

Sağlık Hizmeti Alan Kadınların Aile İçi Şiddet Yönünden Taranması

Screening Women Who Receive Health Care Service for Domestic Violence: Review

Başak DEMİRTAŞ^a

^aHemşirelik Bölümü,
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 29.04.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 10.02.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Başak DEMİRTAŞ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
demirtas@health.ankara.edu.tr

ÖZET Aile içi şiddet (AİŞ), ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak bilinmekte ve bu nedenle sağlık bakımında kaygılanılacak önemli bir sorun olarak ele alınması gerekmektedir. AİŞ dünyanın her yerinde ırk, dil, din ve etnik grup ayırmadan tüm kadınların yaşadıkları ortak bir sorundur. Son 30 yılda kadının insan hakları ihlallerinden biri sayılmakta ve toplumun sağlığını etkileyen toplumsal bir sorun olarak görülmektedir. Kadına yönelik AİŞ'in dünyadaki sıklığının %10-69 ve Türkiye'deki sıklığının %25-30 arasında değiştiği belirtilmektedir. Türkiye'de eşi tarafından fiziksel şiddet uygulanan kadınların %49'u, yaşadıkları şiddet deneyimi konusunda hiç kimseyle konuşmadıklarını belirtmişlerdir. AİŞ'in en önemli sonuçlarından biri, şiddetin kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemesidir. AİŞ mağduru olan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesinde sağlık personelinin önemli bir rolü vardır. Ülkemizde, sağlık hizmetleri kapsamında kadınların şiddet deneyimi yönünden taranmasına ilişkin çalışmalar yapılmakta ve standardize edilmiş şiddet tarama araçları kullanılmaktadır. Rutin taramalar, gizli kalmış şiddet vakalarının ortaya çıkarılması açısından gereklidir. Bu makale, AİŞ taramasının önemini ortaya koymak ve AİŞ taraması konusunda ülkemizde yapılan çalışmalara yer vermek amacıyla yazılmıştır. Buna ilave olarak, AİŞ'in erken tanımlanmasında sağlık personelinin rolünü ve disiplinlerarası yaklaşımın önemini tartışmak amaçlanmıştır. AİŞ ile ilişkili politika ve protokollerin, şiddeti etkili bir şekilde değerlendirme, müdahale, dokümantasyon ve yönlendirme konularında klinik rehberleri de içermeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık personeli; sağlık hizmeti sunumu; aile içi şiddet; kitle taraması

ABSTRACT Domestic violence (DV) is recognised as a serious public health issue, and should consequently be a major concern in health care. DV is a common worldwide problem faced by all women without distinction of race, language, religion and ethnic group. DV in the last 30 years, is being considered a violation of women's human rights and a social problem affecting public health. The worldwide prevalence of DV is 10-69% and in our country the prevalence is/it is 25-30%. In Turkey, 49% of women who have experienced physical or sexual violence by their husbands or partners, reported that they had not told anybody about the violence they experienced. One of the most important consequences of DV is that it adversely affects women's physical and mental health. Health care professionals have an important role to identifying and supporting women experiencing DV. In Turkey, there is a practice to screening violence in health care settings and there is standardized screening assessment tools. Rutin screening is necessary to revealing violence cases that remained hidden. The study was conducted with the aims of discussing the importance of screening for DV and the works which was conducted in our country. It was also aimed to discuss the role of health care professionals to early detection for DV through interdisciplinary approach. It was recommended that policies and protocols on DV must also include clinical guides on effective assessment, intervention, documentation and referral.

Key Words: Health personnel; delivery of health care; domestic violence; mass screening

A ile içi şiddet (AİŞ), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde faaliyet gösteren ve ulusal bir aile içi şiddet önleme kuruluşu olan "Family Violence Prevention Fund (FVPPF)" tarafından, eş veya yakın ilişkide bulunulan kişi tarafından kullanılan saldırgan ve zorlayıcı davranışlar örüntüsü olarak tanımlanmaktadır ve ciddi bir halk sağlığı problemi olması nedeniyle sağlık bakımında önemle ele alınması gerekmektedir.^{1,2} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadına yönelik şiddetin sağlık ve insan hakları alanında öncelikli bir konu olduğunu vurgulamaktadır.^{3,4}

Dünyada kadınların eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama oranının %10-69 arasında olduğu belirtilmektedir.⁵ Gelişmekte olan ülkelerde kadınların yarısından fazlasının eşi/partneri tarafından fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir. Bu oran Hindistan'da %45, Filipinler'de %47,2 ve Kenya'da %52'dir.⁶ Diğer taraftan, İngiltere'de kadınların yaşam boyu, eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama sıklığının %23, ABD'de %25 olduğu, Türkiye'de ise %25-30 arasında değiştiği belirtilmektedir.⁶ Arat ve Altınay'ın yaptıkları çalışmada, hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranının Türkiye genelinde %35 olduğu ve her üç kadından birinin fiziksel şiddet yaşadığı saptanmıştır.⁷ Türkiye'de yapılmış olan bir başka çalışmanın bulguları, eşlerinden şiddet gören evli kadınların dörtte birinin fiziksel şiddet sonucunda zarar gördüklerini ortaya koymuştur. Gebe olan her 10 kadından biri ise gebelikleri süresince en az bir kez eşinden fiziksel şiddet görmüşlerdir. Aynı çalışmada, Türkiye'de eşi tarafından fiziksel şiddet uygulanan kadınların %49'unun, yaşadıkları şiddet deneyimi konusunda hiç kimseyle konuşmadıkları, fiziksel şiddet deneyimi olan kadınların ise büyük bir çoğunluğunun (%92) resmi kuruluşlara başvurmadıkları belirlenmiştir.⁸

AİŞ'e maruz kalan kadına hizmet sunan resmî kurum ve kuruluşlar arasında, polis ve jandarma karakolları, adli kurumlar, sağlık kuruluşları, aile danışma merkezleri, toplum merkezleri, sığınma evleri, sivil toplum kuruluşları (STK), belediyeler, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu (SHÇEK), barolar yer almaktadır. Sağlık kurumları,

şiddet mağduru ve risk altındaki kadınların yardım alabilecekleri resmî kuruluşlar arasında önemli bir yere sahiptir.⁹ Araştırmalar şiddete maruz kalanların, güven duydukları sağlık personeli ile AİŞ deneyimleri hakkında konuşabildiklerini göstermiştir.¹⁰⁻¹² AİŞ bütün kadınların başına gelebileceği için sağlık personelinin, hizmet sunduğu her kadını bu açıdan değerlendirmesi gerekmektedir. AİŞ taramasının sağlık hizmetlerinin bir parçası haline gelmesi, kadının şiddeti bir sağlık problemi olarak görmesini sağlaması açısından çok önemlidir.

Disiplinlerarası bir yaklaşımla çalışarak, taramalar yolu ile şiddete maruz kalmanın veya şiddet riskinin belirlenmesi ve kadının desteklenmesi, aile içi şiddetin tekrarını ve yaygınlığını azaltmaya katkı sağlayacaktır. Şiddete yönelik doğrudan sorular sorulmadığı sürece şiddet vakalarının büyük çoğunluğunun gizli kalacağı düşünülmektedir. AİŞ'e maruz kalanların pek çoğunun, şiddetin tekrarı, utanma ve sosyal hizmetler devreye girdiği durumda çocuklarını kaybetme korkusu gibi nedenlerle yaşadıkları şiddet olayını ortaya koyma konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir.¹³ Bununla birlikte, araştırmalar bu kadınların durumlarını birilerinin fark edeceğini ve bu konuda onlara soru soracağını umduklarını göstermektedir.^{11,14} Horan ve ark. tarafından yapılmış bir çalışmada, sağlık personelinin kadınları şiddet yönünden değerlendirmedikleri belirlenmiştir.¹⁰

Ülkemizde kadına yönelik AİŞ ile mücadele programı kapsamında sağlık kuruluşlarında tarama yapılmaktadır. Bu makale, AİŞ'in erken tanımlanmasında taramaların önemini, sağlık personelinin rolünü ve disiplinlerarası yaklaşımın önemini tartışmak, AİŞ taraması konusunda ülkemizde yapılan çalışmalara yer vermek amacıyla yazılmıştır.

AİLE İÇİ ŞİDDETİN KADIN SAĞLIĞINA OLAN ETKİLERİ VE ERKEN TANI

AİŞ'in kadın sağlığı üzerinde pek çok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kırıklar, iç organ yaralanmaları, organ kayıpları, kalıcı sakatlıklar, istenmeyen gebelikler, düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi fiziksel sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca şiddet gören kadınlarda kronik pelvik ağrı,

astım ve baş ağrıları sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır.^{7,15,16} Posttravmatik stres bozukluğu, beden üzerindeki kontrolde azalma, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, bağımlılık yapan madde kullanımı, somatik yakınmalar, depresyon, intihar düşünceleri AİŞ'in neden olduğu psikolojik sorunlar arasında sayılabilir.^{17,18}

Gebelik döneminde şiddete uğrayan kadınlarda ise tıbbi komplikasyon, intrauterin ölüm, prematür doğum ve düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi kontrollere geç başlama, alkol ve sigara kullanımı riski artmaktadır.^{13,19-21} Gebelik döneminde şiddete uğrayan fakat tanılanamayan kadınlarda sağlık komplikasyonlarında ve buna bağlı olarak tıbbi harcamalarda artış olduğu belirtilmektedir.²² McFarlane ve ark., şiddeti taramanın, şiddetin tekrarını önleme ve mağdura yardım etme fırsatı sağladığını belirtmektedirler.²³

Doğum/kadın hastalıkları ve aile planlaması, acil servis, ruh sağlığı merkezlerinde ve hastanede yatarak tedavi gören tüm kadınlara ve pediatri birimlerinde ayaktan/yatarak tedavi gören 14 yaş üstü tüm kız çocuklarına, sağlık personelinin AİŞ'e maruz kalma yönünden soru sormaları gerekmektedir.²⁴ Sağlık personeli, fiziksel, psikolojik, sosyal, davranışsal şiddet belirtilerini bilmeli ve bunlara karşı duyarlı olmalıdır. Baş, yüz, boyun, göğüs ve karın bölgesinde görülen yara izleri; vücudun herhangi bir bölgesinde yanık izi, hematom; vücutta kırıklar, çıkıklar, incinmeler, kesik ve sıyrıklar fiziksel şiddet belirtileri arasında sayılabilir.¹ Korku, öz güvenin düşmesi, endişe, uyku bozuklukları, suçluluk hissi, depresyon gibi psikolojik şiddet belirtilerine karşı duyarlı olmak gerekir.¹⁸ Sağlık kurumlarına başvurmayı gerektiren semptomların çok çeşitli olması nedeniyle AİŞ tanısı sağlık personeli için oldukça zorlu olabilmektedir. Belirgin fiziksel yaralanmalara ilave olarak, mağdurlar kronik ağrı, gastrointestinal problemler, baş ağrısı gibi nörolojik şikâyetler, tekrarlayan cinsel yolla bulaşan hastalıklar ya da diğer genito-üriner problemler ile başvurabilmektedirler. Davranışsal bulgular arasında yeme bozuklukları, depresyon ve madde kullanımı yer almaktadır.^{9,25} Bu tür durumlar tanı ve tedavi için çoğunlukla tıp uzmanlarına yönlendiril-

mekle birlikte, hastalar nadiren AİŞ yönünden taranmakta ve şiddet vakalarının sadece %5-15'i tanımlanabilmektedir.¹⁰ Stenson ve ark., şiddete maruz kalan kadınların sağlık hizmetinden beklentileri olduğunu belirlemişlerdir. Sağlık personelinin AİŞ olasılığının farkında olması, belirti ve bulguları bilmesi ve tanınması, tartışmayı başlatması, iyi bir dinleyici olması, zaman ayırması, destek ve yardım kaynakları konusunda öneri ve bilgi vermesi, kadınların beklentileri arasında yer almaktadır.¹¹

AİŞ'in erken tanınmasında rutin taramalar önemli bir yere sahiptir. Taramalar, AİŞ'in tekrarı ve yaygınlığını azaltmaya katkı sağlamakla birlikte çalışmalar, uygulanması konusunda bazı güçlükler yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu konuda yapılmış olan bir çalışmada, sağlık personelinin çoğu zaman, hastalara şiddetle ilgili soru sorma konusunda rahatsızlık yaşadıkları, mağdurlara yardım etmede güçsüz hissettikleri belirlenmiştir.^{2,14} Lazenbatt ve ark. ise sağlık personelinin AİŞ'e neden olan pek çok psikososyal faktöre yönelik bilgi kazanmalarının gerekliliği ve önemini vurgulamaktadırlar.²⁶ Edin ve Högberg ise, sağlık personelinin kadınların ihtiyaçlarına duyarlı oldukları ve şiddetin varlığını gösteren belirti ve bulgulara yönelik teorik bilgileri olduğu gerçeğine rağmen, şiddeti nadiren tanımladıklarını belirlemişlerdir.¹² Diğer taraftan, bir başka çalışmanın bulguları ise, şiddet yaşayan kadınları destekleme konusunda, zaman yetersizliğinin sağlık personeli için önemli bir sorun olduğunu göstermektedir.²⁷ Taramaların uygulanmasından kaynaklanan bir diğer güçlük ise, standardize bir tarama formunun olmamasıdır. Hindin, sağlık personeli tarafından standardize bir tarama formu kullanılmadığını, bireysel klinik deneyimlerine göre şiddet konusunda sorular yönelttiklerini belirlemiştir.²⁸ Williamson ve ark., hekimlerin %82,6'sının uygulamalarında AİŞ'i taramaya yönelik materyaller kullanmak istediklerini, %41,1'inin AİŞ konusunda eğitim almak istediklerini ve %10,3'ünün AİŞ çalışma koluna katılmak istediklerini ortaya koymuşlardır.¹⁴

Rutin tarama, gizli kalmış şiddet vakalarının açığa çıkarılması açısından gereklidir. Pek çok profesyonel sağlık kuruluşu, şiddetin rutin olarak sorgulanmasını önermektedir.²⁹ Diğerleri, böyle bir

rutinin kabul edilebilirliği ve etkinliği konusunda yetersiz kanıt olduğunu iddia etmektedirler.³⁰ Yapılan çalışmalar, pek çok kadının şiddete ilişkin soruları kabul edilebilir bulduklarını göstermektedir. Şiddet hikâyesi olan kadınların büyük bir oranının, şiddete maruz kalmaya ilişkin soru sorulmasını hem kabul edilebilir hem de rahatsız edici buldukları belirlenmiştir. Kadınlar soruların, hoş olmayan düşünceler ve deneyimlerini anımsattığını belirtmekle birlikte, bu durumu kendi durumlarını konuşma fırsatı olarak değerlendirmekte ve soru sorulmasından memnun olduklarını belirtmektedirler.¹¹ Soru sorma, yardım sürecini başlatabilmekte ve şiddet nedeniyle ortaya çıkan sağlık problemlerinde tedavi için bir başlangıç olabilir.

TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET TARAMALARI

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı” birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuran 15 yaş ve üzeri tüm kadınları kapsamaktadır. Şiddetin kadın sağlığı üzerine etkilerini azaltmak, gelecekte yaşanabilecek kadına yönelik AİŞ olgularını önlemek, AİŞ olgularına erken tanı koymak, risk altında bulunan kadınları belirleyerek uygun müdahale ve yönlendirmeleri yapmak amaçlanmıştır. Aynı proje kapsamında yapılan çalışmalarda doktor, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğer sağlık personelinin şiddet mağduru kadınla iletişimde güçlük, yasal düzenlemeler, mesleki yetki ve sorumluluklar ile destek sistemleri ve onlara ulaşım konusunda bilgi yetersizliği gibi konularda sorunlar yaşadıkları ortaya konmuştur.³¹

Bu sorunların çözülmesine yönelik olarak Sağlık Bakanlığı ile Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı arasında 3.1.2008 tarihinde “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi” konulu protokol imzalanmıştır. Bu protokol kapsamında sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda duyarlılıklarının artırılması, bilgi ve beceri kazandırılması için eğitim çalışmalarına baş-

lanmıştır. İlk aşamada, eğitici eğitimleri yapılmış, ikinci aşamada ise tüm illerdeki sağlık personeline ulaşılarak eğitim verilmiştir. Bunlara ilave olarak “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı” kapsamında, ulusal veri tabanı oluşturulması amacıyla “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu” ve “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu”, “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Bildirim Formu”, “Adli Rapor Formları” hazırlanmıştır.³¹ Bu formların, birinci basamakta ve hastanelerin sadece acil servislerinde doldurulması beklenmektedir.³² “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu”, sağlık kuruluşunun temel kayıt formlarından biridir. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formunda eş/diğer aile üyeleri tarafından uygulanan fiziksel, cinsel, ekonomik, sözel/duygusal olmak üzere dört tür şiddet sorgulanmaktadır ve beş sorudan oluşmaktadır. İlk soruda sözel şiddet, ikinci soruda fiziksel şiddet, üçüncü soruda ekonomik şiddet, dördüncü soruda cinsel şiddet, beşinci soruda AİŞ riski sorgulanmakta, her bir soru “Evet” ya da “Hayır” seçeneklerini içermektedir. Her şiddet türü bir ay ve bir yıllık süreler için ayrı ayrı sorgulanmaktadır (Tablo 1).

Tarama sonucuna göre, AİŞ varsa ya da AİŞ riski saptanmış ise, sağlık personeli AİŞ’den şüphelenmiş ise ve kadın AİŞ beyan ediyor ise AİŞ görüşmesi yapılmakta, bunlar yoksa broşür verilip bilgilendirilmektedir. AİŞ görüşmesi sırasında “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu” doldurulmakta, görüşme sonunda güvenlik birimlerine bildirimde bulunmaktadır.³¹

Tüm sağlık kuruluşları her ay sonunda Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formlarından yararlanarak “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Bildirim Formu”nu doldurmakta ve Sağlık Grup Başkanlığı aracılığı ile İl Sağlık Müdürlüğüne göndermektedirler. İl Sağlık Müdürlüğü sağlık kuruluşlarından aylık olarak gelen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Bildirim Formlarının il geneli dökümünü yaparak, aylık olarak “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Bildirim Formu” ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne göndermektedir. Tüm bu çalışmaların amacı, AİŞ ile mücadelenin sağlık teşkilatının rutin sağlık hizmetleri içinde yer almasını sağlamaktır.³¹ Sözü edilen şiddet tarama

TABLO 1: Kadına yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu.*

1.a.Son 1 yıl içinde eşiniz veya ailenizin diğer üye/üyeleri size karşı hakaret, aşağılama veya küçük düşürücü davranışlarda bulundu mu?	E ()	H ()
b. Evet ise son 1 ay içinde bulundu mu?	E ()	H ()
2.a. Son 1 yıl içinde eşinizden veya ailenizin diğer üye/üyelerinden tekmeleme, tokatlama, dövme, vurma gibi davranışlar gördünüz mü?	E ()	H ()
b. Evet ise son 1 ay içinde gördünüz mü?	E ()	H ()
3.a.Son 1 yıl içinde eşiniz veya ailenizin diğer üye/üyeleri çalışmanızı engelledi ya da maddi olarak sizi sıkıntıya sokacak davranışlarda bulundu mu?	E ()	H ()
b. Evet ise son 1 ay içinde bulundu mu?	E ()	H ()
4.a.Son 1 yıl içinde istemediğiniz halde, cinsel ilişkiye zorlandınız mı?	E ()	H ()
b. Evet ise son 1 ay içinde oldu mu?	E ()	H ()
5. Eşinizden veya ailenizin diğer üye/üyelerinden korkuyor musunuz?	E ()	H ()
Sonuç		
İlk sorunun her iki seçeneğinin yanıtı "Evet" ise sözel şiddet (+) ,		
İkinci sorunun her iki seçeneğinin yanıtı "Evet" ise fiziksel şiddet (+) ,		
Üçüncü sorunun her iki seçeneğinin yanıtı "Evet" ise ekonomik şiddet (+) ,		
Dördüncü sorunun her iki seçeneğinin yanıtı "Evet" ise cinsel şiddet (+) ,		
Beşinci sorunun yanıtı "Evet" ise şiddet riski (+) ,		
Bütün soruların yanıtı "Hayır" ise AİŞ (-)		

*31 numaralı kaynaktan alınmıştır.

formu, hastanelerin acil servislerinde ve birinci basamakta görev yapan ve kadına yönelik şiddet konusunda eğitici eğitimleri yoluyla eğitim alan doktor, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog gibi sağlık personeli tarafından 2009 yılından bu yana doldurulmakta ve raporlar il sağlık müdürlükleri aracılığıyla sağlık bakanlığına iletilmektedir.³¹ Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formunda yer alan sorular Tablo 1'de yer almaktadır.

DÜNYADA AİLE İÇİ ŞİDDET TARAMASI

Rutin tarama, belirti ve bulgu olsun ya da olmasın; hizmet veren kişi şüphelensin ya da şüphelenmesin 14 yaşın üzerindeki tüm kadınları AİŞ yönünden araştırmak anlamına gelmektedir. Rutin taramalar, erken tanıya odaklanmakta ve semptomu olan ya da olmayan hastalara ulaşmayı mümkün kılmaktadır.^{2,28} Sağlık personeli tarafından yapılan rutin taramalar, AİŞ'in tanınmasını önemli derecede artırmaktadır.²² AİŞ mağdurları ya da AİŞ yönünden risk taşıyanlar erken dönemde belirlendiğinde, sağlık personeli bu bireylerin ilişkiyi daha güvenli bir şekilde devam ettirmelerinde ya da ilişkiyi güvenli bir şekilde bitirebilmelerinde yardım edici müdahalelerde bulunabileceklerdir. Uzmanlar, bu

tür müdahalelerin morbidite ve mortaliteyi azaltabileceğini belirtmektedirler.²⁴ Taramalar, şiddet deneyimlerini sağlık personeline anlatmaları açısından kadınlar için değerli bir fırsattır.

Dünyadaki pek çok ülke, ciddi bir halk sağlığı problemi olması nedeniyle, AİŞ ile mücadele etmeye yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Avustralya, Kanada, İsveç, İngiltere, Japonya gibi ülkelerde, şiddet yönünden risk altındaki prenatal, perinatal ve postnatal dönemdeki kadınlar başta olmak üzere, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda şiddet deneyiminin erken dönemde belirlenmesinde sağlık personelinin kullanması için klinik rehberler geliştirilmiştir.^{2,9,33-35} ABD'de ise ulusal bir aile içi şiddet önleme kuruluşu olan FVPPF, sağlık personelinin rutin AİŞ taraması yapmasını teşvik etmekte, tüm sağlık personelinin, politik bilgilendirme ve sağlık alanına özel önerileri içeren rehberleri takip etmelerini önermektedir. Amerikan Tabipler Birliği, Amerikan Hemşireler Birliği ve birtakım ulusal sağlık kuruluşları, bu politika üzerinde hemfikir olan kuruluşlardır. FVPPF, birinci basamak sağlık hizmetleri, doğum/kadın hastalıkları ve aile planlaması, acil servis, ruh sağlığı merkezleri ve hastanede yatarak tedavi gören tüm kadınların ve

pediatri birimlerinde ayaktan/yatarak tedavi gören 14 yaş üstü tüm kız çocuklarının AİŞ'e maruz kalma yönünden rutin olarak taranmalarını önermektedir.²⁴

Bunların yanı sıra, Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği (ACOG), hekimlerin tüm hastaları AİŞ yönünden taramalarını önermektedir. Gebe olmayanlar için ise bu taramaların, doğum/kadın hastalıkları birimleri ve aile planlaması merkezlerini rutin ziyaretlerinde yapılması gerekmektedir. Gebeler için ise, bazı kadınlar kendilerine ilk sorulduğunda açıklama yapmak istemediklerinden ve şiddet gebeliğin geç dönemlerinde ortaya çıkabileceğinden, gebeliğin başlangıcından itibaren çeşitli zamanlarda yapılabilir. Sözü edilen bu taramanın, ilk doğum öncesi izlemde, her trimesterde en az bir kez ve doğum sonrası izlemde yapılması gerekir.²⁴

Kadına karşı şiddete sıfır tolerans politikasını ve bununla birlikte, geçmişte ya da halen yaşanan olası şiddet deneyimlerini genel kapsamlı taramaya yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesini destekleyen bir diğer profesyonel kuruluş Amerikan Hemşire-Ebe Koleji (ACNM)'dir. Genel kapsamlı tarama, 14 yaş ve üzerindeki tüm kadınlara sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi ya da etnik kökenine bakılmaksızın AİŞ'e uğrama konusunda soru sormayı ifade etmektedir ve AİŞ'in en iyi şekilde taranmasında etkilidir.³⁶

DISİPLİNLERARASI YAKLAŞIM

Doktorlar, hemşireler, ebeler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve hastane yöneticileri şiddetin önlenmesi, etkilerinin azaltılması, şiddete maruz kalan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesinde önemli bir role sahiptirler. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nin onaylanmasının uygun bulunduğu dair kanun, 29 Kasım 2011 tarihli, 28127 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.³⁷ Bu kanunla, sözü edilen sözleşmenin onaylanması uygun bulunmuştur. Sözleşme, düzenli aralıklarla her türlü şiddet eylemi hakkında istatistiki veri toplanmasını, şiddetin yaygınlığının değerlendirilmesine yö-

nelik çalışmalar yapılmasını, şiddeti önlemek için gerekli yasal önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, şiddeti izleme konusunda idarecilerin, çalışanların ve her bir sağlık personelinin önemli rol ve görevleri bulunmaktadır. Şiddetin varlığını ortaya çıkaracak soruları güven vererek ve kişinin güvenliğini sağlayarak sorma; risk değerlendirmesi yapma; şiddet olgularının fiziksel ve psikolojik semptomlarını ve etkilerini belirleme; şiddete uğrayanları tedavi etme ve destek hizmetlerine yönlendirme, ilgili kayıtları tutma, raporlama ve sağlık müdürlüğü ve güvenlik birimlerine bildirimde bulunma; şiddet, yasal haklar, güvenlik ve sosyal destek sistemleri konusunda toplumu bilinçlendirmeye yönelik halk eğitimi çalışmalarını planlama ve uygulama; emniyet ve sosyal hizmetler gibi diğer ilgili sektörlerle iş birliği yapma, sağlık personelinin önemli rol ve görevleri arasında bulunmaktadır.³¹

Ülkemizde, sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Aile hekimliği, proje kapsamında sözü edilen bu değişikliklerin başında gelmektedir. Aile hekimliği kapsamında, aile hekimi ve aile sağlığı elemanları (hemşire, ebe ve sağlık memuru) bir ekip olarak çalışmaktadırlar. Aile hekimliğine dayalı birinci basamak örgütlenmesinde, şiddete uğrama durumunu belirlemeye yönelik taramaları yapmak, şiddete uğramış ya da şiddet riski altında olan kadına yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak, kayıtlı kişilerin izlem ve taramalarını yapmak, periyodik sağlık muayenesi yapmak aile hekiminin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Aile hekimi ile ekip iş birliği içinde, şiddete uğramış ya da şiddet riski altında olan kadına yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak, kayıt ve istatistikleri tutmak, aile hekimi tarafından verilen ilaçları uygulamak, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti ile evde bakım hizmeti vermek ise hemşire ve ebe'nin sorumlulukları arasında yer almaktadır.^{16,38}

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise doktor, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğer sağlık personelinin, şiddete uğramış ya da şiddet riski altında olan kadına yaklaşımda iş bir-

liği içinde çalışmaları önemlidir. Psikolog, şiddet mağduru ya da şiddet riski altında olan kadının seçeneklerini belirlemesine yardımcı olurken, sosyal hizmet uzmanı, sosyal hizmet kurumları (SHÇEK) ile iletişime geçerek şiddete maruz kalan kadına kalacak yer ve yasal koruma sağlamaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrası izlemleri sırasında, doğum sonrası hastanede kalınan süre içinde ya da jinekolojik muayene ve tedavileri sırasında ya da herhangi bir nedenle hastaneye başvurma durumunda kadının şiddet yaşantısının sorgulanması, şüphelenildiği durumda ekip iş birliği içinde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulması ve başvurabileceği resmî kuruluşlar hakkında bilgilendirmek ise ikinci basamakta görev yapan ebe ve hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır.^{16,38}

Şiddetin kadında yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara ilişkin tüm çalışmalar, harekete geçmenin gerekli olduğunu göstermektedir.^{5,7,17} Sağlık personelinin AİŞ ile mücadelede strateji geliştirilmesinde disiplinlerarası iş birliğinin önemi konusunda eğitim almaları ve AİŞ'e uğrayan kadınları yönlendirme seçenekleri konusunda bilgili olmaları, şiddete uğrama durumunun sorgulamasından önce tartışmasız kabul edilen gerekliliklerdir.^{2,27} Hizmet içi eğitimler ve mezuniyet öncesi eğitimler, AİŞ taramalarının ve AİŞ'e müdahalede disiplinlerarası iş birliğinin öneminin kavranmasında çok önemlidir. Bu kadar hassas ve çoğu zaman gizli kalmış bir konuda gereken bilgi, beceri ve duyarlılığı kazandırmak için, şiddete maruz kalan kadınla karşılaşan tüm sağlık personelinin bu amaçla düzenlenecek hizmet içi eğitim programlarına katılımları sağlanmalıdır.³⁶ Stenson, şiddete maruz kalmış olan kadınların yardıma kolay bir şekilde ulaşmasının önemini, sağlık personeli tarafından sıklıkla vurgulandığını belirtmiştir.² AİŞ konusunda hizmet içi eğitimler kadar önemli olan bir diğer konu mezuniyet öncesi eğitimlerdir. Doktor, hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğer sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitimleri süresince teorik ve klinik uygulamalarına AİŞ konusunun entegre edilmesi ve eğitimler süresince disiplinlerarası iş birliğinin önemini vurgulanması gereklidir. Mezuniyet öncesi dönemde,

AİŞ konusunda bilgi ve beceri kazandırılması, AİŞ'i nasıl değerlendireceği ve nasıl müdahale edeceğinin öğretilmesi gerekmektedir.³⁹⁻⁴¹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmeti alan kadınların disiplinlerarası bir yaklaşım ile AİŞ yönünden taranması, erken tanılamaya ve başvuru anında şiddete uğrama yönünden herhangi bir bulgu gösteren ya da göstermeyen kadınlara ulaşmaya olanak vermesi açısından önemlidir. Şiddetin taranması, kadına yönelik şiddetin tekrarını önleme ve şiddete uğrayan bireye yardım etme fırsatı sağlamaktadır. Bu makalede, AİŞ'in erken tanılanmasında taramaların önemi, sağlık personelinin rolü ve disiplinlerarası yaklaşımın önemi tartışılmış, AİŞ taraması konusunda ülkemizde yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Ülkemizde sadece birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ve hastanelerin sadece acil servislerinde doldurulması beklenen şiddet tarama formunun, tüm yataklı tedavi kurumlarında ayakta ya da yatarak tedavi gören tüm kadın hastalar için kullanımının yaygınlaştırılması, AİŞ taramasının rutin sağlık hizmetlerinin bir parçası haline getirilmesi ve ülke geneline yaygınlaştırılması önerilebilir. Bu taramalar, bu konuda eğitim almış uzman hekim, aile hekimi, pratisyen hekim, ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılmalı; disiplinlerarası bir yaklaşımla ortaklaşa bir hareketi başarmak için, sağlık ekibindeki sözü edilen tüm profesyonellerin birlikte eğitilmesi ve mezuniyet öncesi eğitimi programlarının teorik ve klinik uygulamalarına AİŞ konusunu entegre etmek gereklidir.

Sağlık kurumlarında bekleme salonu, muayene ve danışma odalarının duvarlarına AİŞ konusunda hazırlanmış posterlerin asılması, AİŞ broşürleri kullanılması ve dağıtılması, kadınların konuya ilgisini çekmesi ve bilgilenmeleri bakımından önemlidir. Bu uygulama yoluyla kadınlara, AİŞ türleri, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Türk Ceza Kanunu, Medeni Kanun ile ilgili bilgiler ile kadınların AİŞ ile karşılaştıkları durumda başvurulabilecekleri kuruluşların bilgisi de ulaştırılabilecektir. Bunlara ilave olarak, bekleme salonunda kadınlara

şiddet konulu filmler gösterilmesinin, okuma yazma bilmeyen kadınlar için özellikle faydalı olacağı düşünülmektedir.

AİŞ'i önlemeye yönelik toplumsal politikaların oluşturulmasında ve AİŞ konusunda yapılacak çalışma ve araştırmalarda, adli bilimler, sosyoloji, psikoloji, hemşirelik, halk sağlığı gibi alanlarla yapılacak iş birliği, geleceğe yönelik doğru veri elde

etme ve etkili planlamalar yapmada yarar sağlayacaktır. Sağlık personelinin AİŞ'e uğrayanları belirlediklerinde nasıl cevap vereceklerini bilmeleri önemli olduğundan, AİŞ ile ilişkili politika ve protokollerin içeriğinde; AİŞ'i etkili değerlendirme, AİŞ'e müdahale etme ve AİŞ'e uğrayan bireyleri yönlendirme konularına ek olarak, AİŞ vakalarının dokümantasyonuna ilişkin bilgiler de yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Warshaw C, Salber RR, Ganley AL. Improving the Healthcare Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers. 2nd ed. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund; 1995. p.15-45.
2. Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery* 2005;21(4):311-21.
3. Shaw D. Women's right to health and the Millennium Development Goals: promoting partnerships to improve access. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;94(3):207-15.
4. World Health Organisation (WHO). Women's health and development. Family and Reproductive Health. Geneva: WHO; 1997. p.2-3.
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360(9339):1083-8.
6. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. [Domestic violence against women, The project for combating domestic violence against women]. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2008. p.8-9.
7. Arat Y, Altınay AG. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. 2. Baskı. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri; 2007. p. 6-9.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). [Research on domestic violence against women in Turkey]. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2009. p.185-9.
9. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341(12):886-92.
10. Horan DL, Chapin J, Klein L, Schmidt LA, Schulkin J. Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1998;92(5):785-9.
11. Stenson K, Saarienen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001;17(1):2-10.
12. Edin KE, Högberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* 2002; 18(4):268-78.
13. Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med* 2001;46(12): 1031-9.
14. Williamson KJ, Coonrod DV, Bay RC, Brady MJ, Partap A, Wolf WL. Screening for domestic violence: practice patterns, knowledge, and attitudes of physicians in Arizona. *South Med J* 2004;97(11):1049-54.
15. McFarlane J, Christoffel K, Bateman L, Miller V, Bullock L. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs* 1991;8(4):245-50.
16. Yetim D, Şahin EM. [Approach to domestic violence against women in primary health care practice]. *Aile Hekimliği Dergisi* 2008;2(2):48-53.
17. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. [Women health and psychological functioning in different periods of life: evaluation of nursing approach]. *Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(1):67-99.
18. Özyurt BC, Deveci A. [The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey]. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22(1):10-6.
19. Ançel G. [The biopsychosocial model of violence: early determinants of violence, pregnancy and responsibilities of health professionals]. *Turkish Journal of Forensic Sciences* 2010;9(1):45-54.
20. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 1996; 45(1):37-42.
21. Dunn LL, Oths KS. Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(1):54-63.
22. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996;275(24):1915-20.
23. McFarlane J, Soeken K, Wiist W. An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nurs* 2000;17(6):443-51.
24. Family Violence Prevention Fund (FUND). Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening. San Francisco: U.S. Department of Health and Human Services; 1999. p.9-20.
25. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995;123(10):737-46.
26. Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery* 2009;25(6):622-36.
27. Protheroe L, Green J, Spiby H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery* 2004;20(1):94-103.
28. Hindin PK. Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health* 2006;51(3):216-21.
29. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;105(2): 357-63.
30. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004;18(4):260-9.
31. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. [The role of health services in combating domestic violence against women, The project for combating domestic violence against women]. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2008. p.109-50.
32. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. [Services provided women who experienced domestic violence, The project for combating domestic violence against women]. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2008. p.39.

33. Horiuchi S, Yaju Y, Kataoka Y, Grace Eto H, Matsumoto N. Development of an evidence-based domestic violence guideline: supporting perinatal women-centred care in Japan. *Midwifery* 2009;25(1):72-8.
34. Laing L. Topic paper: Routine Screening for Domestic Violence in Health Services. *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse* 2003. p.1-17.
35. McClennan S, Worster A, MacMillan H. Caring for victims of intimate partner violence: a survey of Canadian emergency departments. *CJEM* 2008;10(4):325-8.
36. Paluzzi P, Gaffikin L, Nanda J. The American College of Nurse-Midwives' Domestic Violence Education Project: evaluation and results. *J Midwifery Womens Health* 2000;45(5):384-91.
37. [The code of consent of approval of Council of Europe Agreement in relation to domestic violence, the prevention of domestic violence against women and combating domestic violence against women]. Kanun Numarası: 6251, Kabul Tarihi: 24.11.2011, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 29.11.2011 Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 28127.
38. Saran U. [Reflexions of family medicine in health services]. *Aile Hekimliği Dergisi* 2007; 1(4):10-5.
39. Karaoğlu N, Çivi S, Kutlu R, Marakoğlu K. [Evaluation of the socio-demographic characteristics of persecutors according to female victims: A community-based study in Konya]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26(5):522-26.
40. Kelleci M, Gölbashi Z, Erbaş N, Tuğut N. [The effects of spouse violence upon women's mental health]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(6):1587-93.
41. Pınar R, Bahar MT. [Emergency departments' services and forensic nursing]. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2011;3(1):45-54.