

**T. C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNDE GÖREVLİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ AİLE İÇİ ŞİDDET HAKKINDA
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Esra UYAR

EDİRNE – 2018



TEŐEKKÜR

Trakya üniversitesi Tıp Fakóltesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık
eğitimim süresince emeği geğen değerli
hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H.
Nezih DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Ayőe
ÇAYLAN'a ve Dr. Öğretim Üyesi Önder
SEZER'e, hem asistanlık eğitimimde hem tez
sürecinde desteğiyle beni yüreklendiren değerli
hocam Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, birlikte
çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve her
zaman yanımda olan eşim Ali Alper UYAR'a
sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
ŞİDDET VE AİLE ŞİDDET	3
KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET	5
ÇOCUĞA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET	10
YAŞLIYA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	22
TARTIŞMA	52
SONUÇLAR	64
ÖZET	66
SUMMARY	68
KAYNAKLAR	70
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KYAIŞ: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan yaşamının her alanında görülebilmekte olan şiddet giderek büyüyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan sınıflandırmaya göre şiddet, bireyin kendisine yönelik, bireyler arasında veya kolektif şekilde olabilmektedir (1). Bireyler arasındaki şiddetin önemli bir şekli olan aile içi şiddet, daha çok kapalı kapılar ardında kalan hassas bir konudur. Dünyanın her yerinde, farklı kültürlerde, coğrafi sınır, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyine bakılmaksızın yaygın olarak görülebilmektedir ve fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal hasarlara yol açmaktadır (2, 3). Huzur ve güven ortamında kişilerin beden ve ruh sağlığının korunup geliştirilmesi gereken ailede yaşanan şiddet, kişilerin gelişmesini ve ruhsal sağlığını etkilemekte, kişilere önemli travmalar yaşatabilmektedir. Bu durumdan ailenin yanında toplum da zarar görmektedir.

Aile içi şiddet genel olarak, aile içindeki bir bireyin yaşamının, ruhsal bütünlüğünün ya da özgürlüğünün herhangi bir güç veya baskı kullanılarak tehlikeye uğratılması şeklinde tanımlanabilmektedir (4). Aile içi şiddete ağırlıklı olarak kadın ve çocuklar maruz kalmaktadır (2, 5). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında yayınladığı rapora göre yaklaşık her üç kadından biri fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır (6).

Aile içi şiddet, fiziksel, cinsel, ekonomik, duygusal istismarı ve ihmali içermektedir ve ölümcül sonuçlarının yanında, fiziksel yaralanma, ekonomik yönden kısıtlanma, aşağılanma, ağrı, gastrointestinal sorunlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, bitkinlik, sosyal içe çekilme, korku, özgüven eksikliği, depresyon, dikkat ve üretkenlikte azalma gibi sonuçları olabilmektedir (2). Şiddet sonucu kadınlarda sağlık durumunun kötüleşmesi, yaşam kalitesinin düşmesi ve sağlık hizmetlerini kullanma oranlarındaki artma beklenen sonuçlardır (7). Ebeveynlerinin arasındaki fiziksel şiddete

tanıklık eden çocuklarda kendilerine şiddet uygulanmasa dahi çok sayıda sağlık ve davranış sorunları görülebilmektedir (8).

Aile içi şiddet çok yönlü ve karmaşık bir olgudur ve önlenmesi, tespit, değerlendirilme, tedavi ve rehabilitasyonu için birçok kurumun uyum içinde çalışması gerekmektedir. Sağlık çalışanları farkında olarak ya da olmadan bu sorunları yaşayan şiddete uğramış bireylerle sıklıkla karşılaşmaktadırlar, bu bireylerle öncelikle karşılaşan kişiler olmaları nedeniyle şiddete yaklaşımları önem taşımaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde bireye biyopsikososyal yönden yaklaşan, sürekli ve bütüncül bakım hizmeti veren birinci basamakta görevli sağlık çalışanları aile içi şiddet ile mücadelede benzersiz bir konuma sahiptir. Bu nedenle birinci basamakta görevli sağlık çalışanlarının aile içi şiddet hakkında bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, farkındalığın artırılması ve şiddet yaşayan bireylere doğru şekilde yaklaşımlarının sağlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının, aile içi şiddet hakkında literatür taranarak oluşturulan bilgi soruları aracılığıyla bilgi düzeylerinin saptanması, tutum ve davranış özelliklerinin belirlenmesi ve sosyodemografik verilerle karşılaştırılarak, etki eden faktörlerin saptanması ve aile içi şiddet hakkında farkındalığın artırılması planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ŞİDDET VE AİLE İÇİ ŞİDDET

Yaşamımızın her alanında karşılaştığımız şiddet, bireylerin ruh ve beden sağlığını etkileyen yaygın bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; fiziksel güç ya da baskının kişinin kendisine, başka birine ya da bir gruba yöneltilmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim geriliği veya yoksunluk ortaya çıkması ya da çıkma olasılığına sebep olan eylem olarak tanımlamaktadır (9).

Dünyada her sene bir milyon üç yüz binden fazla insan şiddet nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Şiddet, yaşları 15-44 arasında olan kişiler için dünya çapında dördüncü ölüm nedenidir. Daha fazla sayıda kişi ise şiddet sonucu meydana gelen yaralanma ve fiziksel, cinsel, ruhsal sorunlar sebebiyle sağlığını kaybetmekte ve sakat kalmaktadır (10).

DSÖ şiddeti bireysel, bireyler arasında ve kolektif şiddet olarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmaya göre bireyler arası şiddetin bir bölümü olan aile/partner şiddeti; çocuk, eş/partner ve yaşlıya yönelik olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Aile dışında olan bireyler arası şiddetten toplum sorumlu tutulmaktayken, ev/aile içinde olan şiddet özel hayatın mahremiyet alanında görülmesi nedeniyle hassas bir konudur (9).

Aile içi şiddet bütün toplumlarda, her yaşta, her eğitim düzeyinde ve tüm sosyoekonomik gruplarda karşımıza çıkan yaygın bir problemdir. Aile içi şiddet; aile içindeki bir bireyin yaşamının, ruhsal bütünlüğünün ya da özgürlüğünün herhangi bir güç veya baskı kullanılarak tehlikeye uğratılmasıdır (4). Genellikle ev içi şiddet/aile içi şiddet/yakın partner şiddeti/eş şiddeti tanımları birbirinin yerine kullanılmaktadır. Erkekler daha az sıklıkla aile içi şiddete maruz kalmakta, çoğunlukla kadın ve çocuklar etkilenmektedir (11, 12).

Şiddet Türleri

Uygulanan şiddetin türüne göre fiziksel şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet ve ekonomik şiddetten söz etmek mümkündür. Yoksun bırakma ve ihmal de bir şiddet türü olarak kabul edilmektedir (1).

- Fiziksel şiddet; yaralanma, sakatlık ve ölüme neden olabilen fiziksel güç kullanımınıdır. Dövme, tokat atma, yumruklama, çimdikleme, yakma, itme, boğazını sıkma, kolunu bükme, vücudunda sigara söndürme, ateşli ya da kesici, delici bir silahla yaralama gibi davranışların yer aldığı şiddet türüdür (3).
- Cinsel şiddet; kişinin rızasının olmadığı bir cinsel davranışa zorlanmasıdır ve cinselliği tehdit, sindirme ve kontrol aracı olarak kullanılmasını içerir (3).
- Duygusal şiddet; duygusal gereksinimlerin gözardı edilmesi veya küçümsenmesi, kişinin sahip olduğu değerlerin (din,dil,ırk vb.) aşağılanması, ailesi ve akrabalarıyla görüştürülmemesi, evden kovulma ya da evden ayrılmakla tehdit edilmesi psikolojik şiddet kapsamındadır. Bazı kaynaklara göre sözel şiddet de duygusal şiddetin bir şekli olarak ele alınmıştır. Küçük düşürücü isimler takmak, alay etmek, kişiyi incitmek amacıyla belirli aralıklarla ağır sözler söylemek ve hakaret etmek sözel şiddete örnek olarak verilebilir (3).
- Ekonomik şiddet; ekonomik kaynakların ve paranın kişiye karşı bir yaptırım ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Parasını veya mallarını elinden alma, çalışma hakkından yoksun bırakma, kısıtlı para verip bununla yapılması mümkün olmayan şeyler istemek, istemediği işte zorla çalıştırma şeklinde görülebilmektedir (3).

Şiddetin Kökenleri: Ekolojik Bir Model

Şiddet; kökleri biyolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve politik birçok faktörün etkileşiminde olan karmaşık bir olgudur. Şiddet olgularının çoğunda çok sayıda etmen söz konusudur. Şiddetin kökenlerini açıklayan ekolojik model ilk olarak 1970'lerin sonlarında çocuk istismarı olgusunu açıklamak için geliştirilmiş ve daha sonraları diğer şiddet türlerinin açıklanması amacıyla da kullanılmıştır (9, 13). Bu model şiddet davranışını etkileyen faktörleri veya şiddet uygulayan olma veya şiddete maruz kalma riskini artıran etmenleri dört düzeyde inceler.

Birinci düzeyde, bireyin davranışını etkileyen, onu şiddet uygulayan ya da şiddetin mağduru olma olasılığını artıran biyolojik ve kişisel özellikler bulunur. Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu gibi demografik özellikler; ruhsal bozukluklar, kişilik bozuklukları, alkol-madde

bağımlılığı, saldırgan davranış gösterme hikâyesi veya çocuklukta aile içi şiddete maruz bırakılmış olma bu etmenlerden bazılarıdır (13).

İkinci düzeyde, aile eş ve arkadaşlar ile olan yakın ilişkilerin mağdur veya şiddet uygulayan olma olasılığını nasıl arttırdığı incelenir. Örneğin, gençler arasındaki şiddet olgularında, şiddet olaylarına karışan, şiddeti özendiren arkadaş çevresinin önemli etkisi olduğu belirlenmiştir (13).

Üçüncü düzeyde okullar, işyerleri, mahalleler gibi sosyal ilişkilerin olduğu topluluk yapılarının incelemesi yapılır ve bu ortamların şiddeti artırıcı etkileri araştırılır. Yüksek nüfus yoğunluğu, yoksulluk, yüksek işsizlik oranı, uyuşturucu ticaretinin varlığı, yüksek nüfus yoğunluğu şiddeti artırıcı etki yapmaktadır. Komşuların sıklıkla değişmesi, dayanışmanın olmaması gibi etmenler de şiddet ile ilişkilendirilmiştir (13).

Dördüncü düzeyde ise, şiddetin desteklendiği veya yasaklandığını gösteren geniş toplumsal etmenler incelenir. Sosyal ve kültürel faktörler, silahlara kolay ulaşılabilirlik, çatışmalara çözüm olarak şiddete başvurma, ebeveynlerin çocukları üzerinde, onların iyiliği için geniş haklara sahip olması, erkek egemen toplumsal yapı, toplumsal cinsiyet temelli roller, eğitim, sağlık ve ekonomik yönlerden farklı toplum kesimleri arasında geniş uçurumların oluşmasına sebep olan politikaların varlığı gibi etmenler bu düzeyde yer almaktadır (13, 14).

Bu dört düzey birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılamaz ve genellikle iç içedir. Ekolojik model şiddetin nedenlerini açıklamaya çalışmasının yanında, şiddeti önlemek için aynı anda birkaç farklı düzlemde hareket etmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Örneğin saldırgan bir kişilik yapısına sahip olan birey, şiddetin sosyal ve kültürel yönden normal kabul edildiği bir toplumda daha kolaylıkla şiddet uygulayan biri haline gelecektir. Şiddetin kabul görmediği ve cezalandırıldığı bir toplumda ise aynı kişi şiddet uygulayamayacaktır (1, 13, 14).

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET

Kadına yönelik aile içi şiddet kavramı, ciddi ve tüm etnik ve sosyoekonomik gruplardaki kadınları etkileyen yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (15).

Kadına yönelik şiddet en geniş kapsamıyla bir insan hakları ihlali ve kadınlara yönelik ayrımcılığın bir biçimi ve ister kamusal ister özel alanda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik ya da ekonomik zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan toplumsal cinsiyete dayalı her türlü eylem veya bu eylemlerle tehdit etme, baskı veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma şeklinde tanımlanmıştır (16, 17).

Dünya genelinde kadına yönelik şiddetin en yaygın türü “aile içi şiddet” veya kadınların yakın partnerleri ya da eski partnerleri tarafından uygulanan fiziksel, duygusal ve/veya cinsel istismardır (18). Kadına yönelik aile içinde meydana gelen şiddetin belgelenmesi ve önlenmesi daha da zordur. Çünkü birçok kadın bu tür şiddeti “normal” olarak kabul etmektedir (19). Kadına yönelik şiddet, hem kadınların ve hem de çocuklarının sağlığı ve refahı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve bu durum kısa ve uzun vadede çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık problemleri için onları daha yüksek riskli yapmaktadır (19).

1999'dan önce 35 ülkede yapılan çalışmaların gözden geçirildiği bir çalışmada, kadınların %10 ila % 52' sinin hayatlarının bir noktasında yakın bir partner tarafından fiziksel istismara uğradığını ve %10 ila %30' unun cinsel şiddet yaşadığını bildirdiklerini göstermiştir (19). DSÖ'nün 2005 yılındaki “Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporu” na göre de; bir partneri olmuş kadınlara hayatlarının herhangi bir döneminde eşi/partneri tarafından uygulanan fiziksel ve cinsel şiddet yaygınlığının %15 ile %71 arasında değiştiği, ağırlıklı olarak %30 ile %60 arasında değiştiği gösterilmiştir (19).

Şiddet genellikle bir bütün olarak yaşanmakla birlikte, araştırmalarda kadına yönelik şiddetin dört alt boyutundan söz edilmektedir (20). Fiziksel şiddet yaygın olarak tokat atma, vurma, tekmeleme, boğazını sıkma, ısırma, sarsma şeklinde görülmektedir (21). Yaralanma, yeti kaybı, zarar verme ya da ölüm ile sonuçlanabilmektedir (3). Cinsel şiddet, kadının rızası olmaksızın cinsel ilişkiye zorlanması, kadının korunmasız cinsel ilişkiye zorlanması şeklinde ifade edilmekte ve genellikle fiziksel şiddet ile birlikte görülmektedir. Aşağılama, küçük düşürme, ailesini arkadaşlarını görmesini engelleme şeklinde ortaya çıkan psikolojik/duygusal şiddet ise, çoğunlukla fiziksel ve cinsel şiddet ile birlikte uygulanmakla beraber, zaman zaman tek başına gerçekleşmesi de mümkün olmaktadır. Tehdit ya da zorlayıcı yöntemlerle kurbanı zarar vermeyi içermektedir. Kadına yönelik aile içi şiddet türlerinden bir diğeri olan ekonomik istismar, kadının çalışmak istediği halde çalışmasına engel olmak, işten ayrılmasına neden olmak, kadınların istemedikleri halde gelirlerinin ellerinden alınması, ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılamamak gibi durumları kapsamaktadır (3, 22).

Şiddet bu şekilde sınıflandırılıyor olsa da, kadınların bu şiddet biçimlerinin birden fazlasına maruz kaldığı ve şiddeti çok kez yaşadığı ifade edilmektedir (23). Kadına yönelik şiddetin ülkemizdeki düzeyini saptamak için 2008 yılında yapılan Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nın sonuçlarına bakıldığında her on kadından dördünün fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır (24). Bu araştırmanın takip çalışması niteliğinde 2014’de yapılan araştırmaya göre, ülkemizdeki evlenmiş kadınların yaşamının

herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalma oranı %36, cinsel şiddete maruz kalma oranı %12 olarak saptanmıştır. En yaygın şiddet biçimi olarak saptanan duygusal şiddet/istismara maruz kalma oranı %42, ekonomik şiddete maruz kalma oranı ise %30 olarak saptanmıştır (22).

Kadınlar, evlilikleri ya da ilişkileri devam etsin ya da etmesin genellikle en yakınlarındaki erkekler tarafından şiddete maruz bırakılmaktadırlar; bu erkekler eş/nişanlı/sözlü ya da erkek arkadaş başta olmak üzere, baba, ağabey ve akrabalar olarak sıralanmaktadır (22). DSÖ'nün 2013 yılında yayımladığı rapora göre yaklaşık her üç kadından biri fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır ve dünyadaki kadın cinayetlerinin %38'i eşleri tarafından işlenmektedir (6).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Sağlık Üzerine Etkileri

Kadına yönelik aile içi şiddet, istismar sonlansa dahi kurbanın sağlığını yıllarca etkilemeye devam etmekte, fiziksel ve ruh sağlığını bir çok yönden etkilemektedir (25). Şiddet yalnızca bir sağlık sorunu değil aynı zamanda sağlığı olumsuz etkileyen bir risk faktörü olarak da ele alınmaktadır (26). Şiddet sonucu kadınların genel sağlık durumu bozulmakta ve yaşam kaliteleri düşmekte, sağlık hizmetlerini kullanma sıklıkları artmaktadır (7). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre şiddete maruz kalan kadınlar sağlık kuruluşlarına 2 kat fazla başvurmuş ve dolayısıyla sağlık harcamaları da 2,5 kat fazla bulunmuştur (19).

Çalışmalar çocukluk veya yetişkinlik döneminde fiziksel veya cinsel istismar yaşayan kadınların fiziksel işlevsellik, psikolojik iyi olma, fiziksel hareketsizlik ve sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı da dahil olmak üzere riskli davranışların benimsenmesi konusunda diğer kadınlara göre daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir (1).

Kadına yönelik aile içi şiddet, depresyon, intihar girişimleri, kronik ağrı sendromları, psikosomatik bozukluklar, fiziksel yaralanmalar, gastrointestinal bozukluklar, irritabl barsak sendromu gibi sağlık sorunlarına ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, perinatal komplikasyonlar gibi üreme sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir (7, 19, 23, 27).

Kadına yönelik şiddetin sonuçları, bireylerin sağlığının ve mutluluğunun ötesinde bütün toplumların refahını etkileyecek şekilde derindir. Şiddet içeren bir ilişki içinde yaşamak kadının kendine güvenini ve dünyaya katılma yeteneğini etkilemektedir. Çalışmalar istismara uğrayan kadınların bilgi ve hizmetlere ulaşma, kamusal yaşama katılma ve arkadaşlarından ve akrabalarından duygusal destek alma konusunda rutin olarak kısıtlandığını göstermiştir.

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu tür kadınlar genellikle kendilerine ve çocuklarına bakmak ya da iş ve kariyer hayatını sürdürmek için yetersiz kalmaktadırlar (1).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Çocuklar Üzerindeki Yansıması

Aile içi şiddetin yansımaları sadece şiddete maruz kalan kadınlar üzerinde değil, bu kadınların şiddete tanık olan çocukları üzerinde de kendini göstermekte, şiddetin olduğu ailelerde büyüyen çocuklar, doğrudan şiddete uğramasalar dahi, sonraki yaşamlarında şiddet uygulayıcısı olma ya da şiddete maruz kalma gibi bir dizi ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır. Diğer taraftan eşlerinden şiddet gören kadınların çocuklarını istismar etmesi de söz konusu olabilmektedir. Bunlar göz önüne alındığında, eşler arasındaki şiddetin tek mağduru kadın olmamakta, çocuklar da şiddetin görünmeyen mağdurları haline gelebilmektedir. Bu durumun, çocukların arkadaşları ile yakın ve olumlu ilişkiler kurmakta zorlanması, saldırganlık davranışlarında artış görülmesi, okulda sorunlar yaşaması, evden kaçmayı düşünmesi, özgüven eksikliği, öfke ve mizaç problemleri, isteksizlik, ümitsizlik, konsantrasyon güçlüğü yaşaması şeklinde olumsuz yansımaları olabilmektedir. (2, 8, 28, 29).

Birinci Basamakta Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Yaklaşım

İstismara uğrayan kadınlar sağlık kaynaklarını yaygın olarak kullanmakta ve çoğu zaman sağlık hizmetleri şiddet mağduru kadınlarla ilk temas noktası olmaktadır. Sağlık hizmeti verenler bu kişilerle sıklıkla ve çoğu zaman farkında olmadan karşılaşmaktadırlar (19).

Aile hekimleri, bireyleri ailenin yaşam döngüsünün her evresinde görme şansına sahiptirler, bu da onlara şiddetin kuşaklararası ve döngüsel modeline müdahale etme fırsatı vermektedir. Kişiyi bir bütün olarak ele alan aile yönelimli sağlık hizmetlerinin sürekliliğinden sorumlu olan aile hekimi, mağdura yardım edebilecek ideal kişidir. Etkili müdahale için kabul, işbirliği ve takip gerekmektedir (30).

Birinci basamak hekimleri ailedeki şiddeti farketmede, karşı durmada ve belki önlemede eksendir. İstismar işaretlerini farketme ilk basamaktır. Şüphelerini uygun otoritelere bildirerek, toplumsal ve yasal sistemleri harekete geçirmekte ve kriz zamanında risk altındaki aile üyesinin güvenliğini sağlamaktadır (31).

Sağlık çalışanlarının görevi, istismar vakalarını tanımlamak, hastayı ve ailesinin güvenliğini değerlendirmek ve sürekli tıbbi bakım ve yargısız destek sağlamaktır. Bu, aile içi şiddetin doğası ve seyri ile ilgili danışma, değişikliklere hazır olma düzeyini değerlendirme,

hastayı mevcut destek hizmetleri yelpazesi hakkında eğitime ve uygun başvuruyu yapma, bulguları belgeleme ve takip sağlama konularını içermektedir (11).

Çoğu zaman kadın, hekime istismar yaraları gibi açık bir nedenle başvurmamaktadır. Tanı, hekimin şüphesine, risk faktörlerini değerlendirmesine, yaralanmanın karakteristiğine, mağdurun ve şiddeti uygulayan kişinin yaptığı açıklamalara ve eşlik eden sosyal faktörlere bağlıdır. Eğer istismardan şüphelenilirse, birinci basamak hekimi, hasta ile yalnız ve özel olarak görüşmeye çalışmalıdır.

Kişinin muhakeme yeteneğini silikleştireceği için, sakinleştirici yazmaktan kaçınmak, eş şiddetinin ölümcül sonuçları olabileceği hakkında bireyi uyarmak ve uygun bir güvenlik planı oluşturmak da önerilmektedir. Oluşturulacak güvenlik planı şunları içermelidir (31):

- Şiddet mağduru kadınlar için kurumsal kaynakların bir listesi bulundurulmalıdır. (sığınma evi, polis, danışma merkezleri, sosyal hizmetler danışma hattı numarası, alo 183 vb.)
- Güvenli evler belirlenmelidir: İyi bir plan üç güvenli yeri içermelidir. (sığınma evi, akraba ya da arkadaşın evi vb.) Gerektiğinde emniyete kavuşma anlamına gelmektedir.
- Gerekli malzemeler güvenli bir yerde saklanmalıdır: Kadın ve çocukları için kıyafetler, para, kimlik kartları ve çocuğun rahatı için gerekenler (31).

Hekimin en önemli rolü, şiddet hakkında soru sormaktır. Hekim, bu sorunun utanılacak, gizlenecek bir konu olmadığı, mağdurun duyduğu rahatsızlığın anlaşılabilir olduğu ve mevcut durumun ümitsiz bir durum olmadığını anlatmalıdır (30, 32). Şiddet bir sorun olarak tanımlanmalı ve kadın, seçenekleri olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Ebe ve hemşirelerin üstlenmiş oldukları rolleri gereği şiddet gören kadınların yasal hakları ve çözüm yolları konusunda yapacakları bilgilendirme ve yönlendirmenin de aile içi şiddete uğrayan kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Öte yandan kadınların şiddete ilişkin bakış açılarının değiştirilmesinin, yardım alabilecekleri konulara ilişkin farkındalık yaratılmasının da etkili olacağı ifade edilmektedir. Bunun için sağlık çalışanları etik ve mesleki kurallar doğrultusunda hareket ederek, şiddete maruz kalmış kadının mahremiyetini ve güvenliğini sağlamalı, uygun veri toplamalı, profesyonellere yönlendirme, destek ve rehberlik görevlerini üstlenmelidir (33).

Uzun süre istismara maruz kalan kadınlarda özgüven oldukça düşebilir, istismara uğramanın kendi suçları olduğuna dair inançları olabilir. Hekimin bu inancı karşı çıkması hastaya destek olabilir, şiddetin sık görülen bir sorun olmasına rağmen kabul edilemez bir

durum olduğu ve mağdurun suçu olmadığı konularında hastayı rahatlatılabilir. KYŞ mağdurları şiddet uygulayan eş/partnerden ayrılmaya zorlanmamalıdır. Kontrolü ele alan, hastayı ne yapacağı konusunda yönlendiren spesifik bir öneride bulunulması, istismar kalıbının benzerini tekrar ederek hayatı üzerinde çok az kontrolü olan hastanın kendini daha güçsüz hissetmesine yol açabilmektedir (34). Çiftin evdeki durumunun değişip gelişmesi izlenebiliyorsa sorunun uzun süreli görünümü (acil tehlike yoksa) daha iyidir (31).

Kadına yönelik şiddet olan bütün durumlarda, özellikle de problem dışı birime bildirildiyse, aileyle bağlantıyı sürdürmek önemlidir. Aile hekimi, sosyal servis, tedavi birimleri ve uzmanların katılımıyla aileye sunulan destek hizmetlerinin devamlılığını sağlamalıdır. Tüm bu çeşitli sistemlerle çalışırken aileye yardım ve destek sunabilecek tek sabit ve sürekli temas noktası birinci basamak hekimidir (11).

Kendi üzerlerine düşen rolü yeterince yerine getirebilmek için, sağlık hizmeti verenlerin uygun bilgi ve iletişim becerileri ile donatılması ve toplumda mevcut olan kaynakların farkında olması gerekmektedir. Eğitim programları, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının farkındalığını arttırmak için gerekli olabilmektedir. Ayrıca, aile içi şiddetle ilgili farkındalık broşürleri, başvurulabilecek toplumsal kaynakların bir listesinin hasta bekleme odalarında bulunması şiddetin açığa çıkmasını kolaylaştırdığı düşünüldüğü için tavsiye edilmektedir (11).

ÇOCUĞA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuk, “Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” şeklinde tanımlanmaktadır (35). Ülkemiz yasalarına göre 18 yaş altındaki herkes çocuk olarak kabul edilmektedir.

DSÖ çocuk istismarını, bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeden yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanıma göre önemli olan yetişkinin niyeti değil, eylemin çocuk üzerindeki etkisidir (36). Başka bir tanıma göre “0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve önlenemez bir davranışa maruz kalması çocuk istismarıdır. Bunun çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzmanı tarafından da istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir” şeklinde tanımlanabilir (37).

Başta anne ve baba olmak üzere, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin çocuğun beslenme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel ihtiyaçlarını ihmal etmelerinin sonucunda çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal yönden gelişiminin engellenmesi ise “çocuk ihmali” olarak tanımlanmaktadır (36, 38).

Çocuk istismarına tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, ilk tıbbi tanım 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından fiziksel ve cinsel istismara uğrayıp dövülerek öldürülen 32 çocukta tespit ettiği otopsi bulgularını derlediği çalışmasında yapılmıştır (39). 1946 yılında pediyatrist ve radyolog olan Caffey, multiple kemik kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. 1962 yılında Kempe ve arkadaşları ilk kez “hırpalanmış çocuk sendromu” terimini kullanarak çocuklarda fiziksel istismarın klinik özelliklerinin ayrıntılı olarak anlatıldığı bir makale yayınlamışlardır (40). Bu yayın ABD, Kanada ve diğer bazı ülkelerde çocuğa yönelik koruma yasalarının oluşturulmasını sağladığı için önemlidir. 1980 yılında Garbarino ve Gilliam, çocuğa karşı yapılan zarar verici ve uygun olmayan davranışların uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (41). Günümüze uzanan bu süreçte, 1989’da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunması, sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğüne girmiştir (39).

Dünya genelinde yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olan çocuğa yönelik şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve DSÖ’nün verilerine göre dünya çapında her yıl istismar ve ihmale bağlı olarak 15 yaş altı 155000 çocuk ölümü meydana gelmektedir (42). DSÖ’nün 2014 yılında yayınladığı rapora göre her dört yetişkinden biri çocukluğunda fiziksel istismara uğradığını, %36’sı duygusal istismara uğradığını ve kadınların %20’si ve erkeklerin %5-10’ u cinsel istismara uğradığını bildirmiştir (10).

Türkiye’de çocuğa yönelik şiddet ve ihmalin yaygınlığı, sebep ve sonuçları konusunda mevcut çalışmalar kısıtlı olmakla beraber, sorunun büyüklüğüne yönelik fikir vermektedir. 2010 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu koordinasyonu ve UNICEF’in teknik desteği ile 7-18 yaş arası 2216 çocuk ile yürütülen “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” sonuçları okul, aile, mahalle vb. ortamlarda çocukların %25’inin ihmale, %45’inin fiziksel istismara, %51’inin duygusal istismara ve %3’ünün cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir (43). 2012 yılında Genç Hayat Vakfı koordinasyonunda 11-17 yaşları arasındaki 440 öğrenci ile yürütülen “Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması”, çocukların %26’sının ihmal davranışlarına, %68’inin duygusal şiddete,

%37'sinin ise fiziksel şiddete hayatları boyunca en az bir kez maruz kaldıklarını, %21'inin de ev içi şiddete tanıklık ettiklerini göstermektedir (44).

Çocuğa yönelik aile içi şiddet konusunda çocuğun yaşı ne kadar küçükse risk o kadar artmaktadır. 0-4 yaş arasındaki çocukların ihmal ve istismara uğrama oranı, 5-14 yaş grubundaki daha büyük çocuklarla karşılaştırıldığında iki kat daha fazladır (38). Ayrıca çocuk istismarı sıklığı, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile de yakından ilişkili bulunmuştur. 5 yaş altı çocuklarda fiziksel istismar sonucu ölümlerin gelişmemiş ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre 4-6 kat fazla olduğu bildirilmiştir (38). DSÖ'ne göre dünyadaki çocuk istismarı insidansı (40/1000) kanser insidansından (3.9/1000) on kat daha fazladır (45). Yine Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupada her yıl 15 yaş altı 852 çocuk istismar sonucu yaşamını kaybetmektedir (46).

Sakat çocuklar, evlilik dışı doğan çocuklar, hızlı sosyokültürel değişim içinde büyüyen, eğitimsiz, kendisi de şiddete maruz kalmış kişilerin çocukları, aile içi geçimsizlik, ailede ruhsal hastalık hikayesi olan, istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuklar istismar açısından yüksek riskli çocuklardır (47). Düşük sosyoekonomik durum, düşük sosyal destek, alkol ve madde bağımlılığı, genç ebeveyn ve tek ebeveyn olması da çocuk istismarının bilinen risk faktörleridir (48) .

Çocuk istismarı fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, çocuk ihmali olmak üzere dört ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bazı kaynaklarda ayrıca ekonomik istismardan da bahsedilmektedir.

Fiziksel İstismar

Fiziksel şiddet ve istismar, en geniş anlamda çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. Doktora getirilen çocuğun vücudunda açıklanamayan ve farklı evrelerde yaralanmalar, çelişkili öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, doktora getirmede açıklanamayan gecikme, ebeveynin ilgisiz ya da aşırı kaygılı olduğu görülmesi veya anne-baba veya bakıcının hasardan çocuğu ya da bir başkasını sorumlu tutması durumunda öncelikle fiziksel istismardan şüphelenilmelidir (49). Çocuğun fiziksel bir şiddete uğradığının en belirgin işareti cildindeki yara, bere, çizikler, özellikle uzun kemikler ve kaburgalardaki kırıklar gibi işaretlerdir. Yürümeye başlamamış çocuklardaki çürükler, iki yaşından küçük çocuklarda kaburga kırıkları (ciddi bir travma öyküsü ya da metabolik kemik hastalığı yoksa) ve uzun kemiklerin metafiz kırıkları kuvvetli istismar göstergeleridir. Çocuğun fiziksel istismarında en sık ölüm nedeni kafa travması olmaktadır (34).

Fiziksel şiddet ve istismar sonucunda kafa veya iç organ yaralanmaları sonucunda çocuk ölümleri oluşabilir. Kafa travması nedeniyle olan çocuk ölümleri özellikle iki yaş altında sık olarak görülen bir durumdur. Küçük çocuklardaki fiziksel şiddetin en sık rastlanılan şekli çocuğu sarsmadır. Sarsmayı, sert bir yere vurma eylemi izleyebilir ve araştırmalar ciddi bir şekilde sarsılan çocukların üçte birinin öldüğünü göstermiştir (36). Sarsılmış Bebek Sendromu çocuk istismarının ağır bir formudur ve özellikle iki yaşın altındaki çocuklarda görülmekle beraber beş yaşa kadar da görülebilmektedir (50). Genellikle çocuklar kızgın anne-babaları ya da bakıcıları tarafından şiddetlice sallandıklarında oluşmaktadır, akselerasyon ve deselerasyon kuvvetlerine karşı daha hassas olan bebek beyni, kafatası kırığı olmaksızın kontüzyon, köprü venlerin yırtılması subdural hematom ve retinal kanamalar görülebilmektedir (51-53). Kafa travması ya da düşme olgularında çocuğun yaşı, hareketlilik durumu, kaç metreden düştüğü, düştüğü zeminin özellikleri sorgulanarak ayrıntılı bir öykü alınmalıdır.

Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu) da çocuk istismarının özel bir şeklidir, ağır ve tekrarlayıcı bir şekilde seyredilmektedir. Aile ya da bakıcı, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta, hastalık yaratmakta ve "hasta" çocuğu doktora götürmektedir. Bazı olgularda ise doğrudan zehirlenme, boğma, ilaç verme gibi şekillerde, kendisi zararlı eyleme neden olabilmektedir. Kanama, konvülsiyon, apne, kusma, ishal, bilinç durumu değişiklikleri, ateş, döküntü, alerjik deri lezyonları sık rapor edilen bulgular olarak tanımlanmaktadır (54). Uygulayıcı, olguların çok büyük kısmında annedir. Anne sıklıkla zeki ya da sağlıkla ilgili bilgisi bulunan, işbirlikçi görünen biri olarak tanımlanır. Ayrıca çocuğunu seven, ilgili, ideal bir ebeveyn olarak çevresindekilerin takdirini kazanırken, yalnızken çocukla ilgilenmez ve uzun süreler ihmal edebilirler. Ne yazık ki doktorlar ölümcül olabilen bu senaryoya gereksiz girişimsel muayene ve müdahaleler yaparak ya da ilaç reçete ederek, istemeden katılmaktadır (55).

Çocuklarda kazaların sıklıkla görülmesinin yanında kazaya bağlı olan yaralanmalarla istismara bağlı olan yaralanmaların ayırımında yapılacak hatalar çocuk ve aile için ağır sonuçlar doğurabilir. İstismar nedeniyle oluşan yaralanmalar tanınmayıp atlandığında çocuk, istismarcıya teslim edilir ve şiddet artarak devam eder. Diğer taraftan kazaya bağlı oluşan yaralanma yanlış tanımlandığında, istismar olarak değerlendirilirse aile gereksiz yere suçlanır ve yaşanan adli süreçte çocuk ve aile travmatize olacaktır (56).

Cinsel İstismar

Çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük birisi tarafından cinsel haz amacıyla zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaç ile çocuğu kullanmasına izin verilmesidir (47). Cinsel istismar davranışı dokunma ya da penetrasyon şeklinde olabileceği gibi cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik gibi temas içermeyen davranış şekilleri de cinsel istismar kavramı içinde değerlendirilmektedir. Bunun yanında, çocuk fuhuşu ve çocuk pornografisi cinsel sömürü tanımı altında, çocukla biyolojik olarak akrabalığı olan ve yasal olarak evlenmeleri yasak olan aile bireylerinin cinsel istismarı ise ensest tanımı altında yer almaktadır (57).

Cinsel istismarın tanınması fiziksel istismara göre daha zordur. Bazı olgularda cinsel istismarı kanıtlayacak fiziksel bulgular da olmayabilir.

Çocuğun öykü vermesi, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar göstermeye başlaması, yeme ve uyku bozuklukları, içe kapanması, yüksek kaygı düzeyi, okul başarısında düşme gibi başka biçimde açıklanamayan önemli davranış değişiklikleri gözlenmesi cinsel istismar açısından şüphelendirmelidir (36, 58). Davranış bozukluğunun yanında cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar, vajinal akıntı, genital organ yaralanmaları, karın ağrısı, kabızlık, enürezis, enkoprezis, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları gibi bazı fiziksel belirtiler gösteren çocukların ebeveynleri veya bakıcıları tarafından cinsel istismara uğrama olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır (14, 58).

Hekimin muayene sırasında dikkatini çekebilecek fiziksel belirti ve bulgular; genital bölgede sıyrıklar, kaşınma, ağrı, yırtılmış himen, vajen ya da makat kanaması, perine yırtığı veya ekimozları, yürüme ve oturmada zorluk gibi bulgulardır.

Cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda depresyon yüksek oranda gözlenmekte ve benlik saygısı hasara uğramaktadır. İlerleyen zamanda alkol ve madde bağımlılığı, riskli cinsel ilişkiler, çocukluk ve ergenlikte suça eğilim de çocuk istismarının uzun dönemli etkileri arasındadır (59). Gebelik veya cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar da etkileri yaşam boyu sürecek fiziksel sonuçlardır.

İstismar işareti olan hafif bulgular tanınmadığında veya bildirimi yapılmadığında, ciddi hasarlarla karşılaşılabilir. Bu nedenle, çocuğa yönelik aile içi kötüye kullanımın tanı ve tedavisinde etik ve kanuni yükümlülükleri olan sağlık çalışanlarının, çocuk istismarının bulgu ve semptomlarını bilmelerinin yanısıra, eylemi bildirmekten yükümlü oldukları unutulmamalıdır (58).

Duygusal İstismar

Gündelik yaşamda en sık görülen fakat tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması en zor olan istismar türü olan duygusal istismar ebeveyn veya bakıcının, çocuğun ruh sağlığı ve duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkisi olan eylemlerini ve çocuğun sağlıklı gelişimi için uygun bir ortam sağlamadaki başarısızlığı içerir. Çocuğun yeteneklerinin üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak da tanımlanmaktadır (38). Çocuğa bağırma, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, tehdit etme, duygusal yönden ihtiyaçlarını karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, önemsememe, küçük düşürme, alay etme, aşırı baskı ve otorite kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (38, 47).

Aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik geliştirme, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuz ve saldırgan davranışlarda bulunma gibi durumlar bu tür davranışlara maruz kalan çocuklarda ortaya çıkabilmektedir. Diğer yandan, çocukların bedensel ve zihinsel gelişimleri de duygusal istismar nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu çocukların normal zihinsel kapasiteye sahip olmalarına karşın, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar görülebilmekte, bu sebeple çocuğun hem kişiliği hem de başarısı olumsuz yönde etkilenebilmektedir (47).

İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu yükümlülüğü yerine getirmemesi, beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (38). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran nokta ihmalde pasif, istismarda ise aktif bir davranış şeklinin olmasıdır. Fiziksel istismara göre daha sık görülmesine rağmen, ölüm ya da ciddi yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme ihtimali yüksektir (56).

İhmal de kendi içinde fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi ihmal olarak ayrılabilir. Büyüme-gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim ihtiyacı karşılanmayan çocuklarda ihmal akla gelmelidir (49). Çocuk istismarı kadar görünür bir iz bırakmayan ihmal olgularında, özellikle çocuğun erken beyin gelişiminin zarar gördüğü saptanmıştır.

Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşım

İstismar olguları genellikle atlanmakta, travma ancak ciddi boyutlarda olduğunda çocuk istismarı düşünülmektedir. Kanıt eksikliği, yanlış bilgiler, kültürel ve geleneksel değerler istismarın göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Bu sebeple çocuk istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve yasal yükümlülükleri olan hekimlerin çocuk istismarının bulgu ve belirtilerini iyi bilmeleri erken tanı için önemlidir.

Türk Ceza Kanununun 280. Maddesine göre, görevini yaptığı esnada bir suçun işlendiği yönünde belirti ile karşılaşılmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu konuda gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu olarak hekim, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve diğer sağlık hizmeti veren kişiler anlaşılmaktadır. Çocuk istismarı kanunen suçtur ve kamu davası açılmasını gerektirmektedir (36). Çocuk istismarının bildirimini genellikle hekim için zor olabilmektedir. Çünkü tam olarak istismar varlığından emin olmayabilir. Bir kuşkuyu bildirmek yasal bir zorunluluk ve ailenin yeteneklerini güçlendirmesine yardım edecek diğer profesyonelleri işin içine katacak ve çocuğun güvenliğini sağlayacak kritik bir basamaktır. Hekimin işi kuşku ve savlarını bildirmektir, onların doğruluğunu araştırmak değildir (31). Bu nedenle, en kısa zamanda yasal birimlere ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirilmesi gerekmektedir. Erişkin istismarından farklı olarak çocuk istismarının soruşturulmasında şikayet aranmamaktadır (36).

Eğitim ve danışmanlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Bunun için anne ve babaları destekleyici yaklaşımlar geliştirilmelidir. Düzenli ev ziyaretlerinin istismar ve ihmal olgularını azalttığı görülmektedir (59). Ebe, hemşire ve hekim ev ziyaretlerinde öncelikle aileyi riskler yönünden değerlendirmeli, sorunların belirlenmesinde ve çözümün destek olabilmelidir (36). Şiddete maruz kaldığı halde uygun şekilde değerlendirilmeden eve gönderilen çocukların, sonrasında %5-10'unun öldürücü, %35-50'sinin de ciddi hasara uğradığı gözlenmiştir. Aile hekimleri çocuk istismarı ve ihmalinin klinik değerlendirmesinde özellikle öykü almada eksik hissetmektedirler. İstismar durumlarında hekimin görevi doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, gelişen hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde olup uzun süreli tedavi ve izlemine yapmaktır. Ailede çocuk istismarının varlığı çoğu kez annenin de şiddet görmesi ile birliktelik gösterdiğinden, ev içi şiddetin taranması da çok önemlidir. Özellikle birinci basamak hekimlerinin bu konuda dikkatli ve duyarlı olması gelişebilecek istismar tablolarının önüne geçebilecektir (59).

YAŞLIYA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET

Aile içi şiddete maruz kalma açısından risk altında olan bir diğer grup da yaşlılardır. 65 yaş ve üstündeki aile bireylerine karşı olan her türlü şiddet bu kapsamda ele alınmaktadır. DSÖ yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneğinin azalması ya da büyük oranda kaybolması olarak tariflemektedir (9). Tüm dünyada doğum oranlarının düşmesi, yaşam standartlarının iyileşmesi ve buna bağlı olarak insan ömrünün uzamasıyla beraber yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı hızla artmakta, buna bağlı yeni sorunlar ortaya çıkmaktadır (60). Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlıya yönelik istismar ve ihmal de önem kazanmaya başlamıştır. Yaşlılık, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, sağlığın, üretkenliğin, rol ve statünün, bağımsızlığın, sosyal yaşantıların, desteklerin azalması ve kaybi gibi döneme özgü pek çok sorunun ve kayıpların yaşandığı bir süreçtir (60). Bu süreçte yaşlı bireylere gerekli desteği vermek için başta aileleri olarak herkese büyük görevler düşmektedir (61).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve DSÖ Toronto Deklerasyonu'na göre yaşlı istismarı “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren ya da strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Belli bir zaman diliminde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması şeklinde de tanımlanabilmektedir (61). Yaşlı ihmali ise bakıcısı tarafından yaşlının günlük gereksinimlerinin karşılanamamasıdır. Yaşlıya yönelik şiddet başlıca fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik şiddet ve ihmali kapsamaktadır.

Yaşlı istismarı kavramı, ilk defa 1975 yılında İngiltere’de, bakıma muhtaç bir yaşlının kendisine bakım veren bir aile üyesi tarafından fiziksel istismara uğramasını tanımlayan bir vakayla bilimsel literatürde yerini almıştır (62). 1978 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlı istismarı, aile içi şiddet konusu kapsamında ulusal düzeyde tartışılmaya başlanmış ve 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur. Toplum temelli çalışmalara göre yaşlı erişkinlerin %2 ila %11’inin son bir yıl içinde istismara maruz kaldığı öne sürülmektedir (34). 1996 yılında ABD’de yapılan bir çalışmaya göre 60 yaşın üzerinde 551.011 kişinin istismar ya da ihmal deneyimlediği, 80 yaş ve üzerindeki yaşlıların 2-3 kat daha fazla istismar ve ihmale maruz kaldığı, istismarın ve ihmalin sorumlularının %90’ının aile üyeleri olduğu ve bunların 2/3’sinin ise yaşlı bireyin yetişkin çocuğu ya da eşi olduğu saptanmıştır (63). 2006 yılında İlhan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre yaşlıların %18.2’sinin aile içi yaşlı istismarına uğradığı belirtilmiştir ve yaşlı istismarının %40.5’ini duygusal istismar, %29.7’sini ihmal, %20.3’ünü ekonomik istismar ve %9.5’ini fiziksel istismar oluşturmuştur (61). 2012

yılında Ergin ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmaya göre yaşlıların %14.2'si son bir yıl içinde herhangi tipte bir istismar ve ihmale maruz kalmıştır ve bunların %8.1'i psikolojik, %7.6'sı ihmal, %3.5'i ekonomik, %2.9'u fiziksel, %0.4'ü cinsel istismar olarak saptanmıştır. İstismar davranışını gösterenlerin ise %68.1'inin çocukları, %12.9'unun eşi ve %9.5'inin kardeşleri olduğu bildirilmiştir (61).

Dünya genelinde yapılan araştırmalara göre istismara uğrayan yaşlılardan birçoğu 75 yaşın üzerinde, hastalık ya da sakatlık nedeniyle bağımlı ve savunmasız durumda olan, istismarcı ile aynı evi paylaşan yaşlılardır. Aynı zamanda istismara uğrayan yaşlılarının dörtte üçünün kadın olduğu tespit edilmiştir (60).

Birinci Basamakta Yaşlı İstismarına Yaklaşım

Çocuğa yönelik şiddette yaralanma şekli anlamıyla (sarsılmış bebek sendromunda retinal kanama, metafiz köşe kırığı vb.) yaşlıya yönelik şiddeti akla getiren net bulgular kümesi yoktur. Düşkün durumdaki yaşlılarda düşme ve kırıklar sıktır ve derileri hassas ve kolay yaralanabilmektedir. Kilo kaybı yaşlılıkta birçok hastalığın geç dönem bulgusu olabilir fakat ihmal bulgusu da olabilir. Kognitif bozukluğu olan ve özellikle korunmasız olan yaşlı bireyler, şiddet ve ihmal açısından net bilgi veremedikleri için yaşlıya yönelik şiddet ve ihmali tanımlamak zordur. Yaşlıların bakıcıya güvenmemeleri demans süreciyle alakalı olabilir, ekonomik yönden istismar edilmeleri ile maddi durumunu tek başına kontrol edemediği için bunu bakım verenin sağlması arasındaki farkları belirlemek zor olabilmektedir (34).

Şiddet ile ilgili özgün bulgular olmasa da, öykü ile uyumsuz yaralanmalar, beklenmedik bölgelerdeki yaralanmalar veya yanıklar konusunda dikkatli olunmalıdır. El ve ayak bileklerindeki yaralanmalar bağlanma sonucu oluşmuş olabilir, dehidratasyon veya malnütrisyon, bası ülserleri, kötü hijyen ya da tedaviye uyumsuzluk gibi durumlar ihmal göstergesi olabilmektedir (34).

Yaşlıya yönelik şiddetten şüphelenildiğinde bakıcıdan uzakta sorgulanmalı ve muayene edilmelidir. Ev ortamı ve güvenlikle ilgili genel sorular sorulduktan sonra yaşlı bireyin yaşadığı şiddet durumuyla ilgili daha detaylı sorular yöneltilmelidir. Kognitif bozukluğu olan hastalarda karar verme yetisi değerlendirilmelidir (34). Bakıcı ile görüşürken birine bakmanın getirdiği stresi normalleştirmek işe yaramaktadır. Stresin bazen öfke, dargınlık ve sürtüşmeye yol açabileceğine işaret etmek görüşmenin ilerlemesini sağlar.

Yaşlıya bakarken kontrollerini kaybedip kaybetmedikleri veya kaybetmekten korkup korkmadıklarının sorulması önemlidir (31).

Yaşlıya kötü davranmaya yönelik yaklaşım duruma göre şekillenmelidir. Sosyal desteğin az olması birçok istismar tipi için risk faktörü olmaktadır, bu nedenle sosyal destek sağlayan kaynaklarla yaşlının bağlantısını kurmak birçok durumda faydalı bir seçenektir. İstismarın birincil nedeni olarak bakıcının yükü, ruh sağlığı sorunları olduğu düşünülüyorsa müdahalenin kapsamı bakıcıya yöneltilmelidir. Bakıcıyı istismar kapsamında ilgili eğitmek, dinlenme konusunda yönlendirmek, sosyal destek alması için iletişim sağlamak, ruh sağlığı için psikoterapi ya da farmakoterapi önermek uygun müdahaleler arasındadır (34).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının aile içi şiddet hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı desende tasarlanmıştır.

Çalışma Edirne il merkezindeki 22 aile sağlığı merkezinde, gerekli izinler alındıktan sonra 01 Aralık 2017 ile 01 Şubat 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini Edirne il merkezinde bulunan 22 aile sağlığı merkezinde çalışmakta olan 52 aile hekimi ve 66 yardımcı sağlık personeli oluşturmaktadır.

Örnekleme için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Etik kurul onayı (Ek 1) ve Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izin (Ek 2) alındıktan sonra 1 Aralık 2017 ile 31 Ocak 2018 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları ile yüz yüze görüşülerek toplamda 48 hekim ve 56 yardımcı sağlık personeli tarafından anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmaya katılacak olan sağlık çalışanları sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alındılar. Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi.

Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışmak, sağlık çalışanı olmak ve gönüllü olmak çalışmaya kabul edilme kriterleri olarak belirlendi. İletişimi engelleyecek bir problemin olması, gönüllü olmamak ise çalışmaya kabul edilmeme kriterleri olarak belirlendi.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket (Ek 3) yardımıyla toplandı. Anket; katılımcıların sosyodemografik ve meslekle ilgili bilgilerini ayrıca çocuklukta ve yakın

çevresinde şiddetle karşılaşma durumlarını sorgulayan 14 adet soru; literatür taranarak oluşturulan aile içi şiddetle ilgili 11 adet beşli likert tipi bilgi ve 10 adet beşli likert tipi tutum sorusu; meslek yaşantısında kadın, çocuk, yaşlı ve diğer aile üyelerine karşı şiddetle karşılaşma durumlarını sorgulayan 12 adet soru; aile içi şiddet karşısındaki davranış özelliklerini sorgulayan 6 adet soru; aile içi şiddet konusunda yeterlilik, yasal sorumluluk, eğitime ihtiyacını sorgulayan 3 adet soru olmak üzere toplamda 57 adet soru yöneltildi.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki değişkenler normal dağılıma uymadığı için çalışmamızda nonparametrik testler kullanıldı.

İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare analiz testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi (p<0,05 olduğunda anlamlı, p≥0,05 olduğunda anlamsız kabul edildi).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların cinsiyet, yaş, unvan, medeni durum, çocuk sahibi olma durumları, evde bakmakla yükümlü olunan eş ve çocuk haricinde kimse olup olmadığı, meslekte çalışma süresi, birinci basamakta çalışma süresi, ev ziyaretlerinde bulunup bulunmadığı, mezuniyet öncesinde ve mezuniyet sonrasında aile içi şiddet konusunda eğitim alıp almadığı, çocukluğunda aile içi şiddete tanık olma/şiddet görme durumu, yakın çevresinde aile içi şiddete tanık olma durumu olarak belirlendi. Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet karşısındaki bilgi, tutum ve davranış soruları ise bağımlı değişkenler olarak belirlendi.

BULGULAR

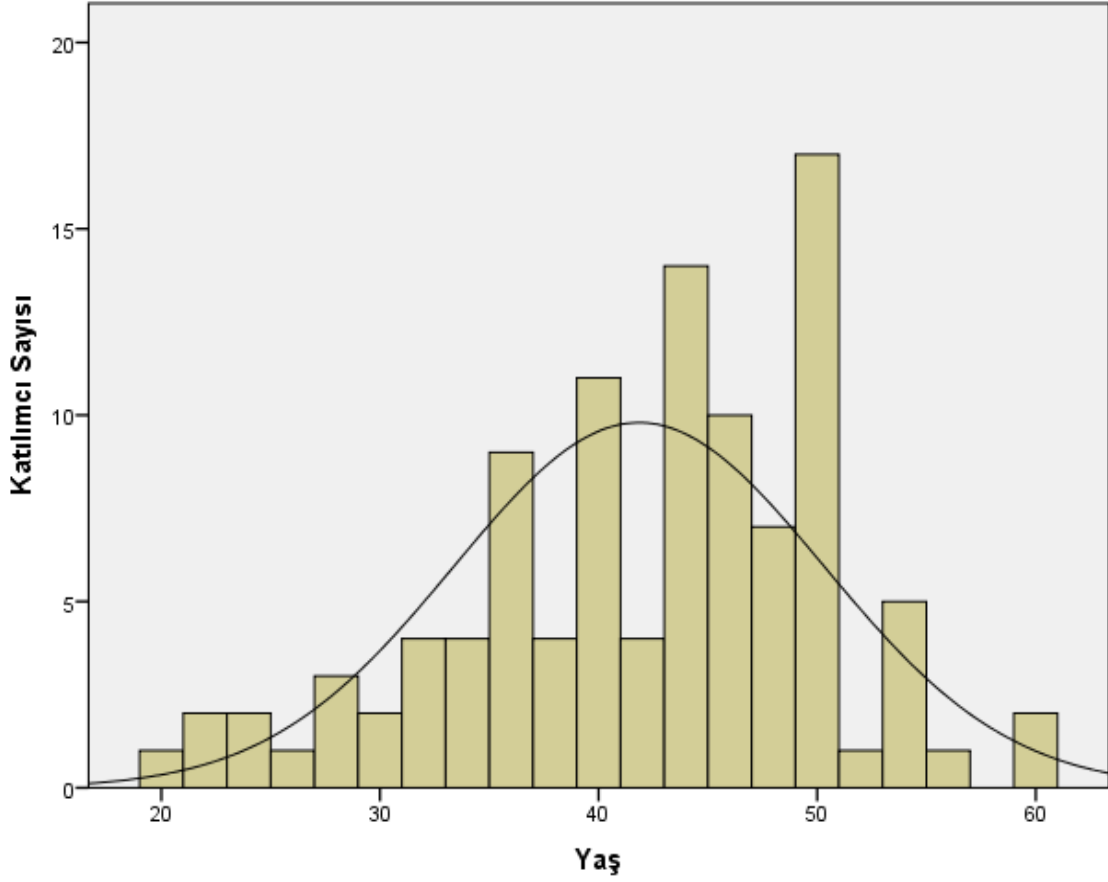
Araştırmaya 104 sağlık çalışanı katıldı. Katılımcıların %39,4'ü (n=41) pratisyen aile hekimi, %6,7'si (n=7) uzman aile hekimi, %17,3'ü (n=18) hemşire, %36,5'i (n=38) ebe olarak bulundu. Katılımcıların %25'inin (n=26) erkek %75'inin (n=78) ise kadın olduğu görüldü. Katılımcıların mesleklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların mesleklerinin cinsiyete göre dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile Hekimi	15	36,6	26	63,4	41	100
Aile Hekimliği Uzmanı	7	100	0	0	7	100
Hemşire	18	100	0	0	18	100
Ebe	38	100	0	0	38	100

n: Kişi sayısı.

Katılımcıların yaşları 20 ila 60 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $41,85 \pm 8,46$ yıl olarak bulundu. Katılımcıların yaş dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların yaş değişkeni histogram grafiği

Aile hekimlerinin yaşları 35 ila 55 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $46,22 \pm 4,952$ yıl, aile hekimliği uzmanlarının yaşları ise 33 ila 53 yaşları arasında değişmekte olup yaş ortalaması $39,71 \pm 7,74$ yıl olarak bulundu. Hemşirelerin yaşları 20 ila 54 yaşları arasında ve yaş ortalaması $41,06 \pm 10,42$ yıl, ebelerin yaşları 23 ila 60 yaşları arasında ve yaş ortalaması $37,89 \pm 8,65$ yıl olarak bulundu.

Katılımcıların medeni durumları sorgulandığında %83,7'si (n=87) evli, %10,6'sı (n=11) bekar, %1'i (n=1) dul, %4,8'i (n=5) boşanmış olarak bulundu.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında %18,3'ünün (n=19) çocuğu olmadığı, %81,7'sinin (n=85) çocuk sahibi olduğu belirlendi.

“Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz kişi var mı?” sorusuna katılımcıların %93,3'ü (n=97) hayır, %6,7'si (n=7) ise evet yanıtını verdi. Bu soruya evet yanıtı veren kişilerin 5'i (%71,4) anne, 1'i (%14,3) kayınvalide, 1'i (%14,3) de hem anne hem baba cevabını verdi.

Katılımcıların meslekte çalışma süresi ortalama $19,24 \pm 8,01$ (minimum 1, maksimum 34) yıl olarak bulundu. Meslekte çalışma süresinin mesleklere göre dağılımı Tablo 2’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Katılımcıların birinci basamakta çalışma süresi ortalama $14,38 \pm 8,33$ (minimum 0,3, maksimum 34) yıl olarak bulundu. Birinci basamakta çalışma süresinin mesleklere göre dağılımı Tablo 2’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Meslekte çalışma süresi ve birinci basamakta çalışma süresinin mesleklere göre dağılımı

	Meslekte çalışma süresi (yıl)			Birinci basamakta çalışma süresi (yıl)		
	Ortalama	Minimum	Maksimum	Ortalama	Minimum	Maksimum
Aile Hekimi	$21,31 \pm 5,37$	9	30	$18,81 \pm 5,95$	3,5	27
Aile Hekimliği Uzmanı	$15,28 \pm 7,47$	8	29	$7,71 \pm 5,99$	2	17
Hemşire	$21,36 \pm 10,76$	1	34	$12,53 \pm 9,18$	0,3	34
Ebe	$16,72 \pm 8,30$	4	30	$11,70 \pm 8,44$	0,3	30

“Ev ziyaretlerinde bulunuyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %33,7’si (n=35) hayır, %66,3’ü (n=69) evet yanıtı verdi.

Mezuniyet öncesinde aile içi şiddetle ilgili eğitim alma durumları sorulduğunda katılımcıların %84,6’sı (n=88) hayır, %15,4’ü (n=16) evet yanıtı verdi. Katılımcıların mesleklere göre mezuniyet öncesinde eğitim alma durumları Tablo 3’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Mezuniyet sonrasında aile içi şiddetle ilgili eğitim alma durumları sorulduğunda katılımcıların %12,5’i (n=13) hayır, %87,5’i (n=91) evet yanıtı verdi. Katılımcıların mesleklere göre mezuniyet sonrasında eğitim alma durumları Tablo 3’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların mezuniyet öncesinde ve mezuniyet sonrasında eğitim alma durumlarının mesleklere göre dağılımı

	Mezuniyet Öncesinde Eğitim Alma				Mezuniyet Sonrasında Eğitim Alma				Eğitim Alma			
	Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim	40	83,3	8	16,7	3	6,2	45	93,8	3	6,2	45	93,8
Hemşire	17	94,4	1	5,6	4	22,2	14	77,8	3	16,7	15	83,3
Ebe	31	81,6	7	18,4	6	15,8	32	84,2	6	15,8	32	84,2
Toplam	88	84,6	16	15,4	13	12,5	91	87,5	12	11,5	92	88,5

“Çocukluğunuzda ailenizde şiddete tanık oldunuz mu ya da şiddet gördünüz mü?” sorusuna cevap veren katılımcıların %75,7’si (n=78) hayır, %24,3’ü (n=25) evet yanıtı verdi.

“Yakın çevrenizde aile içi şiddete tanık oldunuz mu?” sorusuna katılımcıların %51,9’u (n=54) hayır, %48,1’i (n=50) evet yanıtı verdi.

Katılımcıların aile içi şiddet hakkında sorulan toplamda 21 adet bilgi ve tutum sorusuna verdikleri cevapların yüzdelik dağılımı sırasıyla Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların AİŞ hakkındaki bilgi ve tutum sorularına verdiği yanıtların yüzdelik dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Aile içi şiddet, kişinin eşine-partnerine, çocuklarına, ana-babasına, kardeşlerine ya da yakın akrabalarına yönelik her türlü saldırgan davranış ve tehdittir.	n=1 %1	n=2 %1,9	n=2 %1,9	n=18 %17,3	n=81 %77,9	n=104 %100
Aile içi şiddet sadece yoksul ve eğitimsiz ailelerde görülür.	n=41 %39,9	n=49 %47,5	n=5 %4,8	n=7 %6,8	n=1 %1	n=103 %100

Tablo 4 (Devam). Katılımcıların AİŞ hakkındaki bilgi ve tutum sorularına verdiği yanıtların yüzdeler dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Şiddet mağduru kadınlarda depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunlar sık görülür.	n=2 %1,9	n=7 %6,7	n=0 %0	n=41 %39,5	n=54 %51,9	n=104 %100
Baş ağrısı, uykusuzluk, hiperventilasyon, mide barsak sorunları, göğüs, sırt, pelvis ağrıları vb. müphem şikayetleri olan kadınlarda aile içi şiddeti göz önünde bulundururum.	n=0 %0	n=6 %5,8	n=27 %26	n=57 %54,7	n=14 %13,5	n=104 %100
Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	n=1 %1	n=0 %0	n=3 %2,9	n=51 %49	n=49 %47,1	n=104 %100
Gövde, sırt, kalça ve uyluklarda farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak başı izleri fiziksel istismar belirtileridir.	n=0 %0	n=3 %2,9	n=0 %0	n=54 %51,9	n=47 %45,2	n=104 %100
Yaşlıda görülen ezik, morarma, malnütrisyon ya da içe kapanma gibi bulguların varlığında yaşlıya yönelik aile içi şiddet ve/veya ihmali göz önünde bulundururum.	n=0 %0	n=3 %2,9	n=12 %11,5	n=52 %50	n=37 %35,6	n=104 %100
18 yaş altı gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	n=1 %1	n=7 %6,7	n=13 %12,5	n=50 %48,1	n=33 %31,7	n=104 %100
İstismar ve ihmale uğramış çocuklar göz göze iletişim kurmakta zorlanır ve içe kapanıklık gösterebilirler.	n=0 %0	n=2 %1,9	n=4 %3,9	n=46 %44,7	n=51 %49,5	n=103 %100
Aşılardan yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	n=1 %1	n=4 %3,9	n=8 %7,8	n=47 %45,6	n=43 %41,7	n=103 %100
Kıskançlık, güvensizlik, yapmaktan zevk aldığı bir eylemi önleme de şiddete örnektir.	n=4 %3,9	n=10 %9,8	n=7 %6,9	n=44 %43,1	n=37 %36,3	n=102 %100

Tablo 4 (Devam). Katılımcıların AİŞ hakkındaki bilgi ve tutum sorularına verdiği yanıtların yüzdelik dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Aile içi şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur.	n=2 %1,9	n=1 %1	n=0 %0	n=17 %16,5	n=83 %80,6	n=103 %100
Evde, okulda disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir.	n=76 %73,8	n=20 %19,4	n=3 %2,9	n=3 %2,9	n=1 %1	n=103 %100
Erkeğin kadının çalışmasına izin vermemesi veya kazandığı gelirin tümü üzerinde hak iddia etmesi doğaldır.	n=80 %77,7	n=13 %12,6	n=3 %2,9	n=0 %0	n=7 %6,8	n=103 %100
Aile içi şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlar bu konuda sorgulanmalıdır.	n=0 %0	n=11 %10,6	n=28 %26,9	n=48 %46,2	n=17 %16,3	n=104 %100
Şiddet mağduru kadına, eşinin bu davranışından, kadının kendisinin sorumlu olmadığı söylenmelidir.	n=3 %2,9	n=5 %4,8	n=5 %4,8	n=36 %34,9	n=54 %52,6	n=103 %100
Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açacak davranışlarda bulunmaması önerilerek yardımcı olunabilir.	n=24 %23,3	n=30 %29,2	n=20 %19,4	n=21 %20,4	n=8 %7,7	n=103 %100
Aile içi şiddet varlığını ortaya çıkarmanın, mağduru sağlığına bir etkisi olacağını düşünmüyorum.	n=40 %38,5	n=38 %36,5	n=16 %15,4	n=8 %7,7	n=2 %1,9	n=104 %100
Aile içi şiddet, aile içinde kalmalıdır.	n=76 %73,1	n=18 %17,3	n=3 %2,9	n=4 %3,8	n=3 %2,9	n=104 %100
Çalışma hayatında aile içi şiddeti sorgulayacak zamanımın olduğunu düşünmüyorum.	n=26 %25	n=30 %28,9	n=26 %25	n=17 %16,3	n=5 %4,8	n=104 %100
Çalışma hayatında aile içi şiddeti sorguladığımda kendi güvenliğimden endişe ederim.	n=16 %15,4	n=21 %20,2	n=34 %32,7	n=28 %26,9	n=5 %4,8	n=104 %100

“İşinizin bir parçası olarak, herhangi bir kadın aile içinde yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu/kadına yönelik aile içi şiddetten şüphelendiniz mi?” diye sorulduğunda katılımcıların %45,2’si (n=47) hayır, %54,8’i (n=57) evet yanıtı verdi. Katılımcıların mesleki yaşamda kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme durumlarının mesleklere göre dağılımı Tablo 5’te verilmiştir.

Son bir yılda en az bir defa KYAIŞ ile karşılaşanlar, katılımcıların %40,4’ü (n=42) olarak bulundu. Son bir yılda en az bir defa KYAIŞ ile karşılaşan katılımcıların %45,2’sinin (n=19) 1 kez, %26,2’sinin (n=11) 2 kez, %23,8’inin (n=10) 3 kez, %4,8’inin (n=2) 5 kez karşılaştığı belirlendi.

Tablo 5. Katılımcıların mesleki yaşamda kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme durumlarının mesleklere göre dağılımı

“İşinizin bir parçası olarak, herhangi bir kadın aile içinde yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu/kadına yönelik aile içi şiddetten şüphelendiniz mi?”	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Hekim	17	35,4	31	64,6
Hemşire	11	61,1	7	38,9
Ebe	19	50	19	50
Toplam	47	45,2	57	54,8

“KYAIŞ’in hangi türü ile karşılaştınız?” sorusuna katılımcıların %74’ü (n=77) cevap verdi. Katılımcıların verdiği cevapların dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların karşılaştığı KYAIŞ türleri (n=77)

Şiddet Türü	n	Yüzde (%)
Fiziksel Şiddet	59	76,6
İhmal	25	32,5
Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar	59	76,6
Ekonomik Şiddet/İstismar	33	42,9
Cinsel Şiddet	12	15,6

n: Kişi sayısı; Her bir şiddet türünün kendi içinde yüzdesi alınmıştır.

“Meslek yaşantınız boyunca aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?” diye sorulduğunda katılımcıların %54,8’i (n=57) hayır, %45,2’si (n=47) evet yanıtı verdi. Katılımcıların mesleki yaşamda aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumlarının mesleklere göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir.

Son bir yılda en az bir defa aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaşanlar, katılımcıların %27,9’u (n=28) olarak bulundu. Son bir yılda en az bir defa aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaşan katılımcıların %32,1’inin (n=9) 1 kez, %46,4’ünün (n=13) 2 kez, %7,1’inin (n=2) 3 kez, %10,7’sinin (n=3) 4 kez, %3,6’sının (n=1) 8 kez karşılaştığı belirlendi.

Tablo 6. Katılımcıların mesleki yaşamda aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal ile karşılaşma/şüphelenme durumlarının mesleklere göre dağılımı

“Meslek yaşantınız boyunca aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?”	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Hekim	23	47,9	25	52,1
Hemşire	13	72,2	5	27,8
Ebe	21	55,3	17	44,7
Toplam	57	54,8	47	45,2

“ocuğa yönelik istismar/iħmal vakasının hangi türü ile karşılaştınız?” sorusuna katılımcıların %53,8’i (n=56) cevap verdi, cevapların dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Aile içinde çocuğa yönelik karşılaşılan istismar türleri (n=56)

şiddet Türü	n	Yüzde (%)
Fiziksel şiddet	29	51,8
İħmal	35	62,5
Duygusal-Sözel şiddet/İstismar	29	51,8
Ekonomik şiddet/İstismar	7	12,5
Cinsel şiddet	6	10,7

n: Kişi sayısı; Her bir şiddet türünün kendi içinde yüzdesi alınmıştır.

“Meslek yaşantınız boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismarla karşılaştınız mı?” sorusu sorulduğunda katılımcıların %68,3’ü (n=71) hayır, %31,7’si (n=33) evet yanıtı verdi. Katılımcıların mesleki yaşamda yaşlı aile üyelerine yönelik aile içi şiddetle karşılaşma durumlarının mesleklere göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Son bir yılda en az bir defa aile içinde yaşlı istismarı/ihmal ile karşılaşanlar/şüphelenenler 14 (%13,5) kişi olarak saptandı. Son bir yılda en az bir defa aile içinde yaşlıya yönelik istismar/ihmal ile karşılaşan katılımcıların %50’sinin (n=7) 1 kez, %21,4’ünün (n=3) 2 kez, %14,3’ünün (n=2) 3 kez, %7,1’inin (n=1) 5 kez, %7,1’inin (n=1) 10 kez karşılaştığı belirlendi.

Tablo 8. Katılımcıların mesleki yaşamda aile içinde yaşlıya yönelik ihmal/istismarla karşılaşma durumlarının mesleklere göre dağılımı

“Meslek yaşantınız boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismarla karşılaştınız mı?”	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Hekim	24	50	24	50
Hemşire	16	88,9	2	11,1
Ebe	31	81,6	7	18,4
Toplam	71	68,3	33	31,7

“Yaşlı aile üyelerine karşı şiddet vakasının hangi türü ile karşılaştınız?” sorusuna katılımcıların %38,5’i (n=40) cevap verdi. Katılımcıların verdiği cevapların dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Yaşlı aile üyelerine yönelik karşılaşılan şiddet türleri (n=40)

Şiddet Türü	n	Yüzdesi (%)
Fiziksel Şiddet	11	27,5
İhmal	35	87,5
Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar	25	62,5
Ekonomik Şiddet/İstismar	10	25
Cinsel Şiddet	0	0

n: Kişi sayısı; Her bir şiddet türünün kendi içinde yüzdesi alınmıştır.

Meslek yaşantınız boyunca kadın, çocuk ve yaşlılar dışında diğer aile üyelerine karşı şiddet ile karşılaştınız mı?" sorusuna 98 kişi (%94,2) hayır, 6 kişi (%5,8) evet yanıtı verdi. Katılımcılardan diğer aile üyelerine karşı şiddet olayı ile karşılaşanların hangi aile üyelerine karşı şiddetle karşılaştığı Tablo 10'da ve karşılaştıkları şiddet türleri Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Diğer aile üyelerine karşı şiddet olayı ile karşılaşma durumu ve karşılaşılan şiddet türleri (n=7)

Diğer	n	Yüzde (%)
Kardeşe	3	50
Kocasına	3	50
Yakın akrabaya	1	16,7
Anneye	2	33,3
Babaya	1	16,7

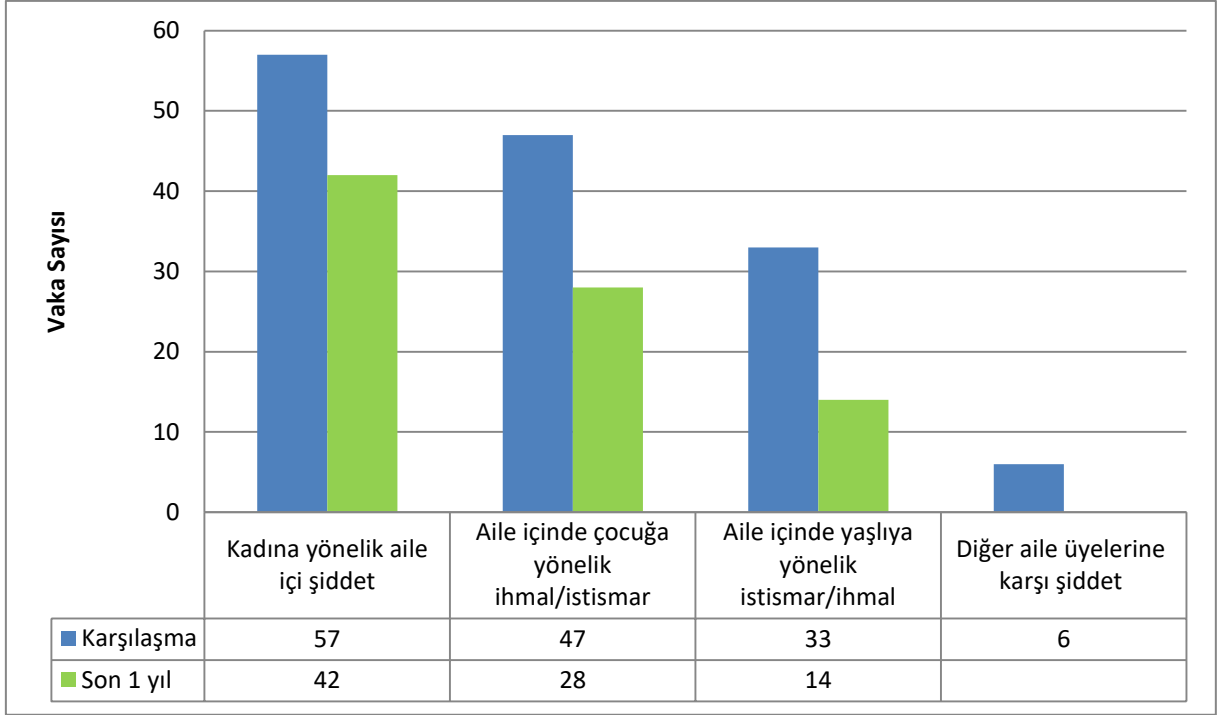
n: Kişi sayısı; Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100'ü geçer.

Tablo 11. Diğer aile üyelerine karşı karşılaşılan şiddet türleri (n=6)

Şiddet Türü	n	Yüzde (%)
Fiziksel Şiddet	6	100
İhmal	2	33,3
Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar	6	100
Ekonomik Şiddet/İstismar	2	33,3
Cinsel Şiddet	0	0

n: Kişi sayısı; Her bir şiddet türünün kendi içinde yüzdesi alınmıştır.

Katılımcılardan kadına, çocuğa, yaşlıya ve bunlar haricindeki diğer aile üyelerine yönelik aile içi şiddetle karşılaşanların ve son bir yıl içinde kadına, çocuğa ve yaşlıya yönelik aile içi şiddetle karşılaşanların verileri Şekil 2'de özetlenmiştir.



Şekil 2. Aile içi şiddetle karşılaşılan katılımcılar ve son bir yılda karşılaşma durumları

“Meslek yaşantınızda aile içi şiddet vakası ile karşılaştığınızda ne yaparsınız?” sorusuna katılımcıların %95,2’si (n=99) cevap verdi. Verilen cevapların dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. “Meslek yaşantısında AİŞ vakası ile karşılaştığınızda ne yaparsınız” sorusuna verilen cevapların dağılımı (n=99)

	n (Kişi sayısı)	Yüzde (%)
Sosyal Hizmet Müdürlüğü/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo183’ü ararım	74	74,7
Tedavisini yapar, polise bildiririm	50	50,5
Çalışma arkadaşlarımla vakayı paylaşırım	20	20,2
Sadece tedavisini yaparım	5	5,1
Tedavisini yapar, bilgilendiririm*	1	1
Kişiyi bu durumu ‘adli vaka’ olarak kaydını yapmak için ikna etmeye çalışırım*	1	1
Birlikte çalıştığım aile hekimine bildiririm*	1	1

Çoklu yanıtı olan bir soru olduğu için toplamlar %100’ü geçer. *Diğer seçeneği için belirtilen yanıtlar.

“Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?” sorusuna 6 kişi (%5,8) hayır, 97 kişi (%94,2) evet yanıtı verdi.

“Meslek yaşamınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olgusu veya şüphesinde hiç polisi aradınız mı?” sorusuna 81 kişi (%77,9) hayır, 23 kişi (%22,1) evet yanıtı verdi.

“Meslek yaşamınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olgusu veya şüphesinde Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183’ü aradınız mı?” sorusuna 84 kişi (%81,6) hayır, 19 kişi (%18,4) evet yanıtı verdi.

“Aile içi şiddetle ilgili yeteri kadar bildirim yapmadığınızı düşünüyorsanız sizce sebebi nedir?” sorusuna katılımcıların %84,6’sı (n=88) cevap verdi. Verilen cevapların dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. “Aile içi şiddetle ilgili yeteri kadar bildirim yapmadığınızı düşünüyorsanız sizce sebebi nedir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

	n (Kişi sayısı)	Yüzde (%)
Her zaman bildirim yaparım	45	51,1
Sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için	13	14,8
Kişi istemediği için*	12	13,6
Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için	11	12,5
Konu ile uğraşmak istemediğim için	3	3,4
Kendi güvenliğim için*	3	3,4
Hayatı tehdit altında değilse kişinin desteğini beklerim*	2	2,3
Çalışma yoğunluğundan sorgulamaya zaman olmaması*	1	1,1
İlgili kurumlar arasında konunun çözüme ulaşmaması, kişinin bu süreçte deşifre oluşu ve zarar görmesi*	1	1,1
Daha önce polisi aradığımda mağdur bayan inkar ettiği için polisler bir şey yapamadı*	1	1,1
En sık karşılaştığım durum ihmal olduğu için bu konuda kurumların ilgisiz kalacağını düşündüğüm için*	1	1,1
Mağduru polise yönlendirdiğim için*	1	1,1
Birlikte çalıştığım hekime bildirim*	1	1,1
Diğer	1	1,1

Çoklu yanıtı olan bir soru olduğu için toplamlar %100’ü geçer. *Diğer seçeneği için belirtilen yanıtlar.

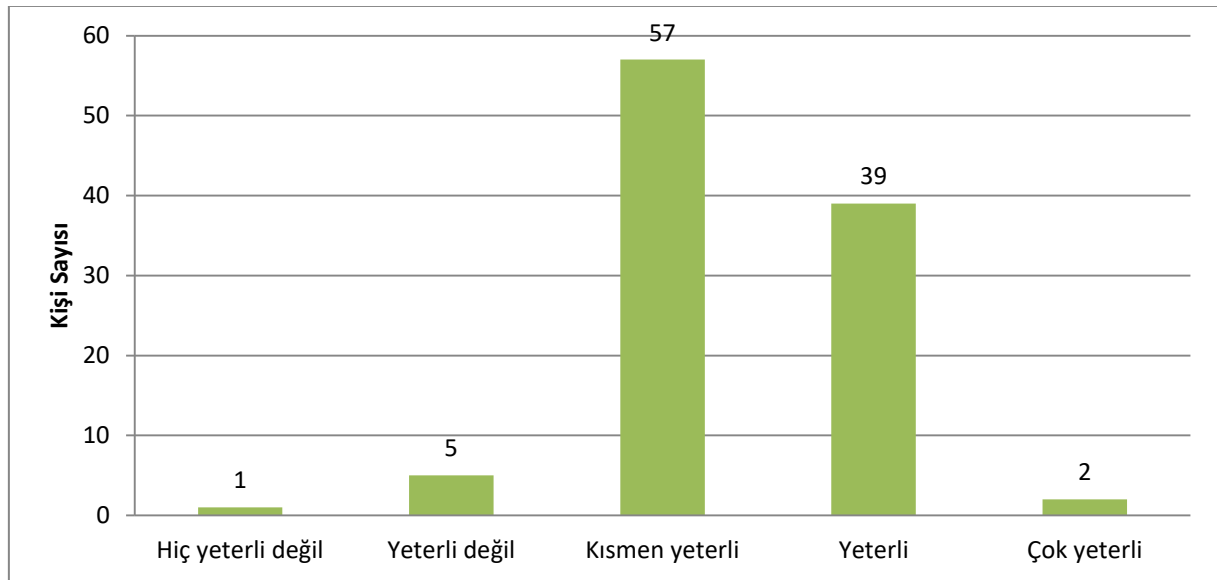
“Meslek yaşantınız boyunca herhangi bir istismar/ihtmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?” sorusuna katılımcıların %82,7’si (n=86) cevap verdi. Katılımcıların verileri Tablo 14’de gsterilmiştir. Bu soruya diğer yanıtı veren 2 kişi de “mağduru yardım almaya ikna etme” yanıtını verdi.

Tablo 14. İstismar/ihtmal vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında zorlanılan aşamalar

	n (Kişi sayısı)	Yüzde (%)
Hiçbir zaman zorlanmadım	27	31,4
İlgili kurumlara rapor etme/yasal süreç	39	45,3
Öykü alma	30	34,9
Kayıt	15	17,4
Fizik muayene	8	9,3
Mağduru yardım almaya ikna etme*	2	2,3

Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100’ü gezer. *Diğer seçeneği için belirtilen yanıt.

Aile içi şiddeti tanıma konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz sorusuna 1 kişi (%1) hiç yeterli değil, 5 kişi (%4,8) yeterli değil, 57 kişi (%54,8) kısmen yeterli, 39 kişi (%37,5) yeterli, 2 kişi (%1,9) çok yeterli cevabını vermiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Aile içi şiddet hakkında kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz sorusuna verilen cevapların dağılımı

Aile içi şiddete tanık olan herkesin bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumlu olduğundan haberdar mısınız sorusuna katılımcıların %5,8'i (n=6) hayır, %94,2'si (n=98) evet yanıtını verdi.

Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz sorusuna katılımcıların %48,1'i (n=50) hayır, %51,9'u (n=54) evet yanıtı verdi.

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme durumuyla yaş ($Z=-0,795$; $p=0,427$), meslekte çalışma süresi ($Z=-0,412$; $p=0,680$), birinci basamakta çalışma süresi ($Z=-961$; $p=0,337$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma durumuyla diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma durumuyla bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“İşinizin bir parçası olarak, herhangi bir kadın aile içi yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu/kadına yönelik aile içi şiddetten şüphelendiniz mi?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	40	38	78	Pearson $\chi^2=4,671$	0,031*
		%51,3	%48,7	%100		
	Erkek	7	19	26		
		%26,9	%73,1	%100		
Meslek	Hekim	17	31	48	Pearson $\chi^2=3,439$	0,064
		%35,4	%64,6	%100		
	Ebe-Hemşire	30	26	56		
		%53,6	%46,4	%100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	7	12	19	Pearson $\chi^2=0,654$	0,419
		%36,8	%63,2	%100		
	Evet	40	45	85		
		%47,1	%52,9	%100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi. * $p<0,05$

Tablo 15 (Devam). Meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma durumuyla bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“İşinizin bir parçası olarak, herhangi bir kadın aile içi yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu/kadına yönelik aile içi şiddetten şüphelendiniz mi?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	46 %47,4	51 %52,6	97 %100	Fisher's Exact Test	0,125
	Evet	7 %26,9	19 %73,1	26 %100		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	20 %57,1	15 %42,9	35 %100	Pearson $\chi^2=3,042$	0,081
	Evet	27 %39,1	42 %60,9	69 %100		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	39 %44,3	49 %55,7	88 %100	Pearson $\chi^2=3,439$	0,064
	Evet	8 %50	8 %50	16 %100		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	7 %53,8	6 %46,2	13 %100	Pearson $\chi^2=0,449$	0,503
	Evet	40 %44	51 %56	91 %100		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	35 %44,9	43 %55,1	78 %100	Pearson $\chi^2=0,075$	0,785
	Evet	12 %48	13 %52	25 %100		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	25 %46,3	29 %53,7	54 %100	Pearson $\chi^2=0,055$	0,814
	Evet	22 %44	28 %56	50 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Meslek yaşantısında aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumuyla yaş (Z=-0,769; p=0,427), meslekte çalışma süresi (Z=-1,439; p=0,68), birinci basamakta çalışma süresi (Z=-0,667; p=0,337) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Meslek yaşantısında aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumuyla diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Meslek yaşantısında aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma/şüphelenme durumuyla bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşantınız boyunca aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	46	32	78	Pearson $\chi^2=2,186$	0,139
		59,0%	41,0%	% 100		
	Erkek	11	15	26		
		42,3%	57,7%	% 100		
Meslek	Hekim	23	25	48	Pearson $\chi^2=1,709$	0,191
		47,9%	52,1%	% 100		
	Ebe-Hemşire	34	22	56		
		60,7%	39,3%	% 100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	10	9	19	Pearson $\chi^2=0,044$	0,833
		52,6%	47,4%	% 100		
	Evet	47	38	85		
		55,3%	44,7%	% 100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Tablo 16 (Devam). Meslek yaşantısında aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma/şüphelenme durumuyla bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşantınız boyunca aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	53	44	97	Fisher's Exact Test	1
		54,6%	45,4%	% 100		
	Evet	4	3	26		
		57,1%	42,9%	% 100		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	21	14	35	Pearson $\chi^2=0,574$	0,449
		60,0%	40,0%	100,0%		
	Evet	36	33	69		
		52,2%	47,8%	100,0%		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	50	38	88	Pearson $\chi^2=0,933$	0,334
		56,8%	43,2%	100,0%		
	Evet	7	9	16		
		43,8%	56,2%	100,0%		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	9	4	13	Pearson $\chi^2=1,248$	0,264
		69,2%	30,8%	100,0%		
	Evet	48	43	91		
		52,7%	47,3%	100,0%		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	45	33	78	Pearson $\chi^2=1,431$	0,232
		57,7%	42,3%	100,0%		
	Evet	11	14	25		
		44,0%	56,0%	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	33	21	54	Pearson $\chi^2=1,802$	0,179
		61,1%	38,9%	100,0%		
	Evet	24	26	50		
		48,0%	52,0%	100,0%		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Meslek yaşantısında aile içinde yaşlıya yönelik istismar/ihmal vakası ile karşılaşma durumuyla yaş ($Z=-1,413$; $p=0,158$), meslekte çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($Z=-0,084$; $p=0,933$), birinci basamakta çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($Z=-647$; $p=0,518$). Meslek yaşantısında aile içinde yaşlıya yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma durumuyla diğer sosyodemografik veriler arasındaki ilişki ayrıntılı olarak Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Meslek yaşantısında aile içinde yaşlıya yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma durumuyla cinsiyet, meslek, ev ziyaretinde bulunma, mezuniyet öncesinde ve sonrasında eğitim alma durumu arasındaki ilişki

“Meslek yaşantınız boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismarla karşılaştınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	62	16	78	Pearson $\chi^2=18,125$	<0,001**
		%79,5	%20,5	%100		
	Erkek	9	17	26		
		%34,6	%65,4	%100		
Meslek	Hekim	24	24	48	Pearson $\chi^2=13,735$	<0,001**
		%50	%50	%100		
	Ebe-Hemşire	47	9	56		
		%83,9	%16,1	%100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	14	5	19	Pearson $\chi^2=0,315$	0,575
		73,7%	26,3%	100,0%		
	Evet	57	28	85		
		67,1%	32,9%	100,0%		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	65	32	97	Fisher's Exact Test	0,427
		67,0%	33,0%	100,0%		
	Evet	6	1	7		
		85,7%	14,3%	100,0%		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi; * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Tablo 17 (Devam). Meslek yaşantısında aile içinde yaşlıya yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma durumuyla cinsiyet, meslek, ev ziyaretinde bulunma, mezuniyet öncesinde ve sonrasında eğitim alma durumu arasındaki ilişki

“Meslek yaşantınız boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismarla karşılaştınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	33	2	35	Pearson $\chi^2=16,483$	<0,001**
		%94,3	%5,7	%100		
	Evet	38	31	69		
		%55,1	%44,9	%100		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	64	24	88	Pearson $\chi^2=5,248$	0,022*
		%72,7	%27,3	%100		
	Evet	7	9	16		
		%43,8	%56,2	%100		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	11	2	13	Fisher's Exact Test	0,218
		%84,6	%15,4	%100		
	Evet	60	31	91		
		%65,9	%34,1	%100		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	50	28	78	Pearson $\chi^2=2,197$	0,138
		64,1%	35,9%	100,0%		
	Evet	20	5	25		
		80,0%	20,0%	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	34	20	54	Pearson $\chi^2=1,460$	0,227
		63,0%	37,0%	100,0%		
	Evet	37	13	50		
		74,0%	26,0%	100,0%		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi; *p<0,05; **p<0,001.

Meslek yaşantısında aile içinde kadın, çocuk ve yaşlılar dışında diğer aile üyelerine karşı şiddet vakası ile karşılaşma durumuyla yaş ($Z=-0,216$; $p=829$), meslekte çalışma süresi ($Z=-0,530$; $p=596$), birinci basamakta çalışma süresi ($Z=-0,314$; $p=0,754$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Meslek yaşantısında aile içinde kadın, çocuk ve yaşlılar dışında diğer aile üyelerine karşı şiddet vakası ile karşılaşma durumuyla diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Meslek yaşantısında aile içinde diğer aile üyelerine yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma durumuyla bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşantınız boyunca diğer aile üyelerine yönelik ihmal/istismarla karşılaştınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	76	2	78	Fisher's Exact Test	0,033*
		%97,4	%2,6	%100		
	Erkek	22	4	26		
		%84,6	%15,4	%100		
Meslek	Hekim	43	5	48	Fisher's Exact Test	0,093
		%89,6	%10,4	%100		
	Ebe-Hemşire	55	1	56		
		%98,2	%1,8	%100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	16	3	19	Fisher's Exact Test	0,073
		84,2%	15,8%	100,0%		
	Evet	82	3	85		
		96,5%	3,5%	100,0%		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	91	6	97	Fisher's Exact Test	1
		93,8%	6,2%	100,0%		
	Evet	7	0	7		
		100,0%	0,0%	100,0%		

n: Kişi sayısı; * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Tablo 18 (Devam). Meslek yaşantısında aile içinde diğer aile üyelerine yönelik istismar/ihmal ile karşılaşma durumuyla bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşantınız boyunca diğer aile üyelerine yönelik ihmal/istismarla karşılaştınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	35	0	35	Fisher's Exact Test	0,095
		%100	%0	%100		
	Evet	63	6	69		
		%91,3	%8,7	%100		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	85	3	88	Fisher's Exact Test	0,045*
		%96,6	%3,4	%100		
	Evet	13	3	16		
		%81,2	%18,8	%100		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	13	0	13	Fisher's Exact Test	1
		%100	%0	%100		
	Evet	85	6	91		
		%93,4	%6,6	%100		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	73	5	78	Fisher's Exact Test	1
		93,6%	6,4%	100,0%		
	Evet	24	1	25		
		96,0%	4,0%	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	51	3	54	Fisher's Exact Test	1
		94,4%	5,6%	100,0%		
	Evet	47	3	50		
		94,0%	6,0%	100,0%		

n: Kişi sayısı; *p<0,05; **p<0,001.

Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu ile yaş ($Z=-0,465$; $p=0,642$), meslekte çalışma süresi ($Z=-0,465$; $p=0,176$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken, birinci basamakta çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,048$) (Tablo 19). Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 19. Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapacağını söyleme durumu ile birinci basamakta çalışma süresinin karşılaştırılması

		n	Birinci basamakta çalışma süresi ortalama	ss	İstatistiksel Analiz	p değeri
“Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?”	Hayır	6	21,16	6,33	$Z^* = -1,973$	0,048*
	Evet	97	14,06	8,27		

n: Kişi sayısı; * Mann-Whitney U Testi; * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Tablo 20. Aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapacağını söyleme durumu ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	5	72	77	Fisher's Exact Test	1
		%6,5	%93,5	%100		
	Erkek	1	25	26		
		%3,8	%96,2	%100		
Meslek	Hekim	2	46	48	Fisher's Exact Test	0,683
		%4,2	%95,8	%100		
	Ebe-Hemşire	4	51	55		
		%7,3	%92,7	%100		

Tablo 20 (Devam). Aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapacağını söyleme ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Çocuk sahibi olma	Hayır	1	18	19	Fisher's Exact Test	1
		%5,3	%94,7	%100,0		
	Evet	5	79	84		
		%6	%94	%100,0		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	6	90	96	Fisher's Exact Test	1
		%6,2	%93,8	%100,0		
	Evet	0	7	7		
		%0	%100	%100,0		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	3	32	35	Fisher's Exact Test	0,406
		%8,6	%91,4	%100		
	Evet	3	65	68		
		%4,4	%95,6	%100		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	6	82	88	Fisher's Exact Test	0,589
		%6,8	%93,2	%100		
	Evet	0	15	15		
		%0	%100	%100		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	0	13	13	Fisher's Exact Test	1
		%0	%100	%100		
	Evet	6	84	91		
		%6,7	%93,3	%100		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	4	73	77	Fisher's Exact Test	0,633
		%5,2	%94,8	100,0%		
	Evet	2	23	25		
		%8	%92	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	2	52	54	Fisher's Exact Test	0,420
		%3,7	%96,3	100,0%		
	Evet	4	45	49		
		%8,2	%91,8	%100		

Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında polisi arama durumu ile yaş ($Z=-1,212$; $p=0,225$), meslekte çalışma süresi ($Z=-0,545$; $p=0,586$), birinci basamakta çalışma süresi ($Z=-1,458$; $p=0,145$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında polisi arama durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşantınızda karşılaştığımız aile içi şiddet olayı/şüphesinde hiç polisi aradınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	68 %87,2	10 %12,8	78 %100	Pearson $\chi^2=15,649$	<0,001**
	Erkek	13 %50	13 %50	26 %100		
Meslek	Hekim	33 %68,8	15 %31,2	48 %100	Pearson $\chi^2=4,318$	0,038*
	Ebe-Hemşire	48 %85,7	8 %14,3	56 %100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	14 %73,7	5 %26,3	19 %100,0	Fisher's Exact Test	0,760
	Evet	67 %78,8	18 %21,2	85 %100,0		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	75 %77,3	22 %22,7	97 %100,0	Fisher's Exact Test	1
	Evet	6 %85,7	1 %14,3	7 %100,0		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	30 %85,7	5 %14,3	35 %100	Pearson $\chi^2=1,878$	0,171
	Evet	51 %73,9	18 %26,1	69 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi; * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Tablo 21 (Devam). Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında polisi arama durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşantınızda karşılaştığımız aile içi şiddet olayı/şüphesinde hiç polisi aradınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	71	17	88	Fisher's Exact Test	0,186
		%80,7	%19,3	%100		
	Evet	10	6	16		
		%62,5	%37,5	%100		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	13	0	13	Fisher's Exact Test	0,067
		%100	%1	%100		
	Evet	68	23	91		
		%74,7	%25,3	%100		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	60	18	78	Pearson $\chi^2=0,103$	0,748
		%76,9	%23,1	100,0%		
	Evet	20	5	25		
		%80	%20	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	44	10	54	Pearson $\chi^2=0,844$	0,358
		%81,5	%18,5	100,0%		
	Evet	37	13	50		
		%74	%26	%100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183'ü arama durumu ile yaş (Z=-1,167; p=0,243), meslekte çalışma süresi (Z=-0,673; p=0,501), birinci basamakta çalışma süresi (Z=-1,187; p=0,235) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183'ü arama durumu ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183' ü arama durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşamınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olayı/şüphesinde Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183 ü aradınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	67	10	77	Fisher's Exact Test	0,020*
		%87	%13	%100		
	Erkek	17	9	26		
		%65,4	%34,6	%100		
Meslek	Hekim	34	13	47	Pearson $\chi^2=4,877$	0,027*
		%72,3	%27,7	%100		
	Ebe-Hemşire	50	6	56		
		%89,3	%10,7	%100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	16	3	19	Fisher's Exact Test	1
		%84,2	%15,8	%100,0		
	Evet	68	16	84		
		%81	%19	%100,0		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	78	18	96	Fisher's Exact Test	1
		%81,2	%18,8	%100,0		
	Evet	6	1	7		
		%85,7	%14,3	%100,0		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	31	4	35	Pearson $\chi^2=1,736$	0,188
		%88,6	%11,4	%100		
	Evet	53	15	68		
		%77,9	%22,1	%100		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	73	14	87	Fisher's Exact Test	0,168
		%83,9	%16,1	%100		
	Evet	11	5	16		
		%68,8	%31,2	%100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi; *p<0,05; **p<0,001.

Tablo 22 (Devam). Aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183' ü arama durumu bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Meslek yaşamınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olayı/şüphesinde Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183 ü aradınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	13	0	13	Fisher's Exact Test	0,119
		%100	%1	%100		
	Evet	71	19	90		
		%78,9	%21,1	%100		
Çocukluğunda AİŞ'e tanıklık/şiddet görme	Hayır	60	17	77	Fisher's Exact Test	0,147
		%77,9	%22,1	100,0%		
	Evet	23	2	25		
		%92	%8	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ'e tanıklık	Hayır	40	13	53	Pearson $\chi^2=2,684$	0,101
		%75,5	%24,5	100,0%		
	Evet	44	6	50		
		%88	%12	%100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma durumu ile katılımcıların yaş ortalaması (Tablo 23) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, meslekte çalışma süresi ortalaması (Tablo 24) ve birinci basamakta çalışma süresi ortalaması (Tablo 25) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 23. Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma durumuyla katılımcıların yaş ortalaması arasındaki ilişki

		n	Yaş ortalama	ss	İstatistiksel Analiz
“Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz?”	Hayır	50	43,46	8,89	Z*=-2,007; p=0,045
	Evet	54	40,35	7,83	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Tablo 24. Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma durumuyla katılımcıların meslekte çalışma süresi ortalamaları arasındaki ilişki

		n	Meslekte çalışma süresi ortalama	ss	İstatistiksel Analiz
“Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz?”	Hayır	50	20,53	8,06	Z*=-1,710; p=0,087
	Evet	54	40,35	7,83	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Tablo 25. Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma durumuyla katılımcıların birinci basamakta çalışma süresi ortalamaları arasındaki ilişki

		n	Birinci basamakta çalışma süresi ortalama	ss	İstatistiksel Analiz
“Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz?”	Hayır	50	16,11	8,53	Z*=-1,941; p=0,052
	Evet	54	12,78	7,89	

n: Kişi sayısı; ss: Standart sapma; * Mann-Whitney U Testi.

Tablo 26. Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	34 %43,6	44 %56,4	78 %100	Pearson $\chi^2=2,517$	0,113
	Erkek	16 %61,5	10 %38,5	26 %100		
Meslek	Hekim	24 %50	24 %50	48 %100	Pearson $\chi^2=$ 0,132	0,716
	Ebe-Hemşire	26 %46,4	30 %53,6	56 %100		
Çocuk sahibi olma	Hayır	9 %47,4	10 %52,6	19 %100,0	Pearson $\chi^2=$ 0,005	0,945
	Evet	41 %48,2	44 %51,8	85 %100,0		
Evinde bakmakla yükümlü kişi olması	Hayır	46 %47,4	51 %52,6	97 %100,0	Fisher's Exact Test	0,708
	Evet	4 %57,1	3 %42,9	7 %100,0		
Ev Ziyaretinde Bulunma	Hayır	17 %48,6	18 %51,4	35 %100	Pearson $\chi^2=0,005$	0,943
	Evet	33 %47,8	36 %52,2	69 %100		
Mezuniyet Öncesinde Eğitim Almış Olma	Hayır	43 %48,9	45 %51,1	88 %100	Pearson $\chi^2=0,142$	0,706
	Evet	7 %43,8	9 %56,2	16 %100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi; * Fisher's Exact Test.

Tablo 26 (Devam). Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almış Olma	Hayır	4	9	13	Pearson $\chi^2=1,783$	0,182
		%30,8	%69,2	%100		
	Evet	46	45	91		
		%50,5	%49,5	%100		
Çocukluğunda AİŞ’e tanıklık/şiddet görme	Hayır	37	41	78	Pearson $\chi^2=0,158$	0,691
		%47,4	%52,6	100,0%		
	Evet	13	12	25		
		%52	%48	100,0%		
Yakın çevresinde AİŞ’e tanıklık	Hayır	29	25	54	Pearson $\chi^2=1,425$	0,233
		%53,7	%46,3	100,0%		
	Evet	21	29	50		
		%42	%58	%100		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 : Ki-kare istatistiksel analizi.

TARTIŞMA

Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık çalışanları ile yaptığımız araştırmada sağlık çalışanlarının aile içi şiddet hakkında bilgi düzeylerini, tutum ve davranış özelliklerini ve etkileyen faktörleri belirlemeyi hedefledik. Elde edilen bilgiler mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri belirtildi, çalışmadaki kısıtlayıcı faktörler belirtildi, özgün yönleri irdelenip zm önerilerinde bulunuldu.

Aile içi şiddet tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksek oranlarda görülmektedir fakat sorunun üzümünde yetersizlikler mevcuttur. Bu nedenle diğer profesyonellerin olduğu gibi sağlık çalışanlarının da özellikle olguların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda önemli sorumlulukları vardır ve sorunun üzümünde aktif rol oynamaları beklenmektedir.

Sağlık alışanlarının gerek mezuniyet öncesinde gerek ise mezuniyet sonrasında aile içi şiddet, kadına yönelik aile içi şiddet, ocuk istismarı/ihmali, yaşlı istismarı/ihmali gibi konularda eğitim alması, şiddetin ve risk faktörlerinin tanınması, uygun müdahalelerde bulunulması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızda sağlık personelinin aile içi şiddetle ilgi eğitim alma durumları incelendiğinde, katılımcıların %15,4'ünün mezuniyet öncesinde eğitim aldığı, %87,5'inin ise mezuniyet sonrasında eğitim aldığı saptandı. Kurt ve Gün (64) tarafından 2017'de Tokat Devlet Hastanesi'nde görevli 439 sağlık personeli ile yapılan çalışmada katılımcıların %31,4' öğrenimleri boyunca aile içi şiddet konusunda eğitim aldığını belirtirken, %36,9'u mezuniyet sonrasında eğitim aldığını belirtmiştir. Aba ve Başar (65) tarafından 2014'de Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada da katılımcıların %14,4'ünün aile içi şiddet konusunda mezuniyet öncesinde eğitim aldığı, katılımcıların %32,7'sinin de

meslek yaşamında eğitim aldıkları saptanmıştır. Gezgin (66) tarafından 2011’de İzmir merkez ilçelerinde birinci basamakta görevli 355 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada katılımcıların %9,6’sı mezuniyet öncesinde eğitim alırken %67’sinin mezuniyet sonrasında kadına yönelik eş şiddeti konusunda eğitim aldığı saptanmıştır. Aile içi şiddete yönelik eğitim alma açısından bakıldığında bizim çalışmamızla diğer çalışmaların bulguları arasında farklılıklar görülmektedir. Mezuniyet öncesinde alınan eğitim oranlarının farklılığı mezun olunan fakültelerin eğitim programlarının farklılığı ile ilişkilendirilebilir. Mezuniyet sonrası eğitim alma oranlarının farklılığının sebebi ise aile içi şiddet konusunda düzenlenen hizmet içi eğitimlerin daha çok birinci basamağa yönelik yapılması ve eğitim gören personel sayısının yıllara göre artması olabilir.

Katılımcıların bilgi sorularına verdiği yanıtlar incelendiğinde, “gövde, sırt, kalça ve uyluklarda farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak başı izleri fiziksel istismar belirtileridir” önermesine (%97,1), “yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir” önermesine (%96,1) ve aile içi şiddet tanımına (%95,2) katılma oranları yüksek olarak saptanırken, “ağrı, uykusuzluk, mide barsak sorunları gibi müphem şikayetleri olan kadınlarda aile içi şiddeti göz önünde bulundururum” (%68,3) diyen sağlık çalışanlarının oranları daha düşük olarak saptanmıştır. Katılımcıların fiziksel şiddet/istismar bulgularını bilme, yaralanma ve kırıklarda tutarsız öykü verildiğinde şiddetten şüphelenme konusundaki önermelere daha fazla katıldığı, müphem şikayetlerle gelen hastalarda ise aile içi şiddeti daha az göz önünde bulundurduğu saptanmıştır. Müphem şikayetlerle gelen hastada aile içi şiddetin ön tanıda bulundurulmama nedeni hastaların klinik sorunlarına odaklanılması, biyopsikosozal yaklaşımda bulunulmaması ya da sağlık çalışanlarının aile içi şiddet konusunda yapabilecekleri bir şey olmadığına inanması olabilir.

Sağlık çalışanlarının aile içi şiddete yönelik tutum sorularına verdiği cevaplar incelendiğinde “aile içi şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur” önermesine (%96,1), “aile içi şiddet aile içinde kalmalıdır” önermesine (%90,4) yüksek oranda olumlu tutum gösterilirken, “çalışma hayatında aile içi şiddeti sorguladığımda kendi güvenliğimden endişe ederim” önermesine (%35,7), “şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açacak davranışlarda bulunmaması önerilerek yardımcı olunabilir” önermesine (%51,9) ve “çalışma hayatında aile içi şiddeti sorgulayacak zamanımın olduğunu düşünmüyorum” önermesine (%53,8) ise yüksek oranda olumsuz tutum gösterilmiştir.

“Aile içi şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur” önermesine katılımcıların %96,1’i katılmıştır. Kurt ve Gün (64) tarafından 2017’de yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %95,9’u bizim çalışmamız ile benzer şekilde aile içi şiddetin önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir.

“Aile içi şiddet, aile içinde kalmalıdır” önermesine katılımcıların %90,4’ü katılmıyorum diyerek olumlu tutum göstermiştir. Şahin ve ark. (67) tarafından 2008’de İstanbul’da 400 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %75,8’i bu ifadeye katılmadığını belirtmiştir. Yayla’nın (68) 2009’da yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %72,1’i “kadına yönelik şiddet aile içi özel bir sorundur, sağlık personelinin bu konuya karışması doğru değildir” ifadesine katılmıyorum diyerek olumlu tutum göstermiştir. Altınay ve Arat’ın yaptığı “Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet” çalışmasında aile içi şiddet ile mücadelede görüşleri sorulan kadınlar, hükümete, yerel yönetimlere, devlet kurumları ve mahkemelere bu alana müdahale etmesi için önemli sorumluluklar yüklemiş ve yapılanları yeterli bulmamıştır (69). Altınay ve Arat’ın yaptığı çalışmaya göre kadınlar aile içi şiddeti “aile içinde” çözülmesi gereken bir konu olarak görmemektedir. Şiddet bir insan hakları ihlalidir ve birey, toplum ve devlet şiddeti bir suç olarak görmeli, mağdur sağlıklı yaşam hakkı için desteklenmelidir.

“Evde, okulda disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir” önermesine katılımcıların %89,4’ü katılmadığını belirtmiştir. Şahin ve ark. (67) tarafından 2008’de yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde sağlık çalışanlarının %90,8’i katılmadığını belirtmiştir.

“Şiddet mağduru kadına, eşinin bu davranışından, kadının kendisinin sorumlu olmadığı söylenmelidir” önermesine katılımcıların %86,5’i katılmıştır. Sarıbyık’ın (70) 2012’de yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %56,1’i şiddete uğrayan kadına eşinin bu davranışından kadının kendisinin suçlu olmadığı söylenmelidir cevabı vermiştir. Tunçel ve ark. (71) tarafından 2007’de yapılan çalışmada ebellek ve hemşirelik öğrencilerinin %32,9’u bu önermeye katılırken, Yayla (68) tarafından 2009’da yapılan benzer bir çalışmada sağlık çalışanlarının %57,3’ü bu önermeye katılmıştır. Kadına yönelik aile içi şiddet (KYAIŞ) mağduruna yaklaşımda kimsenin şiddeti hak etmediği, şiddetin tek sorumlusunun onu uygulayan olduğunun vurgulanması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu bu ifadeye karşı olumlu tutum gösterse de, sağlık çalışanlarının bir kısmı katılmadıklarını belirtmiştir. Bunun nedeni, sağlık çalışanlarının içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak bazı durumlarda kadına yönelik aile içi şiddeti onaylaması olarak düşünülebilir. Şiddetin sorumlusunun onu uygulayan olduğu hakkındaki bu ifadeye katılma oranının yıllara

göre arttığı görülmektedir. Bunun nedeni şiddet hakkında topluma yönelik bilinçlendirme hareketleri ve kampanyaların yaygınlaşması olabilir.

“Aile içi şiddet varlığını ortaya çıkarmanın, mağdurun sağlığına bir etkisi olacağını düşünmüyorum” önermesine katılımcıların %75’i katılmıyorum diyerek olumlu tutum göstermiştir. Yayla’nın (68) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %65,4’ü bu önermeye katılmadığını belirtirken, Tunçel ve ark. (71) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %74,9’u katılmıyorum diyerek olumlu tutum göstermiştir. Şiddetin, mağdurun fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilediği önemli bir gerçektir. Tahiroğlu ve ark. (72) tarafından 2007’de Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na başvuran, adli sürecin hekim tarafından başlatıldığı 16 çocuk istismarı olgusunun geriye dönük incelenmesiyle yapılan çalışmada adli sürecin korkulanın aksine çocuk ve gencin yararına olabileceği, çocuğu korumanın yanında tedavisini de desteklediği belirtilmiştir ve ruh sağlığı, yasal sorumluluklar, adli bildirim süreçleri ile ilgili konuların lisans eğitimi içinde daha çok yer alması gerektiği vurgulanmıştır.

“Aile içi şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlar bu konuda sorgulanmalıdır” önermesine katılımcıların %62,5’i katıldığını belirtirken, %26,9’u kararsız kalmıştır. Yayla’nın (68) 2009’da yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %37,3’ü “kadına yönelik şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlara şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmalıdır, sormamak görevini yapmamakla eşdeğerdir” ifadesine katılmıştır. Tarama yapılması için birçok aile içi şiddet tarama aracı geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF), klinisyenlere üreme çağındaki tüm kadınları aile içi şiddet/yakın partner şiddeti açısından taramasını önermektedir, aynı zamanda yakın partner şiddeti taramasının yetişkin ve adölesanlardaki şiddeti/istismarı ve yol açtığı fiziksel, ruhsal sorunları azaltabileceğini belirtmektedir (73).

“Şiddete uğrayan kadına, tartışmaya yol açacak davranışlarda bulunmaması önerilerek yardımcı olunabilir” önermesine katılımcıların %51,9’u katılmıyorum diyerek düşük oranda olumlu tutum göstermiştir. Sarıbyık (70) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %58,2’si bu önermeye katılmadığını belirtmiştir. Bu ifadeye karşı düşük oranda olumlu tutum gösterilmesinin nedeni sağlık çalışanlarının içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak, cinsiyete dayalı yaklaşımı, ilişkilerde cinsiyete uygun görülen rollere yönelik beklentiyi paylaşması olabilir.

“Çalışma hayatında aile içi şiddeti sorgulayacak zamanımın olduğunu düşünmüyorum” önermesine katılımcıların %53,8’i katılmıyorum diyerek olumlu tutum

göstermiştir. Yayla (68) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %50,5'i iş yaşamında kadına yönelik şiddeti sorgulayacak zamanının olmadığı ifadesine katılmazken, Sarıbyık'ın (70) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %52,1'i bu ifadeye katılmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarda olduğu gibi bu ifadeye karşı düşük oranda olumlu tutum gösterilmiştir.

“Çalışma hayatında aile içi şiddeti sorguladığımda kendi güvenliğimden endişe ederim” önermesine katılımcıların %35,7'si katılmadığını belirtirken %32,7'si kararsız kalmıştır. Bu önermeye karşı olumlu tutum gösterme oranı düşüktür ve sağlık çalışanlarının aile içi şiddeti ortaya çıkardıklarında kendi güvenliklerinden endişe ettiği anlaşılmaktadır. Bunun sebebi aile içi şiddeti ortaya çıkartarak şiddet uygulayıcısı tarafından hedef haline gelmekten korkmaları olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara “işinizin bir parçası olarak herhangi bir kadın aile içinde yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu?/kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaştınız mı?” sorusuna katılımcıların %54,8'i evet yanıtı vermiştir. Sarıbyık (70) tarafından 2012'de Malatya'daki sağlık ocaklarında yapılan çalışmada katılımcıların %71,3'ü kadına yönelik şiddet olgusu ya da şüphesiyle karşılaştıklarını belirtmiştir. Yayla (68) tarafından Sakarya il merkezinde devlet hastanesi ve sağlık ocaklarında yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %70,5'inin iş yaşamında KYŞ olgusu ile karşılaştığı saptanmıştır. Gezgin (66) tarafından 2011'de İzmir'de birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan çalışmada ise sağlık çalışanlarının %67,6'sının kadına yönelik eş şiddeti vakası ile karşılaştığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda KYAİŞ ile karşılaşma/şüphelenme oranlarının diğer çalışmalara göre düşük olduğu görüldü. Bunun sebebi şiddet sıklığının bölgesel farklılığı olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme arasında anlamlı bir ilişki bulundu, erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda kadına yönelik şiddetle karşılaştıkları/şüphelendikleri saptandı. Bunun nedeni aile içi şiddet mağduru kadının geleneksel cinsiyete dayalı yaklaşımı, kadın sağlık çalışanlarının konunun çözümünde yetersiz kalacağını düşünmesi nedeniyle sorunu kadın sağlık çalışanlarıyla paylaşmak istememesi olabilir.

Çalışmamızda hekim ve ebe-hemşire grupları arasında meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddet ile karşılaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Kurt ve Gün (64) tarafından bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı bir şekilde daha çok aile içi şiddetle karşılaştığı saptanmıştır. Sarıbyık (70) tarafından Malatya'daki sağlık ocaklarında yapılan çalışmada ise hekim, ebe ve

hemşireler arasında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da hekimlerin ebe-hemşirelere göre daha fazla vaka ile karşılaştığı bulunsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi ile ebe ve hemşireler ekip anlayışı içinde çalışmaktadırlar ve birinci basamakta çalışan ebe ve hemşireler mesleki olarak kadına yakın konumları nedeniyle kadına yönelik aile içi şiddeti tanıma, kadına danışmanlık yapma, uygun yerlere yönlendirme açısından önemli bir konumdadır (74).

Çalışmaya başlarken mezuniyet öncesinde ve mezuniyet sonrasında eğitim alma ile aile içi şiddet belirti ve bulgularını tanımanın kolaylaşmasına bağlı olarak sağlık çalışanlarının daha fazla vaka ile karşılaşmasını/şüphelenmesini beklemekteydik. Ancak mezuniyet öncesinde eğitim alma ve mezuniyet sonrasında eğitim alma ile meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bunun nedeni verilen eğitimin yetersiz olması, sağlık çalışanlarının bu konudaki eğitimi önemsiz görmesi olabilir.

Çalışmamızda yaş, birinci basamakta çalışma süresi, meslekte çalışma süresi arttıkça bilgi ve deneyimin artmasına paralel olarak kadına yönelik aile içi şiddet belirti ve bulgularını tanımanın kolaylaşacağı için daha fazla vaka ile karşılaşılmasını beklemekteydik. Ancak yaş, birinci basamakta çalışma süresi, meslekte çalışma süresi arttıkça kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilemedi.

Çalışmamıza başlarken çocukluğunda ailesinde şiddete tanık olan/şiddet gören ya da yakın çevresinde aile içi şiddete tanık olan sağlık çalışanlarının aile içi şiddet konusunda daha fazla duyarlılığa sahip olmasını, aile içi şiddeti daha fazla öntanıma bulundurmasını, kadınları bu konuda daha fazla sorgulamasını ve tüm bunlara paralel olarak şiddet vakalarını daha fazla tanımasını beklemekteydik. Ancak çocukluğunda ailesinde şiddete tanık olma/şiddet görme ya da yakın çevresinde aile içi şiddete tanık olma ile kadına yönelik aile içi şiddetle karşılaşma/şüphelenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda KYAIŞ'in hangi türü ile karşılaştınız diye sorduğumuzda katılımcıların %74'ü bu soruya cevap verdi. KYAIŞ ile meslek yaşantısında karşılaştığını/şüphelendiğini söyleyen kişilerin oranı %54,8 idi. Bunun sebebi şiddet türlerinin seçeneklere konmasının şiddet olarak algılanan vaka sayısını arttırması ve sorunun sadece meslek yaşantısı ile sınırladılmamış olması olabilir.

Katılımcıların kadına yönelik en sık karşılaştığı şiddet türü aynı oranda fiziksel şiddet ve duygusal-sözel şiddet/istismardı. Can (75) tarafından 2010'da İstanbul'da ikinci basamak

bir sağlık kurumunda görevli 102 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada en sık karşılaşılan aile içi şiddet türü fiziksel şiddet, ikinci sırada psikolojik şiddet olarak bulunmuştur. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının fiziksel şiddet bulgularını daha kolay tanıyabilmesi, duygusal şiddeti ise fiziksel şiddete eşlik ettiği zaman tanıyabilmesi olabilir. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi şiddet 2014 raporuna göre, Türkiye’de kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde duygusal şiddet/istismar yaşama ortalaması %44 iken, fiziksel şiddet yaşama ortalaması %36 olarak bulunmuştur (22).

Çalışmamızda katılımcıların %45,2’si meslek yaşantıları boyunca aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaştığını belirtmiştir. Kurt ve Gün (64) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %48,1’i meslek hayatında ocuk istismar ve iħmal olgusuyla karşılaştığını belirtirken, Türker (76) tarafından 2017’de Burdur’daki ASM’lerde görevli 160 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların %43,1’i ocuk istismarı ve iħmali ile karşılaştığını belirtmiştir.

Çalışmamızda hekim ve ebe-hemşire grupları arasında meslek yaşantısında çocuğa yönelik aile içi şiddet ile karşılaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Kurt ve Gün (64) tarafından bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı bir şekilde daha çok çocuğa yönelik istismar/iħmal ile karşılaştığı saptanmıştır. Bizim alışmamızda da hekimlerin ebe-hemşirelere göre daha fazla vaka ile karşılaştığı bulunsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bunun sebebi birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşire ve ebelerin ailelere olan yakın konumu sayesinde aileleri daha yakından tanınması ve şiddet açısından mevcut risk faktörlerini ve belirtilerini daha rahat değerlendirmesi olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile aile içinde ocuk istismarı/iħmali ile karşılaşma/şüphelenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Demir (77) tarafından 2012’de Edirne’de yapılan çalışmada kadın ve erkek hekimler arasında ocuk istismarı/iħmali ile karşılaşma durumları açısından bizim çalışmamızla benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. şanyz (78) tarafından 2009’da İstanbulda yapılan çalışmada ise istismar tanısı koyduğu belirtilen 302 hekimin %73’ünün kadın hekim olduğu saptanmıştır. Bu sonuç kadınların çocuklar ile daha fazla ilişkide bulunmaları sebebiyle onları daha iyi anlamalarına bağlanmıştır (78). Bizim çalışmamıza göre ise kadın ve erkek sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve iħmali konusunda benzer hassasiyete sahip oldukları söylenebilir, bunun nedeni kadının değerşen statüsü, daha fazla çalışma hayatında yer alması nedeniyle eşler arasında sorumluluğun daha fazla paylaşılması olabilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olma ile çocuk istismarı/ihmali ile karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı. Demir (77) tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde çocuk sahibi olma ile çocuk istismarından şüphelenme/karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda aile içinde çocuğa yönelik istismarın hangi türü ile karşılaştınız diye sorulduğunda katılımcıların %53,8'i bu soruya cevap verdi. Çocuk istismarı/ihmali ile meslek yaşantısında karşılaştığını/şüphelendiğini söyleyen kişilerin oranı %45,2 idi. Bunun sebebi şiddet türlerinin seçeneklere konmasının şiddet olarak algılanan vaka sayısını artırması ve sorunun sadece meslek yaşantısı ile sınırlanılmamış olması olabilir.

Katılımcıların çocuğa yönelik en sık ihmal (%62,5) ile karşılaştığı, ikinci sırada ise fiziksel şiddet (%51,8) ve duygusal-sözel şiddet/istismar (%51,8) ile karşılaştığı bulunmuştur. Kurt ve Gün (64) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının en sık (%59,2) fiziksel istismar ile karşılaştığı saptanmıştır. Kara ve ark. (79) tarafından 2014'de Ankara'da yapılan çalışmada hekimlerin en sık ihmal (%45,8), ikinci sırada ise fiziksel istismar (%29,8) ile karşılaştığı saptanmıştır. Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin çocuğun beslenme, giyim, tıbbi ihtiyaçlarını karşılamaması gibi tespit edilmesi kolay durumları içermesinden dolayı "ihmal" ve fiziksel bulguların daha görünür olması nedeniyle "fiziksel istismar" sağlık çalışanlarınca daha kolay tanınabilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %31,7'si meslek yaşantıları boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismar ile karşılaştığını belirtmiştir. Mesleklere göre bakıldığında hekimlerin %50'si, hemşirelerin %11,1'inin, ebelerin %18,4'ünün aile içinde yaşlıya yönelik ihmal/istismarla karşılaştığı saptanmıştır. Mandıracıoğlu ve ark. (80) tarafından 2006'da İzmir'de acil serviste görevli 125 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada katılımcıların %49,6'sı daha önceden yaşlı istismarı olgusu ile karşılaştığını belirtmiştir. Türkay tarafından 2012'de 331 acil servis hekimi ile yapılan çalışmada ise katılımcıların %68,9'u yaşlı istismarı olabileceğini düşündüğü hastasının olduğunu belirtmiştir (81). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının yaşlıya yönelik aile içi şiddetle daha az karşılaşmasının nedeni yaşlıya yönelik istismar ve ihmal görülme oranlarının bölgesel özelliklere göre değişmesi olabileceği gibi sağlık çalışanlarının bu konudaki yetersiz bilgi düzeyi veya farkındalığı olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin hemşire-ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla aile içinde yaşlıya yönelik ihmal/istismar vakası ile karşılaştığı saptandı. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkek sağlık çalışanlarının kadın sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla vaka ile karşılaştığı saptandı. Erkek sağlık çalışanlarının

daha fazla vaka ile karşılaşmasının nedeni hekimlerin ebe-hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla vaka ile karşılaştığı göz önünde bulundurulduğunda meslek gruplarının cinsiyete göre eşit olarak dağılmaması, kadın sağlık çalışanlarının hekim, hemşire ve ebelerden oluşurken, erkek sağlık çalışanlarının sadece hekimlerden oluşması olabilir.

Çalışmamızda ev ziyaretinde bulunma ile yaşlı aile üyelerine yönelik şiddet vakası ile karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Ev ziyaretinde bulunan sağlık çalışanlarının, ev ziyaretinde bulunmayanlara göre daha fazla vaka ile karşılaştığı saptandı. Yaşlılar, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, bağımsızlık ve sosyal yaşantının azalması, kronik hastalıklar ve komplikasyonları nedeniyle artmış immobilité gibi nedenlerle daha fazla eve bağımlı hale gelmektedir. Ev ziyaretleri, bu tarz hastaların yaşadığı ortamla beraber değerlendirilmesi, aile içi ilişkilerin yakından gözlenmesi, şiddet açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve uygun desteğin verilmesi için önemli bir fırsattır.

Çalışmamızda mezuniyet öncesi eğitim alma ile yaşlı aile üyelerine yönelik şiddetle karşılaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu, mezuniyet öncesinde eğitim alanların, almayanlara göre daha fazla sayıda vaka ile karşılaştığı saptandı. Kadına yönelik şiddet ve çocuk istismarı konusunda daha yaygın olarak farkındalık çalışmaları yapılırken, yaşlıya yönelik şiddet daha geri planda kalmakta, belki de mezuniyet öncesi eğitimle sınırlı kalmakta olabilir.

Çalışmamıza başlarken eş ve çocuk haricinde ailede bakmakla yükümlü olunan anne, baba gibi yaşlı bir bireyin olmasının, yaşlıya yönelik aile içi şiddet konusunda duyarlılığı arttıracığı için karşılaşılan vaka sayısının artabileceğini düşünmüştük. Ancak evinde eş ve çocuk haricinde bakmakla yükümlü olunan birisinin olması ile yaşlıya yönelik aile içi şiddetle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının yaşlı aile üyelerine yönelik karşılaştığı şiddet türlerine bakıldığında en sık ihmal (%87,5) ikinci sırada duygusal-sözel şiddet/istismar (%62,5) ve üçüncü sırada fiziksel şiddet (%27,5) ile karşılaştıkları saptanmıştır. Keskinoglu (82) tarafından 2008'de İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada, yakınları ile birlikte yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin %9,4 duygusal istismar, %8,2 ihmal, %4,2 fiziksel istismar ile karşılaştığı bildirilmiştir. Çalışmamızda hekimlerin en çok ihmal ile karşılaşmasının nedeni, yaşlıya bakım veren kişiler tarafından beslenme, hijyen, tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucunda sağlık durumunun bozulması, bu nedenle tespit edilmesinin daha kolay olması olarak düşünüldü.

Çalışmamızda katılımcıların %6,7'sinin (n=7) kadın, çocuk ve yaşlılar haricinde diğer aile üyelerine yönelik şiddetle karşılaştığı saptandı ve diğer aile üyelerine yönelik karşılaşılan şiddette kadın tarafından kocasına uygulanan şiddet (%50) ve kardeş şiddeti (%50) dikkat çekmekteydi. Bunun yanında yakın akrabaya (%16,7), anneye (%33,3), babaya (%16,7) karşı şiddet ile de karşılaşıldığı belirtilmişti. Diğer aile üyelerine yönelik karşılaşılan aile içi şiddetinin tamamı fiziksel şiddet içermekteydi ve buna çoğunlukla duygusal-sözel şiddet eşlik etmekteydi. Eşler arası şiddetin mağdurları daha çok kadınlar olsa da, erkeğe yönelik eş şiddeti de görülebilmektedir. Kardeşler arası şiddet hakkında yapılan çalışmalar ise oldukça kısıtlı olsa da mevcut çalışmalarda bu tür şiddetin aslında sık görüldüğü fakat tanımlanmasındaki belirsizlik, aileler tarafından bunun normal bir davranış olarak görülmesi ya da büyüyünce ortadan kalkacağı düşünülmesi gibi nedenlerle dikkati çekmemektedir (83, 84).

Çalışmamızda katılımcıların %94,2'si aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirtmiştir ve %94,2'si aile içi şiddete tanık olan herkesin bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumlu olduğundan haberdar olduğunu belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının %22,1'i meslek yaşantısında karşılaştığı AİŞ olgusu veya şüphesinde polisi aradığını, %18,4'ü Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183'ü aradığını belirtmiştir. Gezgin (66) tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %14,6'sı kadına yönelik eş şiddeti karşısında polisi aradığını, %7'si sosyal hizmet kurumunu aradığını belirtmiştir. Gutmanis ve ark. (85) tarafından Kanada'da 931 sağlık çalışanı ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %36,3'ünün kadına yönelik eş şiddeti karşısında sosyal hizmetleri aradığı, %17,6'sının polisi aradığı saptanmıştır.

Kurt ve Gün (64) tarafından yapılan çalışmada tüm katılımcıların tamamına yakını (%93,4) çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıkları durumda bildirimde bulunacağını ifade ederken, meslek yaşantısında çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan sağlık çalışanlarının %26,5'i bildirimde bulunmuştur. Cebeci (86) tarafından yapılan çalışmada yaşlı istismarı ile daha önceden karşılaşanların %36'sı (tüm sağlık çalışanlarının %30,4'ü) bildirimde bulunduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara yeterince bildirim yapmamalarının sebebi sorulduğunda en sık verilen cevaplar sırasıyla, sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğinin düşünülmesi, mağdurun istememesi ve yasal süreçlere ait bilginin olmaması olarak belirtilmiştir. Cirit (87) tarafından 2015'de Mersin'deki ASM'lerde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına çocuk istismarı/ihmal

olgularında bildirim yapmama sebebi sorulduğunda en sık verilen yanıtlar sırasıyla sosyal hizmetlerin konuyla ilgilenmeyeceğinin düşünülmesi (%55), konuyla ilgilenmek istenilmemesi (%18), çocuğun ailesinden ayrılmasına neden olunabileceği (%18) olarak saptanmıştır. Cebeci (86) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanları yaşlı ihmal ve istismarını raporlamama nedenini kendini yeterli hissetmeme (%41,3), nasıl yapılacağını bilmeme (%27,7), vakit bulamama (%17,9) ve daha çok klinik problemleriyle ilgilenme (%16,3) olarak belirtmiştir. Yayla (68) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanları kadına yönelik şiddet olgusu yada şüphesinde bildirim yapmama nedenini, kadını daha kötü duruma sokacağı düşüncesi (%51,9), yasal süreçlere ait bilginin olmaması (%32,9), sosyal servislerin ilgilenmeyeceğinin düşünülmesi (%24,1) olarak belirtmiştir.

Can (75) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına aile içi şiddet hakkında bilgi edinmeyi isteme şekli sorulduğunda en çok (%40,2) sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi meslek elemanları, ikinci sırada hizmet içi eğitim (%28,4) cevabını vermişlerdir. Aile içi şiddete yaklaşım multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir ve daha fazla bildirilmesi için kurumlar arasındaki işbirliğinin artırılması gerekmektedir.

Katılımcıların aile içi şiddet olgusu ya da şüphesi ile karşılaştıklarında ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç (%45,3), öykü alma (%34,9), kayıt (%17,4) konularında zorlandıkları belirlenmiştir. Diğer çalışmalar da bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Cirit (87) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda en çok öykü almada (%78), ilgili kurumlara rapor etmede (%70) ve kayıta (%50) zorlandıkları saptanmıştır. Cebeci (86) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal/istismarıyla karşılaştıklarında en çok öykü almada (%64,1) zorlandıkları belirtilmiştir. Yayla (68) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda en çok öykü alma (%34,8), rapor etme/yasal süreç (%24,6) konularında zorlandıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%54,8) aile içi şiddet konusunda kendilerini kısmen yeterli olarak gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %51,9'u ise aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda yaş ve aile içi şiddet konusunda daha fazla eğitime gereksinim duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu, yaş azaldıkça eğitim gereksiniminin arttığı saptandı. Can (75) tarafından yapılan çalışmada da meslekte çalışma süresi azaldıkça aile içi şiddetle karşılaşma oranlarının da azaldığı görülmüştür. Burdan yola çıkarak bilgi ve

deneyim eksikliğinin aile içi Şiddet, ihmal ve istismar olgularının tanınmasını etkilemekte olduğu söylenbilir.



SONUÇLAR

Edirne il merkezinde bulunan 22 aile sağlığı merkezinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 104 sağlık çalışanı ile aile içi şiddet hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla yaptığımız çalışmamızın sonuçları řu şekildedir:

1. Katılımcıların %15,4'ünün mezuniyet öncesinde, %87,5'inin ise mezuniyet sonrasında aile içi şiddet konusunda eğitim aldığı saptandı. Sağlık alışanlarında mezuniyet öncesi aile içi şiddet eğitimi alanların oranı düşük bulunmuştur. Mezuniyet sonrasında eğitim alma oranı yüksek bulunmasına karşın, kadına yönelik aile içi şiddele karşılaşma, çocuğa ve yaşlıya yönelik aile içi şiddetle karşılaşma, bildirimde bulunma oranları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Mezuniyet sonrası verilecek eğitimlerin bu konuda uzmanlaşmış kişiler tarafından standart olarak verilmesi gerekmektedir.
2. Katılımcıların %54,8'i meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddet vakası veya şüphesi ile, %45,2'si aile içinde çocuğa yönelik istismar/iħmal vakası veya şüphesi ile karşılaştığını belirtmiştir. Katılımcıların %31,7'si meslek yaşantısı boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismar ile karşılaştığını belirtmiştir.
3. Katılımcıların tamamına yakını aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını ve aile içi şiddete tanık olan herkesin bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumlu olduğundan haberdar olduğunu belirtmesine karşın araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aile içi şiddetle karşılaştığında polise, Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183'ne bildirim yapma oranı düşük saptanmıştır.

4. Katılımcılara yeterince bildirim yapmamalarının sebebi sorulduğunda en sık verilen cevaplar sırasıyla, sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğinin düşünülmesi, mağdurun istememesi ve yasal süreçlere ait bilginin olmaması sağlık çalışanlarının konu hakkındaki olumsuz tutumlarını göstermesi açısından önemli bulunmuştur.
5. Katılımcıların aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştıklarında ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç, öykü alma, kayıt konularında zorlandıkları belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrasındaki eğitim içeriğinin aile içi şiddet, yasal süreç ve sorumlulukları kapsamaması aile içi şiddetin bildirimini arttırması açısından önemli bulunmuştur.
6. Katılımcıların çoğunluğu (%54,8) aile içi şiddet konusunda kendilerini kısmen yeterli olarak gördüğünü, %51,9'u ise aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

Kapalı kapılar ardında gerçekleşmesi nedeniyle hassas bir konu olan aile içi şiddet bireylerin bedensel ve ruhsal sağlığını etkilediği gibi toplum sağlığını da olumsuz etkilemektedir ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Aile içi şiddet mağdurlarına tıbbi bakımın yanında, doğurganlık çağındaki kadınların aile içi şiddet açısından taranması, destek ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinde, bildiriminde birinci basamak sağlık çalışanları önemli bir konuma sahiptir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bilgi, farkındalık ve tutumlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

ÖZET

Araştırmamızın amacı Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının aile içi şiddet hakkında bilgi tutum ve davranışlarını belirlemektir.

Çalışmamızda Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görevli tüm sağlık çalışanlarının dahil edilmesi hedeflendi. Toplam 104 kişi çalışmaya katılmayı kabul etti. Veriler toplamda 57 adet sorudan oluşan, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket yardımı ile toplanmıştır.

Katılımcıların %39,4'ü (n=41) pratisyen aile hekimi, %6,7'si (n=7) uzman aile hekimi, %17,3'ü (n=18) hemşire, %36,5'i (n=38) ebe olarak bulundu. Katılımcıların %25'inin (n=26) erkek %75'inin (n=78) ise kadın olduğu görüldü.

Katılımcıların %54,8'i meslek yaşantısında kadına yönelik aile içi şiddet vakası/şüphesi ile, %45,2'si aile içinde çocuğa yönelik istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştığını belirtmiştir. Katılımcıların %31,7'si ise meslek yaşantısı boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal/istismar ile karşılaştığını belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının %22,1'i meslek yaşantısında karşılaştığı aile içi şiddet olgusu veya şüphesinde polisi aradığını, %18,4'ü Sosyal Hizmet Merkezi/Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü/Alo 183'ü aradığını belirtmiştir.

Katılımcıların aile içi şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştıklarında ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç (%45,3), öykü alma (%34,9), kayıt (%17,4) konularında zorlandıkları belirlenmiştir ve katılımcıların %51,9'u aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının aile içi şiddetle ilgili bilgi düzeyleri yüksek olmakla beraber, aile içi şiddet karşısında içinde buldukları toplumun geleneksel bakış açısına sahip olabildikleri görülmüştür. Katılımcıların tamamına yakınının aile içi şiddet karşısında bildirim yapacağını belirtmesine rağmen, çok az bir kısmının bildirimde bulunduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak, aile içi şiddete yaklaşım multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir ve daha fazla bildirilmesi için kurumlar arasındaki işbirliğinin artırılması gerekmektedir. Yasal sorumluluklar, kayıt, bildirim süreçleri ile ilgili konulardaki eksikliğin lisans eğitimi müfredatında ve hizmet içi eğitimlerle tamamlanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, çocuk istismarı, yaşlı istismarı

THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS OF HEALTH PROFESSIONALS WORKING IN FAMILY HEALTH CENTERS IN EDIRNE ON DOMESTIC VIOLENCE

SUMMARY

The aim of our study is to determine the knowledge, attitudes and behaviors of health workers in family health centers in Edirne city center on domestic violence.

In our study, it was aimed to include all health care workers in family health centers in Edirne city center. A total of 104 people agreed to participate in the study. The data were collected with the help of a questionnaire prepared by the researchers, consisting of 57 questions in total.

39.4% (n = 41) of the participants were general practitioners, 6.7% (n = 7) family medicine specialists, 17.3% (n = 18) nurses, 36.5% (n = 38) was found as midwife. Participants of our study, 25% (n = 26) were male and 75% (n = 78) were female.

54.8% of the participants reported that they had faced with domestic violence at woman cases or suspicion of violence. 45.2% had come accross with child abuse and neglect cases or suspicion. 31.7% of the participants stated that they encountered neglect/abuse against the elderly family members during their working life.

22.1% of the healthcare professionals referred to the police and 18.4% of them referred to the Social Services Center / Family and Social Policies Provincial Directorate / Alo 183.

It was determined that the participants had difficulties in reporting to the relevant institutions / legal process (45.3%), taking history of abuse (34.9%), and recording (17.4%) when they encountered the phenomenon of domestic violence. 51.9% of the participants stated that they needed more education on domestic violence.

When the findings of our study were evaluated, it was seen that although the health workers working in the family health centers in Edirne province have high level of knowledge about domestic violence, they can have a traditional perspective in the face of domestic violence. Despite the fact that nearly all of the participants mentioned that they would inform the authorities, only small part of participants of this study had reported. As a result, the approach to domestic violence requires a multidisciplinary approach and cooperation between institutions should be increased in order to be further informing the authorities. Lack of issues related to legal responsibilities, registration and notification processes should be completed in the undergraduate education curriculum and in-service trainings.

Key Words: Domestic violence, violence against women, child abuse, elder abuse

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World report on violence and health: summary. Geneva: WHO Press, 2002:3-113
2. İbiloğlu AO. Aile ii Şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(2):204-22.
3. İncecik Y, Kurdak H, zcan S, Akpınar E, Saati E, Bozdemir N. EŞ Şiddeti ve aile hekimliği. TJFMPC 2009;3(1):1-7.
4. Stewart DE, Robinson GE. A review of domestic violence and women's mental health. Arch Womens Ment Health 1998;1(2):83-9.
5. Demir Akca AS, Akca F, Snmez B. Aile İi Şiddet. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2016;7(4):86-91.
6. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Italy: WHO Press; 2013:2-3
7. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002;359(9314):1331-6.
8. Fantuzzo JW, Lindquist CU. The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. JOFV 1989;4(1):77-94.
9. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002;360(9339):1083-8.

10. World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention. Luxembourg: WHO Press, 2014:2-70.
11. Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. *Libyan J Med* 2014;9(1):1-7
12. Ronan GF, Dreer LE, Dollard KM, Ronan DW. Violent couples: coping and communication skills. *JOFV* 2004;19(2):131-7.
13. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment. *Child Dev* 1978;49(3):604-16.
14. Özçakır A. Aile İçi Şiddet. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 2016;2(1):37-54.
15. İkinci SS. Toplumun Kanayan Yarası: Kadına önelik Aile İçi Şiddet Kavramı ve Yansımaları. *ASHD* 2014;13(2):21-8.
16. Bakırcı K. İstanbul Sözleşmesi. *Ankara Barosu Dergisi* 2015(4):133-204.
17. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, 2011 [Internet]. Council of Europe [cited 14.03.2018]. Available from: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures>
18. World Health Organization (WHO). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO Press, 2001:5-6.
19. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Switzerland: WHO Press, 2005:4-48.
20. Kandemirci D, Kağnıcı DY. Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: çok boyutlu bir inceleme. *Türk Psiko Yaz* 2014;17(33):1-12.
21. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(10):818-21.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım, 2015:81-122.
23. Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psiko Yaz* 2008;11(22):81-94.

24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım, 2009:45-8.
25. Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women do victims cost health plans more. J Fam Pract 1999;48(6):439-43.
26. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları [internet]. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUKSAM) (Erişim tarihi 10.04.2018)
www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf
27. Silverman ME, Loudon H. Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. Arch Womens Ment Health 2010;13(5):411-5.
28. Kahraman MS, Çokamay G. Aile İçi Şiddet ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri: Temel Kavramlar, Güvenlik Planı Hazırlama ve Alternatif Tedavi Model Örnekleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2016;8(4):321-36.
29. Peled E. Abused women who abuse their children: A critical review of the literature. Aggress Violent Beh 2011;16(4):325-30.
30. Saatçi E. Aile içi şiddet. Bozdemir N, Kara İH (Editörler). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi’de. Adana: Nobel Kitabevi, 2010:120-30.
31. Gawinski B, Ruddy N. Ailenin korunması: aile içi şiddet ve birinci basamak hekimi. (Çeviri: HN Dağdeviren). McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A (Editörler). Aile yönelimli birincil bakım. İstanbul: Yüce Yayım; 2005:377-99.
32. Eray İK, Selçuk EB. Aile İçi Şiddete Birinci Basamak Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012;3(1):46-50.
33. Dişsiz M, Şahin NH. Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1(1):51-8.
34. Denham AC, Zolotor AJ. Aile içi şiddet (çeviri: A. Önal). Palanduz A, Denizeri SB, Tunçer SB, Eren T (Editörler). Aile Hekimliğinin Esasları’nda. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015:543-50.
35. UNICEF Türkiye [internet]. Ankara: Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. c2004 [Erişim tarihi 22.05.2018]. https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html.

36. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sted* 2006;15(9):153-7.
37. Polat O. Şiddet. *MÜHF-HAD* 2016;22(1):15-34.
38. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO Press, 2002:57-81.
39. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl* 2005;29(4):325-34.
40. Lynch MA. Child abuse before Kempe: an historical literature review. *Child Abuse Negl* 1985;9(1):7-15.
41. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2013;22(4):591-614.
42. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81.
43. Oral ÜK, Engin P, Büyükyazıcı Z. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması: Özet Rapor. Ankara: Başbakanlık SHÇEK, 2010:32-3.
44. Genç Hayat Vakfı. *Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması*. İstanbul: Genç Hayat Yayınları, 2012:26-38.
45. Yavuz MS, Buyukyavuz I, Savas C, Ozguner IF, Kupeli A, Asirdizer M. A battered child case with duodenal perforation. *J Forensic Leg Med* 2008;15(4):259-62.
46. World Health Organization (WHO). *European report on preventing child maltreatment*. Denmark: WHO Press, 2013:12-3.
47. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004;3(4):76-80.
48. Kutsal E, Pasli F, Isikli S, Sahin F, Yilmaz G, Beyazova U. Preliminary validation of the child abuse potential inventory in Turkey. *J Interpers Violence* 2011;26(14):2856-65.
49. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Med J* 2007;34(1):70-4.

50. Amerikan Academy of Pediatrics. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. Pediatrics 2001;108(1):206-10.
51. Işık HS, Gökyar A, Yıldız Ö, Bostancı U, Özdemir C. Çocukluk çağı kafa travmaları, 851 olgunun retrospektif değerlendirilmesi: Epidemiyolojik bir çalışma. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2011;17(2):166-72.
52. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp [internet]. Ankara: Çocuk istismarı. c2004 [Erişim tarihi 28.05.2018]. http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/10/tuo_cocuk_istismari_OP.pdf
53. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. Van Tıp Dergisi 2010;17(3):108-13.
54. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by Proxy Sendromu; Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu. Türkiye Çocuk Hast Derg 2014;8(3):165-70.
55. ttb.org [internet]. Ankara: Munchausen by Proxy Sendromu: Vekaleten Hastalık. c2000 (Erişim tarihi 21.05.2018). <http://www.ttb.org.tr/sted/sted0600/8.html>.
56. Kara B, Biçer Ü, Gökcalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004;47:140-51.
57. Öztıp DB, Özcan ÖÖ. Cinsel İstismar Vakalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Yeni Symposium Derg 2010;48(4):270-6.
58. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(4):13-22.
59. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşım. Türk Aile Hek Derg 2011;15(4):178-82.
60. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalın A, Bilen A. Yaşlı istismarı ve ihmali. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013;22(3):393-407.
61. Lök N. Türkiye'de Yaşlı İstismarı ve İhmali: Sistemik Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(2):149-56.
62. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. ATD 2010;24(2):32-9.
63. Yeşil P, Taşcı S, Öztunç G. Yaşlı istismarı ve ihmali. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2016;6(2):128-34

64. Kurt G, Gün İ. Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları. ATD 2017;31(2):59-67.
65. Aba YA, Başar FK. Sağlık Profesyonellerinin Aile İçi Şiddeti Tanılaması ve Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Sted 2015;24(4):125-34.
66. Gezgin BB. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik eş şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2011.
67. Şahin NH, Sömek A, Dinç H. Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;10(2):17-31.
68. Yayla İD. Hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyleri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
69. Altınay AA, Arat Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri, 2007:101-3.
70. Sarıbiyık M. Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
71. Tunçel EK, DüNDAR C, Pekşen Y. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Aile İçi Şiddet konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2007;17(2):105-10.
72. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin Necmi. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Derg 2008;9(1):1-7
73. U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville: Draft Recommendation Statement: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening. c2018 [cited 2018 Sep 11]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening1>.
74. Efe ŞY. Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde "Değişim Modelinin" Kullanılması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg 2009;2(3):130-5.

75. Can MK. Sağlık çalışanının aile içi şiddet olgusuna bakış açısı (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
76. Türker G. Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
77. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda hakkında farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
78. Şanyüz Ö. Çocuk istismarına hekimlerin yaklaşımı (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2009.
79. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Türk Ped Arş 2014;49:57-65.
80. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. Arch Gerontol Geriatr 2006;43(2):267-76.
81. Türkay A. Türkiye'deki acil tıp uzman ve araştırma görevlisi doktorların geriatrik hastalara bakış açısı (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
82. Kıssal A. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkili olan etmenlerin incelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
83. Polat O, Güldoğan E. Kardeşler Arası Şiddete Genel Bakış. Literatür Sempozyum 2016;(9):13-20.
84. Işık E, Çetin Z. Kardeş İstismarı: Birey Üzerindeki Etkileri, Ebeveynlerin Verdikleri Tepkiler, Yaygınlığı ve Önlenmesi. International Journal of Contemporary Educational Studies 2017;3(2):44-56.
85. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. BMC Public Health 2007;7(1):1-11.
86. Cebeci AG. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İhmal ve İstismarına Yaklaşımları, Bilgi Düzeyleri ve Tutumları (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.

87. Cirit C. Aile Sağlığı Merkezlerinde alışan Sağlık Profesyonellerinin ocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.





EKLER

Ek-1



TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/245	
	1PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 16/15		Tarih: 27.09.2017
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Esra UYAR'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcut oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	-
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Serdar ÖZTORA)

EDİRNE VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 23/10/2017 tarihli ve 59873402-772.02-1715 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serdar ÖZTORA sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Dr. Esra UYAR tarafından yapılmak istenen "Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının" Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşamaz. Bu çerçevede aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte, araştırma kapsamında, sorulacak 15. sorunun "Eşine" yerine "Eşine-Partnerine" şeklinde değiştirilmesi, 52. soruda, "Sosyal Hizmet Müdürlüğü" yerine "Sosyal Hizmet Merkezi" olarak yazılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir. Ayrıca 56. soruda yer alan "4320 Sayılı Kanunun" yürürlükten kalktığı yerine "6284 Sayılı Kanun"un yürürlükte olduğu Türk Ceza Kanununun 280. Maddesine istinaden sorunun değiştirilmesi gerektiği kararlaştırılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892

Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-beige.saglik.gov.tr> adresinden **03125655892-4116-49654233-604.02** kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU

Unvan:TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:312 565 5892

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İrfan ŐENCAN
Bakan a.
Genel Müdür

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 ankaya / Ankara 03125655892

Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KŐEOęLU 0312 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden **03125655892** telefon numarasıyla **0312 565 5892** telefon numarasıyla ulaşılabilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:ZEYNEP KŐEOęLU

Unvan:TIBBI TEKNOLOG

Telefon No:312 565 5892

Ek-3

Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları

TC TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. ESRA UYAR
DANIŞMAN: DOÇ. DR. SERDAR ÖZTORA
TIPTA UZMANLIK TEZİ ANKET ÇALIŞMASI

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “**Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları**” amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Cinsiyetiniz?

- 1) Kadın 2) Erkek

2-Kaç yaşındasınız?

3-Mesleğiniz?

- 1) Aile Hekimi 2) Aile hekimliği uzmanı 3) Hemşire 4) Ebe
5) Diğer.....

4-Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış

5-Çocuğunuz var mı?

- 0) Hayır 1) Evet

6-Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz eş ve çocuk haricinde kimse var mı?

- 0) Hayır 1) Evet

7-Eğer evet ise eş ve çocuk haricinde kime bakmakla yükümlüsünüz?.....

8-Meslekte çalışma süreniz nedir?.....

9-Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışma süreniz nedir?.....

10-Ev ziyaretlerinde bulunuyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet

11-Mezuniyet öncesinde, aile içi şiddet konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

0) Hayır 1) Evet

12-Mezuniyet sonrasında, aile içi şiddet konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

0) Hayır 1) Evet

13-Çocukluğunuzda ailenizde şiddete tanık oldunuz mu ya da şiddet gördünüz mü?

0) Hayır 1) Evet

14-Yakın çevrenizde aile içi şiddete tanık oldunuz mu?

0) Hayır 1) Evet

(15-36. sorularda size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
15-Aile içi şiddet, kişinin eşine, çocuklarına, ana-babasına, kardeşlerine ya da yakın akrabalarına yönelik her türlü saldırgan davranış ve tehdittir.	0	1	2	3	4
16-Aile içinde şiddet sadece kadın erkek ve çocuk eşit sıklıkta uğrar.	0	1	2	3	4
17-Aile içi şiddet önemli bir toplum sağlığı sorunudur.	0	1	2	3	4
18-Aile içi şiddet sadece yoksul ve eğitimsiz ailelerde görülür.	0	1	2	3	4
19-Evde, okulda disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir.	0	1	2	3	4
20-Şiddet mağduru kadınlarda depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunlar sık görülür.	0	1	2	3	4
21-Baş ağrısı, uykusuzluk, hiperventilasyon, mide barsak sorunları, göğüs, sırt, pelvis ağrıları vb. müphem şikayetleri olan kadınlarda aile içi şiddeti göz önünde bulundururum.	0	1	2	3	4
22- Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	0	1	2	3	4

23- Gövde, sırt, kalça ve uyluklarda farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak başı izleri fiziksel istismar belirtileridir.	0	1	2	3	4
24-Yaşlıda görülen ezik, morarma, malnütrisyon ya da içe kapanma gibi bulguların varlığında yaşlıya yönelik aile içi şiddet ve/veya ihmali göz önünde bulundururum.	0	1	2	3	4
25- 18 yaş altı gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	0	1	2	3	4
26-İstismar ve ihmale uğramış çocuklar göz göze iletişim kurmakta zorlanır ve içe kapanıklık gösterebilirler.	0	1	2	3	4
27-Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	0	1	2	3	4
28-Erkeğin kadının çalışmasına izin vermemesi veya kazandığı gelirin tümü üzerinde hak iddia etmesi doğaldır.					
29-Kıskançlık, güvensizlik, yapmaktan zevk aldığı bir eylemi önleme de şiddete örnektir.	0	1	2	3	4
30-Aile içi şiddeti ortaya çıkarmak için tüm kadınlar bu konuda sorgulanmalıdır.	0	1	2	3	4
31-Şiddet mağduru kadına, eşinin bu davranışından, kadının kendisinin sorumlu olmadığı söylenmelidir.	0	1	2	3	4
32-Şiddete uğramış kadına, tartışmaya yol açacak davranışlarda bulunmaması önerilerek yardımcı olunabilir.	0	1	2	3	4
33-Aile içi şiddet varlığını ortaya çıkarmanın, mağdurun sağlığına bir etkisi olacağını düşünmüyorum.	0	1	2	3	4
34-Aile içi şiddet, aile içinde kalmalıdır.	0	1	2	3	4
35-Çalışma hayatında aile içi şiddeti sorgulayacak zamanımın olduğunu düşünmüyorum.	0	1	2	3	4
36-Çalışma hayatında aile içi şiddeti sorguladığımda kendi güvenliğimden endişe ederim.	0	1	2	3	4

37-İşinizin bir parçası olarak, herhangi bir kadın aile içi yaşadığı şiddet hakkında sizinle konuştu mu / kadına yönelik aile içi şiddetten şüphelendiniz mi?

0) Hayır 1) Evet

38-Eğer evet ise son bir yıl içinde kaç kez aile içi kadına yönelik şiddet olayı ile karşılaştınız?

.....

39-Kadına yönelik aile içi şiddetin hangi türü ile karşılaştınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 0) Karşılaşmadım
- 1) Fiziksel şiddet
- 2) İhmal
- 3) Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar
- 4) Ekonomik Şiddet/ İstismar
- 5) Cinsel şiddet

40-Meslek yaşantınız boyunca aile içinde çocuğa yönelik istismar / ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

41-Eğer evet ise son bir yıl içinde kaç kez çocuk istismarı / ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaştınız?.....

42-Çocuğa yönelik istismar /ihmal vakasının hangi türü ile karşılaştınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 0) Karşılaşmadım
- 1) Fiziksel şiddet
- 2) İhmal
- 3) Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar
- 4) Ekonomik Şiddet/ İstismar
- 5) Cinsel şiddet

43-Meslek yaşantınız boyunca yaşlı aile üyelerine yönelik ihmal / istismarla karşılaştınız mı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

44-Eğer evet ise son bir yıl içinde kaç kez aile içinde yaşlı istismarı / ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaştınız?.....

45-Yaşlı aile üyelerine karşı şiddet vakasının hangi türü ile karşılaştınız ? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 0) Karşılaşmadım
- 1) Fiziksel şiddet
- 2) İhmal
- 3) Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar
- 4) Ekonomik Şiddet/ İstismar
- 5) Cinsel şiddet

46-Meslek yaşantınız boyunca kadın ,çocuk ve yaşlılar dışında diğer aile üyelerine karşı şiddet vakası ile karşılaştınız mı?

- 0) Hayır
- 1) Evet

47-Diğer hangi aile üyelerine karşı şiddet olayı ile karşılaştınız?

- 0) Karşılaşmadım
- 1) Belirtiniz.....

48-Diğer aile üyelerine karşı şiddet vakasının hangi türü ile karşılaştınız ? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 0) Karşılaşmadım
- 1) Fiziksel şiddet
- 2) İhmal
- 3) Duygusal-Sözel Şiddet/İstismar
- 4) Ekonomik Şiddet/ İstismar
- 5) Cinsel şiddet

49-Meslek yaşantınızda aile içi şiddet vakası ile karşılaştığınızda ne yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Sadece tedavisini yaparım.

2) Çalışma arkadaşlarımla vakayı paylaşıyorum.

3) Adli vaka olarak kaydını tutarak tedavisini yaparım.

4)Tedavisini yapar, polise bildiririm.

5) Sosyal hizmetler müdürlüğü / Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bildiririm / Alo 183'ü ararım.

6)Diğer.....

50-Aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

0)Hayır

1)Evet

51-Meslek yaşantınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olayı/ şüphesinde hiç polisi aradınız mı?

0) Hayır

1) Evet

52-Meslek yaşamınızda karşılaştığınız aile içi şiddet olayı veya şüphesinde Sosyal Hizmetler Müdürlüğünü / Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü / Alo 183 ü aradınız mı?

0) Hayır

1) Evet

53-Aile içi şiddetle ilgili yeteri kadar bildirim yapmadığınızı düşünüyorsanız sizce sebebi nedir?

0)Her zaman bildirim yaparım

1)Sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için

2)Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için

3)Konu ile uğraşmak istemediğim için

4)Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için

5)Diğer.....

54-Meslek yaşantınız boyunca herhangi bir istismar / ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 0) Hiçbir zaman zorlanmadım
- 1) ykü alma
- 2) Fizik muayene
- 3) Kayıt
- 4) İlgili kurumlara rapor etme / yasal süreç
- 5) Diğer

55-Aile içi şiddeti tanıma konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

- 1) Hiç yeterli değil
- 2)Yeterli Değil
- 3)Kısmen Yeterli
- 4)Yeterli
- 5) ok yeterli

56- 4320 sayılı Ailenin Korunması Kanununa göre aile içi şiddete tanık olan herkesin bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumlu olduğundan haberdar mısınız?

- 0) Hayır
- 1) Evet

57-Aile içi şiddet hakkında daha fazla eğitime gereksinim duyuyor musunuz?

- 0) Hayır
- 1) Evet