

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK
ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE ÜSTLENEBİLECEKLERİ ROLLER**
Prof.Dr. Serpil Salaçın*

Antik çağda, üretim ilişkilerinin köleliğin ortaya çıkmasına neden olan evrelerinde, zamanın yaşam biçimi ve üretim ilişkileri içinde birey sayılma hakkını kaybeden kadının insan sayılma mücadelesi günümüze değin sürüp gitmektedir. Kadının birey olma, yurttaş sayılma mücadelesinin yazılı tarihe aktarılmaya başlandığı 18. yüzyıldan günümüze çok yol alınmıştır. Geçen yüzyılda yeni üretim ilişkileri modellerinin yaşanmasına rağmen cinsiyet ayrımcılığına dayalı davranış kalıpları kadının birey olma gerçeğinin yaşama geçmesini engellemiştir. Bunun yanı sıra geçen yüzyıl kadının durumu, kadınlar ve bazı bilim çalışanlarınca birçok boyutu ile daha çok sorgulanır hale gelmiştir. Kadınların mücadelesi sonucu kadının durumu uluslar arası kurumlar tarafından da ele alınmaya başlanmış, devletlere sorumluluklar yükleyen sözleşmelerle çok ciddi adımlar da atılmıştır. Ancak, toplumlarda cinsiyet ayrımcılığına dayalı davranış kalıpları yaygın bir şekilde sürmektedir. Daha aşılması gereken bir çok engel ve kat edilecek çok yol vardır. Kadına yönelik şiddet; kadını mal, köle, terbiye edilmesi gereken yaratık gibi gören cinsiyete dayalı ayrımcı değerlere dayanmaktadır.

Dünyada ekonomik ve kültürel bakımdan çok farklı yapıda olan toplumların her katmanında cinsiyet ayrımcılığına dayalı değerler yaygın kabul görmektedir. Bu değerler kadına yönelik şiddetin algılanma biçiminde ve bu tür şiddete yaklaşımda belirleyici olmaktadır. Gerçekleştirilen alan çalışmalarında kadına yönelik şiddet ile ilgili meslek gruplarının, sorunu değerlendirme ve yaklaşımlarının benzer temel özelliklerde olduğu ortaya konmuştur.

Sağlık çalışanlarını kadına yönelik şiddet ile ilgilenmekten alıkoyan nedenlerin araştırıldığı çalışmalarda bir kaç konuya dikkatler çekilmektedir. Temel sorunun konu ile ilgili ön yargılar olduğu gözlenmiştir. Önyargıların çoğu kadına yönelik şiddetin kabul edilebilir, geçerli nedenleri olan, kadının hak ettiği bazı davranışları içerdiği yaklaşımdır. Sağlık çalışanının yetiştiği, yaşadığı toplumdan, aile ve okul eğitiminden edindiği özel yaşam değerlerinin profesyonel yaşama yansımaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Meslek eğitimi programlarında da benzer yaklaşımlı kuramsal eğitim ve uygulamalarda izledikleri model yaklaşım doğal olarak yetişen sağlık personelinin de meslek uygulamalarına ve konuya bakış açısına yansımaktadır. Bu yaklaşım ve önyargılardan yaygın olanları; "kadına yönelik şiddet özel yaşamı ilgilendiren bir problemdir", " kadına yönelik şiddet bir sağlık sorunu değildir", "partnerleri tarafından şiddete uğrayan kadınlarla uğraşmak umutsuz bir iştir" görüşleridir.

Bilindiği gibi dünya sağlık örgütü (WHO) 1980 yılında Kadın Sağlığı ve Gelişimi Bölümü (WHD)'nü kurmuştur. Bu bölüm dünyada kadına yönelik şiddet ile ilgili yaptığı çalışmalarda elde ettiği verileri ve sorunların bazı basamakları için ileri sürdüğü çözüm önerilerini 1997 yılında " Violence Against Women. A Priority Health Issue" başlıklı dokümanında yayınlamıştır. WHD yayınladığı bu dokümanında kadına yönelik şiddeti öncelikli sağlık sorunu olarak tanımlamıştır. Sağlık çalışanları ve hekimlerin üstlenebileceği roller ile iyi hekimlik uygulama kurallarının şiddete uğrayanın tanısının konması, tedavi ve destek olunmasının şiddetin önlenmesinde oynayacağı rol tartışılmıştır.

Dünya sağlık örgütünün konuya öncelikli sağlık sorunu olarak yaklaşarak, eğitim ve uygulama önerilerinde bulunmasına rağmen hekimler bu tavsiye ve önerilerden habersiz kalmayı yeğlemişlerdir. Bu davranış biçimi ülkemizde de farklı görünmemektedir. Bu ön yargılarla başa çıkmada haberlilik eğitimlerinin olumlu rolü bir çok ülkede gözlenmiştir. Benzer olumlu etkileşimlerin sağlanması amacıyla hazırlanarak yürütülen iki projeden bu yazıda söz edilecektir. Ancak bu paylaşımdan önce Dünya Sağlık Örgütünün yukarıda adı geçen belgesinde yer alan bazı veri ve önerilerin burada tekrar aktarılmasının konuya yeni ilgi duyan meslektaşlarımız için aydınlatıcı olacağı kanısındayım.

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Birleşmiş Milletler kadına yönelik şiddeti 1993 yılında şöyle tanımlamış idi; Kadında fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar veya bozukluğa neden olan, özel yaşamda ya da toplum yaşamında gerçekleşen, cinsiyet ayrımcılığına dayalı her türlü davranış kadına yönelik şiddettir (BM 1993).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Kadın Sağlığı ve Gelişimi Bölümünün 1997'de yayınladığı belgede; kadına yönelik şiddetin dünyada her türlü toplumda yaygın olarak görüldüğü, her beş kadından birinin hayatlarındaki erkekler tarafından fiziksel ya da cinsel yönden şiddete uğradığı belirtilmektedir. Aynı belgede, kadına yönelik şiddetin üreme çağındaki kadınların, ölüm nedenleri ve sakatlıkları arasında kansere eşdeğer ciddiyette olduğu vurgulanmaktadır. Şiddetin üreme çağındaki kadınlara trafik kazaları ve sıtmanın toplam zararından daha çok etkili olduğu bildirilmektedir. Bu yaygınlığa ve ciddi sonuçlarına rağmen diğer şiddet türleri ile karşılaştırıldığında; aile içi şiddet uygulayanlar hakkında nadiren yasal yönden işlem yapılması ve ceza verilmesi nedeni ile kadına yönelik aile içi ve toplumsal şiddetin sürüp gittiği, kadının baskı altında tutulmasının devam ettiği belirtilmektedir. Belgede; tüm bu nedenlerle; "Kadın ve kız çocuklarına yönelik şiddet büyük bir sağlık sorunudur.", "Kadına Yönelik Şiddet Öncelikli Sağlık Sorunudur (WHO,1993).", "Şiddeti Önlemek Toplum Sağlığı İçin Önceliklidir (WHA 1996 Resolution and recommendations 49.25)." ana yaklaşımları ile konu ele alınmıştır. Çeşitli ülkelerde değişik zaman dilimlerinde gerçekleştirilmiş kadına yönelik şiddet yaygınlığı ile ilgili veriler aktarılmıştır.

Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli problem olma nedenleri belgede aşağıdaki biçimde yer almıştır:

1. Kadın nüfusun önemli bir bölümü için şiddet yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratmaktadır (Birçok ülkede kadın nüfusun % 20'den fazlası).
2. Birçok kadın için sağlık çalışanları ilk ilişki kurdukları ve mahrem sayılabilecek öykülerini anlatabilecekleri kişilerdir.

Yaşam evrelerine göre kadına yönelik şiddet türlerinin dünya genelinde özellikleri sıralanmıştır. Bunlar;

1. Doğum Öncesi; erkek çocuk tercihi nedeniyle kız gebeliklerin sonlandırılması, doğum öncesinde annenin şiddete uğraması nedeniyle intrauterin etkiler.
2. Çocukluk Çağı; kız çocuklarına infantisit uygulanması, fiziksel, cinsel ve psikolojik yönden istismar.
3. Ergenlik çağı; flört döneminde uğranan şiddet, incest, sünnet.
4. Erişkin dönem; çalışma yerinde cinsel yönden istismar, fahişeliğe, pornografiye zorlama, kadın ticareti, erkek partneri tarafından her türlü şiddete uğrama, öldürülme, evlilik içi ırza geçme, çeyiz ya da başlık parası ile ilgili istismar ve cinayetler, özürülü ve engelli kadınların istismarı, zorla hamilelik.
5. İleri yaşta; ekonomik nedenlerle intihara zorlama ya da öldürme, psikolojik, cinsel ya da fiziksel şiddet. Biçiminde sıralanmaktadır.

Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının mesleksel sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için WHD aşağıdaki önerilerde bulunmuştur:

1. Sağlık çalışanlarına duyarlılık ve bilgilendirme eğitimleri yapılmalı.
 2. Böylece bireysel ön yargılarını sorgulamaları sağlanmalı.
 3. Sağlık çalışanları şiddete uğrayan kadının tanısını koymaya yönelik eğitilmeli.
 4. Sağlık çalışanları aile bireyleri tarafından şiddete uğrayan hastalarının da tüm bulgularını kayıtlara geçirmelerine yönelik eğitilmeli.
 5. Şiddetin tüm delillerinin korunması ve belgelendirilmesinin önemi konusunda eğitilmeli.
 6. Sağlık çalışanları bu konu ile ilgili bir protokol hazırlanması için cesaretlendirilmeli.
- Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin önlenmesindeki rolü bu belgeden çok önce yetmişli yıllardan başlayarak bazı akademik çevrelerce ele alınmış ve konuya dikkat çekilmiştir. Hatta sağlık çalışanlarına ve hekimlere bu konuda duyarlılık eğitim programları düzenlenmiştir. Belgede bu çalışmaların verilerine de yer verilmiştir. Sağlık çalışanları için şiddete uğrayan kadına yaklaşımda özen gösterilmesi gerekenler aşağıdaki biçimde sıralanmıştır.

1. Kadını ciddiye alın, ona inanın.
2. Kadının güvenliğı için yardım edin.
3. Şiddetin onun suçu olmadığını hissettirin.
4. Şiddete uğrayanın yalnızca kendisi olmadığını ona açıklayın.
5. Kadının alternatiflerinin sınırlı olduğunu gözden uzak tutmayın.
6. Gizliliğın önemini unutmayın.
7. Gerekli konsültasyonları isteyin.

Şiddete uğrayan kadına geleneksel bazı yaklaşımların olumsuz etkileri tartışılarak yapılmaması önerilenler sıralanmıştır:

1. Yapılacak profesyonel yardımın önemsiz bulunması.
2. Kadınla birlikte erkeğın dinlenmesi.
3. Şiddetin gerçekleşmesine kadının hangi davranışının neden olduğunu sorulması.
4. Kadının evini ya da eşini bırakmasının beklenmesi.
5. İşin uzayacağını düşünerek kadınla ilgilenmekten vazgeçilmesi.

Sağlık çalışanları sıklıkla şiddete uğrayan kadınlarla karşılaşmaktadırlar ancak daha önce aktarılan nedenlerle tanı koyamamakta ya da tanısını kayıtlara geçmemektedir. Şiddetin kanıtlanması engellenmektedir. Özellikle aile içi şiddet olgularının defalarca hekime başvurduğu, önemsiz görünen bazı bulgulara dayanılarak tedavilerinin yapıldığı ancak tekrar değerlendirilmelerinde durumun ortaya konabildiğı artık günümüzde açıkça bilinen bir gerçektir. Bu tür hastaların en temel insan hakkı olan yaşama haklarının riskte olması kavramı yenilerde sınırlı bazı sağlık çevrelerinde tartışılmaktadır. Bazı kaynaklarda hasta muayene protokolleri ile ilgili ek yönler gündeme getirilmektedir. Aile içi şiddete uğrayan hastanın bu durumunun atlanmaması için önerilen ek yaklaşımlardan biri burada aktarılabacaktır.

Hasta muayene edilirken bilinen koşullara ek olarak aşağıdaki yönler gerçekleştirilerek değerlendirilmelidir.

1. Uygun ve güvenilir ortam sağlanmalı.
2. Öykü ile yaraların ya da ruhsal durumun uyumu karşılaştırılmalı.
3. Gecikmiş başvuru özenle değerlendirilmeli.
4. Yaraların türleri ayırt edilmeli.
5. Hasta gebelik yönünden incelenmeli.
6. Daha az belirgin, önemsiz gibi görünen yaralar vücut şemalarında belirtilmeli.
7. Gerekli konsültasyonlar istenmeli.
8. Değerlendirmenin disiplinler arası işbirliğı ile gerçekleşebileceğı unutulmamalı.

Bu yazıda buraya kadar aktarılanlar okuyucuların bazılarına çok bildik gelebilir. Hatta birçok değeri ve tutumu meslek yaşamına başarı ile yansıtmış olabilirler. Ancak 1996 yılından başlayarak süren bir eğitim çalışmasının aktaracağım verileri beni bunları tekrar yazıp aktarmak gerektiğı konusunda etkiledi.

Disiplinler arası işbirliğı ile ülkemizde yürütölen, iki ayrı projenin sağlık çalışanları ile ilgili bölümünde eğitimcilerin eğitimi programları düzenlenmiştir. Bu iki ayrı projeden biri British Council tarafından 1996-1998 yıllarında desteklenen "Domestic Violence and the Response of Medical Professionals, Police Officers and Lawyers" konulu projedir. İkinci projenin çıkış noktasını oluşturmuştur. İkincisi ise Foreign and Commonwealth Offices Project olarak yürütölmüştür ve "Inter-agency collaboration in combating with domestic violence and assisting activating action plan to meet the needs of the International Conventions" başlığındadır. Birbirinin devamı şeklinde yürütölen çalışmanın sağlık çalışanları bölümünün bazı verileri bu yazıda aktarılmaya çalışılacaktır. Projeler kapsamında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakölte, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakölte, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakölte, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakölte, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Faköltelerinde 89 gönüllü öğretim elemanına ikişer günlük atölye çalışması niteliğinde eğitimcilerin eğitim programları düzenlenmiştir.

Tablo.1 Eğitcilerin Eğitimi Programına Katılan Hekimlerin  zellikleri

Uzmanlık alanı	Erkek	Kadın	TOPLAM
Adli Tıp	16	4	20
Halk Sağlığı	7	3	10
Acil ve İlk Yardım	9	3	12
Çocuk Psikiyatrisi	-	8	8
Psikiyatri	1	6	7
Aile Hekimliği	3	3	6
Kadın Hst. ve Doğum	6	-	6
Çocuk Sağ. ve Hst.	-	4	4
Anestezi Ve Reani.	2	1	3
Ortopedi Ve Travma.	3	-	3
Histoloji	2	-	2

Kalp Damar Cerrahisi, Nöroloji, Çocuk Cerrahisi, Tıbbi Etik, Farmakoloji,  roloji, Göğüs Hastalıkları ve Genel Cerrahi bölümlerinden ise 1'er kişi olmak üzere toplam 89 kişi (53 erkek ve 36 kadın) katılmıştır.

Her eğitim programı başlamadan önce katılımcılara 6 grupta toplanabilecek sorulardan oluşturulan " n Değerlendirme" anketi verilmiştir;

- Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, uzmanlık alanı,
- şiddet ve aile içi şiddet tanımı, yaygınlığı, uygulayıcıları ve kurbanlarla ilgili yaklaşımları,
- Aile içi şiddet ile ilgili öz yaşam deneyimleri,
- Aile içi şiddet ile ilgili mesleki deneyimleri,
- Kadına yönelik şiddet ile ilgili ulusal yasal düzenlemeler, uluslar arası sözleşmelerden haberlilikleri,
- Aile içi kadına yönelik şiddetin önlenmesinde hekim sorumluluğu konusundaki yaklaşımlarını ortaya koymaya yönelik çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular yöneltilmiştir.

İnteraktif eğitim modellerinin uygulandığı programlarda konu üç ana başlıkta ele alınmıştır. Bunlar;1)Fiziksel, psikolojik, cinsel, emosyonel şiddetin tanımı, Türkiye ve dünya genelinde kadına yönelik aile içi şiddetin yaygınlık ve sıklığının tartışılması, 2) şiddete toplumsal ve profesyonel yaklaşımlar, toplumsal cinsiyet rollerinin tartışılması, 3) şiddeti  nleme, şiddete uğrayanı korumada tıp disiplinlerinin üstlenebilecekleri sorumluluklar ve ileriye yönelik strateji önerileridir.

Her eğitim programının sonunda "Genel Değerlendirme" adı altında geri bildirim alınmıştır. Bu ankette;

- Aile içi şiddet tanımı,
- Mesleki ve öz yaşam deneyimleri ile ilgili yaklaşımları,
- Hekim sorumluluğu ile ilgili yaklaşımları,
- Bireysel   z m  nerileri,
- Eğitim programı hakkındaki görüşlerini serbestçe aktarabilecekleri açık uçlu sorular yöneltilmiştir.

Her katılımcı " n Değerlendirme" ve "Genel Değerlendirme" anketine kendine özgü bir işaret koymuştur. Her grup çalışması sonunda eğitim çalışmasının etkinliği ve  ıktıları  n değerlendirme ve genel değerlendirme anketleri karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Her eğitim grubunda grup içi dinamikler katılımcıların çalıştıkları alanlara bağımlı olarak farklılıklar göstermiştir. Elde edilen verilerin ortak  zellikleri:

- Hekimler aile içi şiddeti daha çok fiziksel, ruhsal ve cinsel şiddet boyutu ile tanımlamışlardır.
- Adli tıp uzmanları dışında hekimler, cinsel şiddeti yabancıların cinsel saldırısı biçiminde algılandığına belirtmişlerdir.

- 3- Fiziksel şiddeti, daha çok yaralanmaya hatta ölüme neden olacak ciddi travmalar olarak algıladıklarını yansıtmışlardır.
- 4- Ruhsal şiddeti psikiyatri uzmanı ve adli tıp uzmanlarının çoğunluğu oluşturduğu gruplar çok daha ayrıntılı biçimde tanımlamışlardır.
- 5- Hekimler "Ön Değerlendirme" anketinde öz yaşam deneyimlerinin sorulduğu soruya bazı psikiyatri ve adli tıp uzmanları dışında kısaca " Hayır " diye yanıt vermişlerdir. Ama aynı hekimler eğitim programı sonunda "Genel Değerlendirme" anketinde çocukluklarından itibaren evde, okulda ve meslek yaşamlarında ebeveyn, öğretmen ve yöneticilerin şiddetine uğradıklarını bildirerek konuyu dillendirmişlerdir.
- 6- Hekimlerin çoğu ön değerlendirme anketinde aile içi şiddete uğrayan hastalarının olmadığını bildirmişlerdir. Bu konuyu "Genel Değerlendirme" anketinde farklı biçimlerde dillendirmişlerdir.
- 7- Hekimler, aile içi şiddetin güçlü tarafından gücün korunmasına yönelik sürdürüldüğünü belirtmişlerdir.
- 8- Genel olarak uygulayıcıyı ebeveyn olarak tanımlamışlardır. Kurbanı çocuk ve bazıları çocuk ve kadın olarak tanımlamışlardır.
- 9- Hekimler, aile içi şiddete uğrayan kadına karşı sorumlulukları olduğunu eğitim çalışmasının sonunda inanarak benimsemişlerdir.
- 10- Sorumluluk üstlenmekten alıkoynan nedenleri sıralamışlardır.

Öne sürülen ortak nedenler;

a- Tanıda güçlük, b- Bilgi eksikliği (yaklaşımında, yönlendirmede, sivil toplum örgütü eksikliği, yasal prosedürün nasıl olması gerektiği konusunda).c- Sonraki basamakların yokluğu nedeniyle ele almaktan çekinme.

Programların tümünde gözlenenlerin ortak özellikleri olduğu dikkati çekmiştir. Eğitimcilerin bu izlenimleri şunlardır. Aile içi şiddet ile ilgili konular tartışılırken; genellikle erkek katılımcılar başlangıçta savunma konumuna girmişlerdir. Kadın katılımcılar ise genellikle başlangıçta daha kolay empati yapmışlar,ancak bu onların daha çekingen davranmalarına neden olmuştur. Grup kaynaşması gerçekleştikten sonra; sorgulama ve öğrenme isteği artmıştır. Konulara daha çok mesleksi değerler, becerilerin geliştirilmesi açısından yaklaşılabilmektedir. Son oturumlarda; bilgilendirme dokümanlarına ek istekler olmuştur. Kendi disiplinleri ile ilgili üstlenecekleri roller ve strateji önerileri çok istekli olarak hazırlanmıştır.

Eğitim çalışmaları sonunda katılımcıların aile içi şiddetin önlenmesi konusunda kendi uzmanlık alanlarının üstlenebileceği kısa ve uzun erimli roller ve ulaşabilecekleri hedefleri tartışmaları istenmiştir. Her grupta farklı disiplinler kendi alanları açısından aile içi şiddetle ilgili durum değerlendirmesi yaparak; sorunları başlıklar halinde tartışıp, alanları açısından çözüm önerileri geliştirerek, sağlık çalışanları ve ülke geneli için stratejiler önermeleri sağlanmıştır.

Eğiticilerin eğitimi programına katılan hekimlerin aile içi şiddetle ilgili durum değerlendirmeleri gözden geçirildiğinde vardıkları ortak sonuçlar aşağıda aktarılmıştır;

- Şiddeti uygulayan güçlüdür. Gücü kontrol etmek için uygulamaya devam etmektedir.
- Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı toplumun aile içi kadına yönelik şiddeti kabul edilebilir saymasına neden olmaktadır.
- Toplum da şiddetin kurbanında şiddete uğramayı hak edecek hatalı davranışlar aramayı yeğlemektedir.
- Toplum şiddeti uygulayanı hoş görmeyi sağlayacak nitelikte, uygulayıcı lehine mazeretler bulmaktadır.
- Hekimler bu çevre ve toplumda yetişmektedir.
- Hekimler evde, okulda ve toplumda bu öğretilerle donatılarak eğitilmektedir.
- Bu özellikteki hastaya nasıl yaklaşacağını tam kestirememektedir.
- Tanı koysa ne işe yarayacağını bilmemekte, hatta zarar vermekten korkmaktadır.
- Yasal destek ve sivil toplum örgütü desteği olmaması hekimi aile içi şiddete sağlıklı yaklaşımdan alı koymaktadır.

Hekimler strateji önerilerini 3 grupta toplamışlardır;

I- Hekim olarak kendi kliniklerinde;

- A) Her disiplin konu ile ilgili başlığı eğitim programına almalı;
 - 1- Mezuniyet öncesi,
 - 2- Uzmanlık eğitimi,
 - 3- Meslek içi sürekli eğitim,
 - 4- Diğer sağlık çalışanlarının eğitimi,
 - 5- Araştırma konusu olarak ele alınması
- B) Her disiplin tanı koymaya yönelik protokol oluşturmali;
 - 1- Hangi hastalara nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiği belirlenmeli,
 - 2- Anamneze soru eklenmeli,
 - 3- Muayenede özellikli konular belirlenmeli,
 - 4- Kimlere hangi dallardan konsültasyon istenmeli,
 - 5- Kayıtlar nasıl tutulmalı,
 - 6- Hasta nasıl yönlendirilmeli.
- C) Her disiplin kendi içinde eğitilmiş ekip bulundurmalı.

II- Hekim olarak çalıştıkları sağlık kurumunda;

- 1- Disiplinler arası işbirliği için bir komite kurulmalı,
- 2- Tüm bilgi ve veriler paylaşılarak kayıtlara geçirilmeli,
- 3- Sosyal Hizmet Uzmanlarından oluşan bir grup Sağlık Kurumu ile diğer sektörlerin işbirliğinde görev almalı,
- 4- Ülkemiz için aile içi şiddet ile ilgili sağlıklı veri tabanı oluşturulmasında rol üstlenilmeli.

III- Duyarlı birey olarak;

- 1- Bireylerin kişiliğine saygı ve kendini ifade etmesinin bu tür özelliklerinin kamusal alanlara ve özel yaşam alanına girmesi sağlanmalı.
- 2- Akademik kurumlar; tanılar ve özellikleri ile ilgili verileri ilgili bakanlıklara iletmeli.
- 3- Türkiye'nin konu ile ilgili sözleşmelerin yaşama geçirilmesinde efektif rol almalı.
- 4- Sosyal destek oluşturan sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapılmalı.
- 5- Gereksinimler doğrultusunda sivil toplum örgütleri kurulmasına ve kurumların yaşatılmasına destek verilmeli.
- 6- Yasalar tartışılırken açıkça taraf olmalı.
- 7- Ebeveyn eğitimi ve okul eğitiminde duyarlı ve etkili yönlendirici rol üstlenmeli.
- 8- Her düzeyde kamu kuruluşunun yaptıkları izlenmeli ve reaktif davranmalı.
- 9- Kitle iletişim araçlarının pekişmiş ön yargılarla ilgili yayınları her düzeyde ve yolla eleştirilmeli.
- 10- Bilinç yükseltme grupları oluşturulmalı.

Süreç içi izlenimler: Değerlendirilen eğitim öncesi ve sonrası anket yanıtlarının ışığında dünyada bir çok çalışmada elde edilenlere benzer bir profil elde edilmiştir. Aile içi kadına yönelik şiddetin yaygın olduğu halde ülkemizde tam olarak kayıtlara geçmediği ve tanı kosa dahi hastaya fiziksel zarar tedavisi dışında bir girişimde bulunulmadığı gözlenmiştir. Hekimlerimizin bu konuda farklı bir "iyi uygulama" (good practice) varlığından haberli olmadıkları izlenmiştir. Hekimin hastasına karşı yasal ve meslek etiği sorumluluklarının bu konuda göz ardı edildiği dikkati çekmiştir. Ulusal ve ulusal üstü yasal düzenleme, sözleşme ve yaklaşımlardan haberli olmadıkları da ortaya konmuştur. Bu nedenlerle hekim ve diğer sağlık çalışanlarının duyarlılıklarının artırılması için yapılacak eğitim çalışmalarının çok yararlı olacağı, bu konuda rol üstlenmeye ve geliştirilecek eylem planlarına katılmakta istekli ve gönüllü oldukları izlenmiştir.

Kaynaklar

- 1. Bewley S, Friend J, Mezey G. Violence Against Women. RCOG Press, London; 1997.
- 2. Hague G, Malos E. Domestic Violence, Action For Change. New Clarion Press, Cheltenham; 1998.

3. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence Against Women The Hidden Health Burden. The World Bank Washington, D.C.1994.
4. Brillat R. Social Rights=Human Rights. Newsletter on the European Social Charter of the Council of Europe, No.3, January 1997.
5. O'Donoghue D. Violence against wives. British Journal of Midwifery, 1(6);1993.
6. Ingram R. Taking a pro-active approach: communicating with women experiencing violence from a known man in the Emergency department. Accident and Emergency Nursing, 2: 143-148;1994.
7. McDowell JD, Kassebaum KD, Stromboe ES. Recognizing and Reporting Victims of Domestic Violence. JADA, 123;1992.
8. Feldman KM. Family Violence Intervention. Minnesota Medicine, 75;1992.
9. T.C.Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Bülteni, 2;1994.
10. T.C.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Temel Kadın Göstergeleri 1978-1993. IV. Kadın Dünya Konferansı Ulusal Hazırlık Komitesi Toplantısı 16-18 Nisan 1994, Ankara.
11. Hague G, Malos E, Dear W. Multi-agency work and domestic violence, a national study of inter-agency initiatives. The Policy Press, 1996.
12. Tara-Chand A. Violence Against Women By Known Men Training Pack, Leeds Inter-Agency Project, 1993.
13. Williamson E. Screening for Violence: Domestic Violence and The Response of The Medical Profession. B.S.A Medical Sociology Group Annual Conference Edinburg University, 1996.
14. National Training Project. Creating a Public Response to Private Violence. Duluth Domestic Abuse Intervention Project, 1995.
15. Feldman KM. Family Violence Intervention. Minnesota Medicine, 75;1992.
16. Violence Against Women A Priority Health Issue. Women's Health Development. Family and Reproductive Health. World Health Organization, Geneva, 1997.
17. Kadına Yönelik Uluslararası Sözleşme ve Kararlar, Devlet Bakanlığı, Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Eğitim Serisi, Yayın No:75; Aralık 1993.
18. Özdemir H, Çekin N, Gülmen MK, Salaçin S. Suç Sayılan Cinsel Amaçlı Davranışlarda Tıbbi ve Hukuki İstismar, Sürekli Tıp Dergisi, Cilt 7, Sayı 12; Aralık 1998: 414-416.
19. Yüksel Ş, Kadınlara Yönelik Şiddet ve Türkiye'deki Çalışmalar, JAMA, Cilt 5, Sayı 11; Kasım 1992:795-797.
20. Flitcraft AH. Şiddet, Değerler ve Cinsiyet, JAMA, Cilt 5, Sayı 11; Kasım 1992: 812-814.
21. Amerikan Tabipler Birliği, Etik ve Hukuk İşleri Konseyi. Hekimler ve Ev İçi Şiddet, Etik Sorunlar, JAMA, Cilt 5, Sayı 11; Kasım 1992: 807-811.
22. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence Against Women, Relevance for Medical Practitioners, JAMA, 267(23); June 17 1992: 3184-3189.
23. Anderson V, Foreman A, Smith JP, Wraight M. Policy Research Unit Women In Leeds Survey Findings. Leeds Metropolitan University, January 1995.