uyguladığı şiddetin aile içi şiddeti kapsamında değerlendirilebileceğini söylerken, büyük çoğunluğu(%73.3-87.3) baba, çocuk, kardeş ve ebeveynin uyguladığı şiddetin de bu şekilde değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Sağlık personelinin üçte ikisinden fazlası partnerin uyguladığı şiddeti de aile içi şiddet olarak görmesi, diğer bir taraftan bakıldığında personelin üçte birinin bilgi eksikliği olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Mayda ve arkadaşlarının Düzcce’de ev kadınlarına yönelik çalışmalarında aile içinde en fazla şiddet uygulayan kişinin koca (%84) olduğunu göstermektedir(33). Dolayısıyla aile içi şiddetin en yaygın biçiminin kocanın uyguladığı şiddet olması da sağlık personelinin düşünce biçimini etkilenmesi olarak değerlendirilebilir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda da kadınların daha çok kendi eşleri tarafından şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır(17) .

Güler ve arkadaşlarının Sivas’ta ev hanımlarının hiç birisinin ekonomik şiddeti tanımadıklarına bakıldığında, bu çalışmada sağlık personelinin yalnızca %3-7’sinin kadının ihtiyaçlarını kısıtlamanın, maddi gücü ilişkinin bitmesini önlemek için kullanmanın, kadının çalışmasına engel olmanın, kadının fuhuşa zorlanmasının ekonomik şiddet kapsamına girdiğini bilmelerinin bu konudaki eğitim açığının çok derin olmadığını gösterebilir(17).

Birinci basamak hekimleri aile içi şiddeti belirlemede ve çözüm geliştirmede eşsiz bir konuma sahiptir. Ancak uygulamada hekimlerin bu konudaki yaptıkları oldukça sınırlıdır. Hekimlerin karşılaştıkları bazı engel ve zorluklar; aile içi şiddetin kapsamlı ve stresli bir konu olduğu, bu konuya ayıracak yeterli zaman olmadığı, aile içi şiddetle başa çıkmada yeterliliklerinin ve deneyimlerinin azlığı ya da yokluğu, aile içi şiddetle uğraşan kurum ve kuruluşlar konusunda bilgi eksikliği şeklinde tespit edilmiştir (34). Günlük tıbbi mesleki uygulamaları sırasında karşılaştığı aile içi şiddet olgularına; sağlık personelinin %20.6’sı” Adli kurumlara- polise sevk ediyorum ”, %10.3’ü” Tıbbi tedavi veriyorum”, %6.8’i” Duygusal yaklaşıyor, kişiye elimden geleni yapıyor, pasif olmamaya çalışıyorum”, %6.8’i” Psikolojik destek veriyor ve sivil toplum kuruluşlarına gitmesini öneriyorum”, %4.5’i” Şiddet uygulayana bir daha yapmaması konusunda uyarıyorum” , %2.3’ü” Kadına hukuki

hakları olduğunu ve haklarını aramasını söylüyorum”, %12.4’ü” Her iki tarafı dinler teskin eder mağdura sahip çıkarım ”, sağlık personelinin yaklaşık yarısı şiddet mağdurlarıyla karşılaşmadığını belirtirken, Amerika Birleşik Devletlerinde aile içi şiddete maruz kadınlardan %1’i gittikleri sağlık kuruluşlarında personelin kendisinde aile içi şiddetin varlığını sorguladığını söylemişlerdir. Olaya mağdurlar tarafından bakıldığında, buz dağının ne kadar büyük bir kısmının suyun altında olduğu görülmektedir(21).

Sağlık Personeli günlük tıbbi mesleki uygulamaları sırasında çoğunlukla tekrarlayan fiziksel travma (%72.4) durumunda aile içi şiddetten şüphelenirken, %57-60’ı hastanın çelişkili ifadelerinden, lezyonla uyumlu olmayan anamnezden ve devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetlerden ,%47’si ise lezyonun meydana gelmesi ile başvuru zamanı arasındaki gecikmeden şüphelenmektedir. Mağdurun suskunluğu, içine kapanık olması, hastanın yerine kocasını ya da babasının anamnez vermesi, ebeveynlerin veya kocasının şüpheli davranışları ise sağlık personelinin aile içi şiddetten daha az şüphelendikleri durumlardır. Araştırmacılar birinci basamak sağlık kurumlarındaki çalışanlar tarafından tanımlanması ve müdahale edilmesi ile %75’e kadar azaltılabileceği görüşündedirler(27). Ancak, kadınlara karşı şiddet, sağlık çalışanları tarafından az oranda göz önünde tutulmakta ve kadınların sağlık kuruluşlarına ziyaretleri sırasında şiddetle ilgili sorular pek sorulmamaktadır(3,46). Bazı çalışmalarda, sağlık çalışanlarının bu konuda isteksiz oldukları(53), bazı çalışmalarda da şiddete uğrayan kadınların yardım aramada tereddüt içinde oldukları belirtilmiştir. Kanada’da ülke genelinde hekim ve hemşirelerin %67’si rutin muayenelerinde hastalarını aile içi şiddet yönünden değerlendirdiği, %56’sının her hastasına aile içi şiddet yönünde kronik ağrı sorduğu, %63’ü önemsenmeyen bir durumda herhangi bir yaralanma gördüğünde aile içi şiddet sorguladığı tespit edilmiştir(35). Görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerde rutin çalışmaları sırasında şüphelenmekten başka aile içi şiddetin varlığını ortaya çıkarmaya yönelik bir takım çabalar içindedirler. Yine aynı çalışmada formal eğitimin önemi vurgulanmış ama daha önemlisi özel aile içi eğitim programlarının çok etkili olduğu gösterilmiştir.

Günlük tıbbi mesleki uygulamaları sırasında aile içi şiddetten şüphelenirsem yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderirim yada gitmesini önerirdim aile içi şiddet ailenin özel konusudur diyen sağlık personeli araştırmaya katılanların yalnızca %4.6’sını oluşturmaktadır. Bu bulgu, eş tarafından şiddet gören kadınların durumunu aile içi sorun ya da mazoşizm olarak değerlendirerek müdahale edilmemesi gerektiğini öneren sağlık personellerinin çok fazla olduğunu savunan Moss’un görüşlerini yansıtmamaktadır. Sağlık personelinin %68.9’u”

tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirdim, %31'i "Tıbbi tedaviden yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım", %31'i" Psikiyatriste sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim", %18.4'ü" Adli tıbbı sevk ederdim ya da gitmesini önerirdim", %3.4'ü" Hastanın kendisiyle yalnız görüşürdüm sonra karar verirdim ya da bilgilendirirdim" Ülkemizde sağlık personelinin aile içi şiddet konusunda bilgi düzeyini ölçen araştırmalar oldukça sınırlıdır. Açık ve arkadaşlarının Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaptıkları araştırmada sağlık personelinin aile içi şiddet konusundaki bilgi düzeyinin çok düşük olduğu görülmüştür. Bunun da nedenin formal eğitimde bu konunun neredeyse hiç ele alınmamasından ve meslek içi eğitimlerin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır(1).

Sağlık personelinin yaklaşık üçte biri" sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olduğunu, %20'si psikiyatriste yada psikoloğa gönderdiklerini, yaklaşık onda birinin aile içi şiddet olgularıyla karşılaşmadıklarını belirtmeleri, büyük bir çoğunluğunun bu olguları tanıdıklarının ve karşılaştığının göstergesidir. Aile içi şiddet olgularıyla karşılaşmayan sağlık personelinin bu durumu çalıştıkları birimlerin bu tür olgular bakımından sık karşılaşılmayan bölümler olmasına bağlanacağı gibi, bu personelin aile içi şiddet olgularıyla karşılaştıklarında bunları tanıyamamalarına da bağlanabilir. Araştırmacılar şiddetin sağlık personeli tarafından tanınması ve müdahale edilmesiyle dörtte üçünün azaltılabileceğini tespit etmişlerdir(47) Ancak Siegel ve arkadaşları aile içi şiddetin %10-40'nın sağlık personeli tarafından fark edildiğini belirtmişlerdir(52). Bu bulgu da bu görüşümüzü desteklemektedir.

Çalışmaya Katılan Sağlık Personelinin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınızda karşılaştığınız cinsel şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır sorusuna yalnızca yaklaşık %2'sinin cinsel şiddet hekimliğin özel konusu olmadığı, %52.8'i" Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildiriyorum", %21.8'i" Tıbbi tedaviden yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum", %13.7'si" Psikiyatriste sevk ediyorum", %13.7'si" Adli tıbbı sevk ediyorum", %27.5'i" Kadın doğuma sevk ediyorum", %4.5'i" Polise bildirmek", %13.7'si"Karşılaşmadım" yanıtlarını vermiştir.

Sağlık personelinin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarında aile içi şiddet olgularına yaklaşımları oldukça değişkendir. Büyük bir çoğunluğu, tıbbi tedavisi yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirmekle yetindiğini, olayın dışında kaldığını belirtirken, yaklaşık %6'si" yalnızca tıbbi tedavini yapıp gönderiyorum, aile içi şiddet ailenin özel konusudur şeklinde kendi kişisel görüşlerini mesleki uygulamalarına yansıtılmaktadır. Bu

durum Dijulio tarafından, sağlık personelinin aile içi Şiddetin bir sağlık sorunu olmadığı, sosyal bir sorun olduğu görüŐünün sağlık personelinin algı ve değer yaklaŐımlarını etkilediğini bunun mesleki uygulamalarına da yansıdağı Şeklinde ifade edilmiştir(32,49). Retrospektif bir araştırma da bunu doğrulamaktadır; aile içi Şiddet mağduru kadınlardan yalnızca %1'i Şiddet mağduru olarak sağlık kuruluşlarına gittiklerinde bu durumun sağlık personeli tarafından irdelendiğini belirtmişlerdir (20). ABD'de tüm hemşirelerin%32'si, hekimlerin %42'si günlük mesleki uygulamalarında aile içi Şiddeti olgularına öncelik verdiklerini belirtmeleri de bu konunun sağlık personelince yeterince önemsenmediğini göstermektedir(16).

Bu çalışmada oldukça az sağlık personeli, mağdurlara sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olduklarını belirtirken, Kanada'da ülke genelinde hekim ve hemşirelerin %80'i Hastalarını gereken müdahaleden sonra bir sivil toplum kuruluŐuna göndermektedir(16,45). Bazı sağlık personelleri ise mağdurları psikiyatriste (%19.4) ya da kadın doğuma (%2.3) sevk etmek gibi deđerŐik uygulamalar yapmaktadırlar. Bu çalışmaya benzer olarak gelişmiş ülkelerde de sağlık personelinde farklı yaklaşımlar tespit edilmiştir. ABD'de 234 bin gebe kadına ebelerin aile içi Şiddet konusundaki kendilerine yönelik uygulamaları sorgulanmıŐ, tüm sağlık personelinden kültürel yönden yeterli ve yetkin bir yaklaşım beklenirken, ebelerin aile içi Şiddet konusunu araştırmada kültürel farklılıklara göre deđerŐken davrandıkları, aile içi Şiddet sorgulamasını kimilerinde arttırırken, kimilerinde azaltmıŐ oldukları tespit edilmiştir. Uygulamada karmaŐıklık hızla artmakta, kültürel farklılıklardan kaynaklanan uygulama zorlukları da o oranda arttırmıŐtır. (23). Bu araştırmada sağlık personelinin %11.4' aile içi Şiddetle karşılaşmadığını söylerken Kanada'da ülke genelini temsil eden bir araştırmada bu sıklık hekim ve hemşirelerin %60'ı gibi yüksek oranlara çıkmaktadır(16). Diğer yandan mağdurlarında aile içi Şiddetin araŐtırılmasında ve çözüm bulunmasında sağlık personeline tam olarak yardımcı oldukları söylenemez. Ağuir ve arkadaşlarının İspanya'da yaptıkları araştırmada aile içi Şiddet mağdurlarının bu sorunlarının rapor edilmesine karşın gönülsüz olduklarını bu nedenle hekimlerin aile içi Şiddeti yeterince inceleyemediklerini bildirmiŐ olmaları da bu görüŐü desteklemektedir(13).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaklaşık % 75.4 ' kocanın uyguladığı Şiddeti cinsel Şiddet olarak değerlendirilebileceğini söylerken, büyük çoğunluğu (%72.3-51.6) baba, kardeş, partner, ebeveyn ve akrabanın uyguladığı Şiddetin bu Şekilde değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Sağlık personelinin % 35.4' komşu –yabancıyı aile içi cinsel Şiddet uygulayan

olarak deęerlendirmesi , saęlık personelinin bu konuda ki bilgilerinin yetersiz olduęunu ve ciddi bir eęitim aęığı olduęu dūřundirebilir. Gūler ve arkadařlarının ev kadınlarının hię birisinin aile ięi cinsel řiddetten haberdar olmamaları gūz ōnūnde bulundurulduęunda saęlık presonelinin belirgin olmasa da toplumun ilerisinde olduęunu gūstergesidir. Yapılan ęalıřmalarda cinsel řiddetin ifade edilemedięi ve ęok fazla dile getirilmedięini, bu durumun cinsellięin mahremiyetinin ōne ęıkarılmasıyla gizli kaldıęını gūstermektedir(17). Arařtırmaya katılan saęlık personelinin yaklařık %100'ū tecavūzū cinsel řiddet olarak belirtmiřlerdir. Gūler ve arkadařlarının Sivas'ta ev hanımlarının %85'inin tecavūzū cinsel řiddet olarak tanımlamaları dikkate alındıęında saęlık personelinin bu konudaki bilgi dūzeyinin topluma gūre yūksək olmasına karřın, saęlık personelinin yaklařık onda birinin cinsel ięerikli laf atmayı, cinsel haz almaya yōnelik hareketleri, elle sarkıntılık etmeyi cinsel řiddet kapsamında deęerlendirmemeleri yeterli dūzeyde olmadıęını gūstermektedir(17).

Sağlık personelinin %94-95'i mağdurun yaşının kūęuk olmasının veya zeka geriliğinin olmasının, kandırma, hile, tehdit, korku, fiziksel gūç kullanımı varlığının cinsel şiddet oluşmasına neden olabileceği kanaatindedir.

Sağlık personelinin %2.3'ū" tıbbi-mesleki uygulamalarında cinsel şiddet olgularının yalnızca tıbbi tedavini yapıp gūnderdięini, cinsel şiddetin ailenin ōzel konusu olduğunu belirmişlerdir. Sağlık Personelinin %70'den fazlası olayı adli mercilere bildirdiğini, yaklaşık%22'si" sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olduğunu %40'ı Psikiyatriste veya Kadın doğuma uzmanına sevk ettiğini bildirmiştir.

Sağlık personelinin yaklaşık %14'ū ise " cinsel şiddetin olgularıyla hię karşılaşmadığını sōylemiřlerdir.

6.SONUÇ

Saęlık personelinin dōrtte ūęū ęocukluęunda fiziksel ve sōzel řiddet gōrdūęū ortaya ęıkmıřtır. řu an ki ailesinde ise sōzel ve fiziksel řiddetin var olduęunu sōyleyen saęlık personeli ise %85'dir. Yalnızca řiddetin boyutu deęiřmiř, ęocuklukta fiziksel aęırlıklı olarak gōrūlen aile ięi řiddet, eriřkinlikte sōzel aęırlıklı bir yapıya dōnūřmūřtūr.

Saęlık personelinin aile ięi řiddet ve cinsel řiddet ile ilgili bilgi dūzeyleri ęok yetersiz deęilse de gūnlük mesleki uygulamalrda farklı tutum ve davranıřlar sergiledikleri, ęalıřmalarına kendi duygu ve dūřūncelerini yansıtıkları tespit edilmiřtir.

7. ÖNERİLER

Acil servislerde hemşirelerin şiddet olaylarına yaklaşımları çeşitli açılardan düşünülebilmektedir. Bu yaklaşımlar, hekimlerin, hemşirelerin ve hastaların eğitilmesi, etkin iletişim becerilerinin uygulanması, şiddet olgularının rapor edilmesi, şiddet olaylarını önleyebilecek prosedürler hazırlanması ve standartlar geliştirilmesi şeklinde belirlenebilir (29, 50). Tüm sağlık personeli için tutarlı kültürel olarak yetkin bir tarzda aile içi şiddet sorgulama sistemi geliştirilmelidir(13).

Personel her olguya en doğru sorularla ve danışmanlık becerileriyle yaklaşabilmelidir . Kültürel olarak uygun olan bir tarama sorgulaması ile doktorların rutin çalışmalarında her kadının aile içi şiddetle ilgili riski ortaya konabilmelidir. Hastalık bildirim sisteminde aile içi şiddete maruz kalanlar bildirilerek yerel ve ulusal risk haritaları oluşturulabilir.

Sorunun büyüklüğü ve müdahale için uygun bölgelerin saptanması mümkün olabilir. Sağlık personeli pratik uygulamasında yalnız bırakılmamalı, bir sevk mekanizması oluşturulmalı ve personel de bunu uygulayabilmelidir. Eğer bir kadının şiddete maruz kaldığı durumda kurbanı nasıl yaklaşılacağı ve nasıl yardım edileceği net bir şekilde bilinmelidir. Hukuki yardımla ilgili bir bağlantılı organizasyon da yapılmalıdır (9).

Sağlık hizmeti verenler şiddet uygulananlara yaşadıkları şiddet hakkında nasıl soru soracaklarını öğrenmeli, empati kurulmalı ve destek sağlanmalı, tıbbi tedavi sağlanmalı, psikolojik danışmanlık yapılmalı, yaralanmalar tespit edilmeli ve söz konusu kişileri yasal yardım ve destek hizmetlerine yönlendirilmelidirler (42). Özellikle ülkemizde gelişmekte olan sivil toplum kuruluşlarının desteklenmesi, sağlık personelinin bu kuruluşlarla işbirliği yapma olanakları artırılmalıdır.

Yukarıdaki nedenle şiddet mağduru bireyle karşılaşan sağlık personelinin şiddetin mağduruna yaklaşım, şiddetin tedavisi ve şiddeti önleme konusunda eğitilmeleri gerekmektedir(3, 12, 24, 59).

8. KAYNAKLAR

1. [Açık Y](#), [Deveci SE](#), [Oral R](#). Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect [Prev Med](#). 2004 Oct;39(4):791-797.
2. Aile İçi Şiddet <http://www.uludağ.edu.tr/nazan/ders5.html> (erişim tarihi 18.12.2005)
3. Arın C. Kadına Yönelik Şiddet .1996, Cogito; 6-7:305-311
4. Asena D Sözel, Duygusal, Fiziksel,Cinsel şiddet.www.milliyet.com.tr/ekle gazete-Pazar/7891129, Erişim tarihi: 08.04.1998
5. Aslan Ö, Lofçalı A, Udur Ş, TudluA. Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları.Gülhane Tıp Dergisi, 2005;47(1):18-23
6. Atman ÜC. Kadına Yönelik Şiddet:Cinsel Taciz/İrza Geçme. Sted, 2003;12(9):333-335
7. Ayrancı Ü, Günal Y, Ünlüoğlu İ. HamilelikteAile İçi Eş Şiddeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi , 2002;3:75-87
8. Canbaz S, Turla A, Aker S, Peksen Y. Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhlali Konusunda Bilgi ve Tutumları. Sted, 2005;14(11):241-246
9. Cohn F, Salmon DE, Stobo JD. Committee on the Training Needs of Health Professionals to Respond to Family Violence, Board on Children, Youth, and Families. Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence Institute of Medicine. 2002,Washington DC: National Academy Press.
- 10.Çocukİstismarıveihmalı.<http://www.hacettepem.org.tr/makaleler.php?a=&b=6&mNo=13> Erişim tarihi (18.12.05)
11. Demir S. Aile İçi Şiddetin Çocuk Açısından Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2003
12. Dijulio KS. Families in Crisis: Family Violence: Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. WB Saunders Company,1998:387-437
13. [Escribà AV](#), [Barona VC](#), [Calvo MC](#), [CarpioGML](#), [Fullana MA](#). Injuries from domestic violence in the Autonomous Community of Valencia Spain[Gac Sanit](#). 2006 Nov-Dec;20(6):510-512

14. Giray H, Keskinoglu P, Sönmez Y, Meseri R, Karakuş NE, Yücecin N, Günay T. Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Etkileyen Etmenler. *Sted*, 2005;14(10):217-220
15. Gökçek K. Aile İçi Çatışmalar ve Çocuk Üzerine Etkileri. <http://www.cocukdunyasi.net/w5.htm>. Erişim Tarihi:18. 12. 2005
16. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, and Harriet L. MacMillan Factors influencing identification of and response to intimate .partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 2007; 7: 12
17. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. C.Ü. Tıp Fakültesi, 2005;27(2):51-56
18. Gültekin G, Tunalı G, Akduman B, Cantürk G. Aile İçi Şiddet ve Hukuki Düzenlemeler. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 2004;1(4):17-30
19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, 2003
20. [Hamberger LK](#) et al. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med.*, 1992 ;24(4):283-287
21. [Hamberger LK](#), [Saunders DG](#), [Hovey M](#). Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med.*, 1992 ;24(4):270
22. Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P, Karavu M. Kadın ve Çocuklara Karşı Fiziksel Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi .,New/Yeni Symposium Journal, 2006: 44(4);196-202
23. [Hindin PK](#). İntimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2006; 51(3):216-221
24. ICN Nurses. Always There For United Against Violence İnternational Nurses'day 2001 Anti Violence. 2001
25. Işık N. Kadına Yönelik Şiddetin Maliyetini Kim Ödüyor. www.kadin.tr.net/kis_kosesi. Erişim tarihi(18.05.2002)
26. Jain AM. Emergenc Department Evaluation of Child Abuse. *Emerg Med Clin North*,1999;17:575-593
27. Kadın Konukevleri.2002, www.shcek.gov.tr/dosyalar/ailetoplum/k.konukevleri, Erişim Tarihi(18.05.2002)

28. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004;47(2):140-151
29. Keep N.B, Glibert P. How Safe is Your ED. Am J Nurs, 1995:45-51
30. Krug E. World Report on Violence and Health Geneva. WHO, 2002
31. Kurçer MA, Güneş G, Genç M. Malatya'da Sosyoekonomik Düzeyleri Farklı İki Bölgede Evli Kadınlara Yönelik Aile İçi Şiddet ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum, 1999;19(3):31-34
32. Littrel KH, Littrel SH. Current Understanding of Violence and Aggression, Assessment and Treatment. Journal of Psychosocial Nursing, 1998;36(129):18-24
33. Mayda AS, Akkuş D. Ev Kadınlarına Yönelik Aile İçi Şiddet . Sağlık ve Toplum, 2003;13(4):24-28
34. Miller D, Jaye C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence Family Practice Advance Access originally published online on February 7, 2007 Family Practice, 2007 ;24(2):95-101
35. Moss VA. Battered women and myth of masochism. J. Psychosoc Nurs, 1991;29(7):1824
36. Oral R, Can D, Kaplan S et al. Child abuse in Turkeyan experience in overcoming denial and descriptio of 50 cases. Child Abuse Negl 2001;25:279-790
37. Oral D, Hancı H, Can D, Kaplan S, Miral S, Tepeli N, Bulguç AG. İzmir'de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Alan Olgularla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun On sekiz AYLIK deneyimi. <http://med.ege.edu.tr/hanci/istismargrup.htm> (Erişim Tarihi 18.12.2005)
38. Oskay ÜY, DükencikBK. Tecavüz ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık ve Toplum, 2005 ;15(1)
39. Öztürk H, Sevil Ü. Gebelikte Şiddet. Sağlık ve Toplum, 2005;15(1)
40. Pekin S. Birleşmiş Milletlerde Kadının İnsan Hakları ve Türkiyenin Taahütleri. Kadının İnsan Hakları Projesi, 2001
41. Polat O. Çocuk ve Şiddet. Der yayınları 2002:85-97
42. Polat O. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı. İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, 2005:7-107
43. Polat O. Çocuk Hakları Nedir. Analiz yayınları. 2002:5-39
44. Polat O. 20 Kasım Çocuk Hakları Günü: Çocuk İstismarı. http://www.0-18.org/haftanın_yorumu/arşiv.htm 089, 2005 Erişim Tarihi(18.12.05)

45. [Rabinerson D](#), [Pollak RN](#), [Glezerman M](#). Domestic violence against women and the role of the obstetrician/gynecologist.. , 2006 ;145(10):753-757
46. Rittersberger TH. Aile İçi Şiddet: Bir Sosyolojik Yaklaşım,20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek.Editör: Oya Çiftçi. Türkiye ve Ortadoğu AMME İdaresi Enstitüsü Yayınları,Ankara, 1998:283
47. Rosenberg ML. Violence in America: an integrated approach to understanding and prevention .J Health Care Poor Underserved. 1995;6(2):102-110
48. Sancar S, Acune S, Üstün İ, Bora A, Romaniuc L. Birde Buradan Bak. Ka.der, Ankara ,2006;1
49. Shea CA, Mahoney M, Lacey JM. Breaking through the barriers to domestic violence intervention. American Journal of Nursing 1997;97(6):26-34
50. ShogrenE. Be Aggressive Toward Violence. American Journal of Nursing, 2004;104(5): 112
51. Sicher P, Lewis O, Sargent J,etal. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. J Am Acad Child Adoles Psychiatry,2000;39:660-667
52. Siegel RM, Joseph EC, Routh SA, Mendel SG, Jones E, Ramesh RB, Hill TD. Screening for domestic violence in the pediatric office: a multipractice experience. Clin Pediatr (Phila). 2003 ;42(7):599-602
53. Subaşı N, Akın A. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları, Toplumsal Cinsiyet. Sağlık ve Kadın, Hacettepe üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi,2003
54. Şimşek Z. Şiddet-Kadın-Çocuk. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notu,2006
55. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve ihmalinin Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 2004;35:82-86
56. Turhan E, Songün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sted, 2005;15(9):153-157
57. TC. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.Aile İçi Şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara,1995;86
58. TC. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. 1993-1994;2
59. Tel H. Gizli Sağlık Sorunu :Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002;6(2):1-9

60. Ünal G, Bilge A. Ev İçi Yönetiminde Acil Hemşiresinin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;20(1):127-137
61. VahipI, Dağanaşargil Ö. Aile İçi Şiddet ve Kadın Hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006;17(2):107-114
62. Ziyalar N. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi. Çocuk Formu,1999;2:31-33
- 63.WHO. World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers, Page 60 Geneva 2002.

AİLE İÇİ ŞİDDET KONUSUNDA SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ , TUTUM VE YAKLAŞIMLARI

Yaş (.....)

Cinsiyet : **1**-Erkek **2**-Kadın

Kurum.....

Statü:**1**.Dr.(Pratisyen) **2**.Dr.....Uzmanı(belirtiniz) **3**.Hemşire **4**.Ebe **5**.S.M

Meslekte Geçen Süre.....

Medeni Durum : **1**.Evli (Kaçınıcı Evlilik;.....) **2**.Hiç Evlenmemiş **3**.Evlenmiş Ayrılmış (..... Kez) **4**.Diğer(Belirtiniz.....)

Aşağıdaki sorularda birden çok şık işaretleyebilirsiniz.

1.Siz çocukluğunuzda,gençliğinizde kendi ailenizde aşağıdakilerden hangisi ile karşılaştınız?

- A.Annem beni veya kardeşlerimi döverdi
- B.Babam beni veya kardeşlerimi döverdi
- C.Annem bana veya kardeşlerime bağırdı
- D.Babam bana ve/veya kardeşlerime bağırdı
- E.Hiçbir sözlü ve fiziksel şiddetle karşılaşmadım
- F.Babam annemi döverdi
- G.Babam anneme bağırdı
- H.Annem babama bağırdı

2.Siz şu anki ailenizde aşağıdakilerden hangisi ile karşılaştınız?

- A.Ben çocuklarımı gerektiğinde döverim
- B.Eşimin çocuklarımızı dövdüğü olmuştur
- C.Eşimin beni dövdüğü olmuştur
- D.Eşimin bana bağırdığı olmuştur
- E.Eşimin çocuklarımıza bağırdığı olmuştur
- F.Benim çocuklarımıza bağırdığım olmuştur
- G.Benim eşime bağırdığım olmuştur
- H.Benim eşimi dövdüğüm olmuştur

3.Size göre hangisi veya hangiler kadına yönelik şiddet kapsamına girer?

- A.Alet kullanarak uygulanan fiziksel şiddet
- B.Alet kullanmadan uygulanan fiziksel şiddet(Yumruk,tokat,tekme)
- C.Cinsel şiddet
- D.Psikolojik sorunlara yol açabilecek davranış(Tehdit,hakaret ve benzeri)
- E.Hepsi

4.Size göre kim veya kimlerin uygulamaları kadına aile içine yönelik şiddet kapsamına girer?

- A.Koca
- B.Baba
- C.Partner
- D.Çocuk
- E.Kardeş
- F.Ebeveyn
- G.Komşu
- H.Yabancı
- I. Hepsi

5.Size göre kim veya kimlerin uygulamaları aile içi cinsel şiddet kapsamına girer?

- A.Koca
- B.Baba
- C.Partner
- D.Kardeş
- E.Ebeveyn
- F.Akraba
- G.Komşu
- H.Yabancı
- I. Hepsi

6.Size göre aşağıdaki durumların hangisi veya hangilerinin varlığı cinsel şiddet oluşması için neden olabilir?

- A.Mağdurun yaşının küçük olması
- B.Mağdurun zeka geriliği
- C.Kandırma,hile
- D.Tehdit,korku
- E.fiziksel güç
- F.Hepsi

7.Size göre hangisi veya hangileri cinsel şiddet kapsamına girer?

- A.Cinsel içerikli laf atma
- B.Cinsel haz almaya yönelik hareketler
- C.Elle sarkıntılık
- D.Tecavüz
- E.Hepsi

8.Size göre hangisi veya hangileri duygusal istismar kapsamına girer?

- A.Bağırma
- B.Aşağılama
- C.Lakap takma
- D.Küfür etme
- E.Terk edeceğini söyleme
- F.Kuma getirme
- H.Hepsi

9.Size göre hangisi veya hangileri ekonomik şiddet kapsamına girer?

- A.Kadının ihtiyaçlarını kısıtlama
- B.Maddi gücü ilişkinin bitmesini önlemek için kullanmak
- C.Kadının çalışmasına engel olmak
- D.Kadını fuhuşa zorlamak
- E.Hepsi

10.Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalar sırasında karşılaştığınız aile içi şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmuştur?

.....

11.Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınız sırasında gördüğünüz hastalarda hangi durumlarda aile içi şiddetten şüphelenirsiniz?

- A.Hastanın çelişkili ifadelerinden
- B.Lezyonla uyumlu olmayan anamnezden
- C.Lezyonun meydana gelmesi ile başvuru zamanı arasında ki gecikmede
- D.Devamlı ortaya çıkan psikosomatik şikayetlerden
- E.Tekrarlayan fiziksel travmalardan
- F.Diğer(Belirtiniz).....
- G.Hayır şüphelenmem,aile içi şiddet tıp yada sağlık konusu değildir

12.Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınız sırasında aile içi şiddet olgusundan şüphelenseniz,yaklaşımınız nasıl olurdu?

- A.Yalnızca tıbbi tedavisini yapıp gönderirdim yada gitmesini önerirdim,aile içi şiddet ailenin özel konusudur
- B.Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirirdim
- C.Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım
- D.Psikiyatriste sevk ederdim yada gitmesini önerirdim
- E.Adli tıpa sevk ederdim yada gitmesini önerirdim
- F.Diğer(Belirtiniz).....

13. Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınız sırasında cinsel şiddet olgusundan şüphelenseniz,yaklaşımınız nasıl olurdu?

- A.Yalnızca tıbbi tedavisini yapıp gönderirdim,cinsel şiddet tıp yada sağlık konusu değildir
- B.Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir rapor düzenleyerek durumu adli makamlara bildirirdim
- C.Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı olmaya çalışırdım
- D.Psikiyatriste sevk ederdim yada gitmesini önerirdim
- E.Adli tıpa sevk ederdim yada gitmesini önerirdim
- F.Kadın doğuma sevk ederdim yada gitmesini önerirdim
- G.Diğer(Belirtiniz).....

14. Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınız sırasında karşılaştığınız aile içi şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır?

- A.Yalnızca tıbbi tedavisini yapıp gönderiyorum,aile içi şiddet ailenin özel konusudur
- B. Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir raporla adli makamlara durumu bildiriyorum
- C.Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum
- D.Psikiyatriste sevk ediyorum
- E.Adli tıpa sevk ediyorum
- F.Kadın doğuma sevk ediyorum
- G.Diğer(Belirtiniz).....

15. Sizin günlük tıbbi-mesleki uygulamalarınız sırasında karşılaştığınız cinsel şiddet olgularına yaklaşımınız nasıl olmaktadır?

- A.Yalnızca tıbbi tedavisini yapıp gönderiyorum,cinsel şiddet hekimliğin konusu değildir
- B. Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra bir raporla adli makamlara durumu bildiriyorum
- C.Tıbbi tedavisini yaptıktan sonra sivil toplum kuruluşları konusunda yardımcı oluyorum
- D.Psikiyatriste sevk ediyorum
- E.Adli tıpa sevk ediyorum
- F.Kadın doğuma sevk ediyorum
- G.Diğer(Belirtiniz).....

