

# Aile İçi Şiddetin Önlenmesi İçin Bir Model Önerisi: Halk Sağlığı Hemşiresinin Ev Ziyareti ile Aile İzlemi

## A Model Proposal for the Prevention of Domestic Violence: Family Monitoring by Public Health Nurses Through Home Visit

(Derleme)

Nilay ERCAN ŞAHİN\*, Funda ASLAN\*\*, Oya Nuran EMİROĞLU\*\*\*

öz

Fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik formlarda kendini gösteren aile içi şiddet dünya genelinde oldukça yaygın olarak görülen ve ciddi boyutları ile sadece birey ya da aileyi değil tüm toplumu ilgilendiren bir konudur. Bu nedenle, aile içi şiddet bir insan hakları ve halk sağlığı sorunudur. Aile içi şiddetin kadınların sağlığı, yaşam kalitesi ve çocukların üzerinde olan ciddi sonuçları nedeniyle şiddetin önlenmesi ve ortadan kaldırılması yönünde harekete geçilmesi gerekmektedir. Literatürde aile içi şiddeti önlemeye yönelik yapılan etkinliği kanıtlanmış programlarda hemşirelerin aktif rollerinin olduğu ortaya konmuştur. Hemşirelerin bu aktif rollerini gerçekleştirebilmeleri için aileyi ve aile bireylerini düzenli olarak değerlendirmeleri gerekmektedir. Etkin bir değerlendirme ve izlemin yapılabilmesini sağlayan en uygun yöntem ev ziyaretleridir. Yapılan ev ziyaretleri ile aile yakından değerlendirilip şiddetin varlığı ya da riski belirlenebilir, girişimlerde bulunulabilir ve şiddet ortaya çıkmadan önlenmesini sağlanabilir. Ülkemizde aile içi şiddeti önlemeye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında herhangi bir uygulama mevcut değildir. Bu nedenle aile içi şiddeti önlemeye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yapılacak uygulamalara ihtiyaç vardır. Bu makale, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile içi şiddeti önlemeye yönelik Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum

\*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,

E-mail: nilay.sahin@hacettepe.edu.tr, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3577-4183>

\*\*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,

E-mail: fundaaaslan03@gmail.com, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1278-7985>

\*\*\*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,

E-mail: oyanuran@gmail.com, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5722-5660>

Geliş Tarihi: 20 Kasım 2017, Kabul Tarihi: 22 Haziran 2018

Bu çalışma 14-15 Nisan 2016 tarihinde Kocaeli, Türkiye’de yapılan 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Atf/Citation:** Ercan Şahin N., Aslan F., Emiroğlu O. N. Aile İçi Şiddetin Önlenmesi İçin Bir Model Önerisi: Halk Sağlığı Hemşiresinin Ev Ziyareti İle Aile İzlemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(3): ..

Sağlığı Merkezlerinde halk sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretlerine dayalı bir model önerisi geliştirilmesi amacıyla yazılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile içi şiddet, ev ziyareti, halk sağlığı hemşiresi

## ABSTRACT

Domestic violence, which manifests itself in physical, sexual, emotional and economic forms, is a widespread phenomenon worldwide that concerns not only the individual or family but also the whole society. For this reason, domestic violence is a human rights and public health problem. It is necessary to take action to prevent and eliminate violence because of the serious consequences of domestic violence on women's health, quality of life and children. In the literature, it has been shown that nurses have an active role in the programs which have proven effective in preventing domestic violence. Nurses are required to assess family and family members regularly to fulfill these active roles. The most appropriate method that enables an effective evaluation and monitoring is home visits. With the home visits, the family can be evaluated closely, the presence or risk of violence can be determined, initiatives can be made and prevention of violence can be endured. There is no practice in the scope of primary health care services to prevent domestic violence in our country. Therefore, practices in the scope of primary health care services for the prevention of domestic violence are needed. This article was written to develop a model proposal based on home visits to prevent domestic violence by the public health nurses at the Family Health Center and Community Health Centers within the scope of primary health care services in Turkey.

**Key Words:** Domestic violence, home visit, public health nurse

## GİRİŞ

Dünyada kadınların %30'u eşi ya da birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel ya da cinsel şiddette maruz kalmaktadır. Tüm cinayetlerin %38'ini eşleri tarafından öldürülen kadınlar oluşturmaktadır<sup>1</sup>. Türkiye'de ise Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014 yılı verilerine göre kadınların %37.5'inin eşi ya da birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel ya da cinsel şiddette maruz kaldığı ortaya konmuştur. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda yaralanmalar, ruhsal hastalıklar ve hamilelik komplikasyonlarını kapsayan kısa ve uzun dönemde sağlık sorunları, çocuklarda ise duygusal, davranışsal ve sağlıkla ilgili sorunlar görülmektedir<sup>2</sup>. Şiddete maruz kalan kadınların yıllar sonra şiddet olmasa bile hiç şiddete uğramamış kadınlara göre iki kat daha fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının olduğu ortaya konmuştur<sup>3</sup>. Aile içi şiddet dünya genelinde önemli bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olarak görülmektedir<sup>1</sup>. Şiddetin halk sağlığı ile doğrudan ilişkisi, sadece sağlık ve sağlık hizmetlerine olan büyük etkisinden değil, halk sağlığı çalışanlarının şiddeti önlemede önemli bir konuma sahip olmasından da kaynaklanmaktadır<sup>4</sup>.

Şiddete uğramış kadınlarla daha çok hastane, poliklinik ve birinci basamak birimlerinde (aile hekimlikleri) karşılaşılmaktadır<sup>5</sup>. Ancak yaklaşık olarak kadınların üçte birinin şiddete uğradığını sağlık profesyonellerine açıklamadığı ortaya konmuştur<sup>6</sup>. Sağlık profesyonelleri, şiddetin açıklanmasını (ortaya çıkarılmasını) kolaylaştırabilen, uygun destek sunabilen, toplumsal ve diğer kaynakları önerebilen güvenli ve gizli ortamlar oluşturmak için çok önemli bir pozisyona sahiptir<sup>7</sup>. Şiddetin belirlenmesi doğumevleri, acil birimler ve birinci basamak sağlık birimleri dahil çeşitli ortamlarda yapılabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, şiddete tanı koyma, erken müdahale ve risk altındaki kadınlara destek olmak için ilk ulaşılan yer olması nedeniyle önemli bir potansiyele sahiptir<sup>6</sup>. Fakat dünyada yapılan çalışmalar birinci basamakta aile içi şiddetin belirlenmesinde sağlık profesyonellerinin bilgi ve uygulamalarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir<sup>8-10</sup>.

Toplum sorunlarını belirlemede sağlık profesyonelleri içerisinde özellikle halk sağlığı hemşireleri önemli bir konuma sahiptir<sup>11</sup>. Bir toplum sorunu olan aile içi şiddetin belirlenmesinde ve müdahale edilmesinde de önemli rolleri vardır. Halk sağlığı hemşiresi, şiddete uğramış kadın veya çocuk sağlık kuruluşlarına başvurmadan, düzenlediği ev ziyaretleri ile aile içi şiddeti belirleyebilir<sup>12</sup>. Ev ziyaretleri ile değerlendirilen bir ailede hemşire, klinik ortamlarda elde edemeyeceği bir bakış açısıyla bireyleri ve aileyi gözlemlene şansına sahip olur ve aile bireyleri arasında güvenilir bir ilişkinin kurulmasını sağlayabilir<sup>12-13</sup>. Hemşirelerin şiddete maruz kalan kadınların ve çocukların durumlarını tespit edilmesinde ve yönetilmesinde rolleri artarken, şiddetin önlenmesinde ise daha az rol aldıkları belirtilmiştir<sup>14</sup>. Bu nedenle aile içi şiddeti önlemeye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yapılacak uygulamaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu derlemede, Türkiye’de aile içi şiddeti önlemeye yönelik Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi’lerinde (TSM) halk sağlığı hemşireleri tarafından uygulanan ev ziyaretlerine dayalı bir model önerisi geliştirilmiştir.

## Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet; aile üyelerinden herhangi birinin çocuklarına, eşine, annesine, babasına, kardeşlerine ve/veya yakın akrabalarına yönelik olarak uyguladığı her türlü saldırgan davranış olarak tanımlanmaktadır<sup>15</sup>. Fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik formlarda kendini gösteren aile içi şiddet dünya genelinde oldukça yaygın olarak görülen ve ciddi boyutları ile sadece birey ya da aileyi değil tüm toplumu ilgilendiren bir sorundur<sup>3,4</sup>. Ancak aile içinde gerçekleşen şiddetin özel hayat olarak kabul edilmesi nedeniyle özellikle şiddete maruz kalma riskinin fazla olduğu toplumlarda bu durum belirlenmemektedir<sup>5</sup>.

Avrupa ülkelerinde yapılan bir araştırmada aile içi şiddete maruz kalan kadınların obezite, hipertansiyon ve sigara içme gibi sağlıksız davranışlardan kaynaklanan ölüm risklerinin kanser ve trafik kazalarına oranla daha fazla olduğu gösterilmiştir<sup>16</sup>. Aile içi şiddetin çocuklar üzerinde olumsuz etkilerine bakıldığında, uyku bozuklukları, düşük okul performansı, intihar riski, agresif ve yıkıcı davranışlarda artış olduğu<sup>17</sup>, şiddete tanık olan çocuklarda ise şiddet davranışını kabullenme ve uygulama eğiliminin fazla olduğu belirtilmektedir<sup>18</sup>. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aile içi şiddet konusunun halk sağlığı alanında, dünya genelinde öncelikli sorun olarak ele alınmasının gerektiğine ve önleme konusunda stratejiler geliştirilmesi gerekliliğine vurgu yapmaktadır<sup>19</sup>. Ayrıca DSÖ, kadınları ve dolayısı ile tüm toplumun geleceğini etkileyecek olan aile içi şiddete karşı halk sağlığı çalışanlarının önemli sorumlulukları olduğunu belirtmiştir<sup>20</sup>.

Aile içi şiddette ilişkin faktörlerin birey, aile, toplum ve sosyal düzeyde çok boyutlu olduğu belirtilmektedir<sup>9</sup>. Düşük eğitim düzeyi, çocukluk döneminde şiddete maruz kalma, anti-sosyal kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanımı, şiddeti kabullenici yaklaşım, silahlara kolay ulaşım, işsizlik, fakirlik, şiddet içeren TV programları ve

filmlerin yanında cinsiyet eşitsizliği gibi durumlar aile içi şiddet için risk faktörleri arasında gösterilmektedir<sup>15</sup>.

Toplumda aile içi şiddetin kurbanları hem erkek hem de kadınlar olabilmektedir<sup>21</sup>. Fakat erkeklerin kadına ve çocuğa uyguladığı şiddetin yaşanma sıklığının yüksekliği, yarattığı sosyal ve sağlık alanındaki ciddi sonuçlar nedeniyle daha görünür olmaktadır<sup>22</sup>.

## Halk Sağlığı Sorunu Olarak Aile İçi Şiddet

Halk sağlığı hizmetleri, birincil korumaya (şiddet oluşmadan şiddetin önlenmesi) odaklanarak, toplum temelli müdahaleler, sosyal hizmet ve eğitim programları, epidemiyolojik surveyans, multidisipliner ve bütüncül müdahaleler ile şiddeti önlemeyi ele alır<sup>23</sup>.

Halk sağlığı uygulamaları aile içi şiddetin belirlenmesinde ve aile içi şiddete uğrayanlara karşı sorumlulukların geliştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir<sup>24</sup>. Halk sağlığı yaklaşımlarının birincil hedefi olan şiddetin önlenmesinde uygulama basamakları;

1. Veri toplanarak problem ve nedenleri tanımlama,
2. Savunmasız gruplar belirleme ve yaşam döngülerine göre koruma önlemleri alma,
3. Farklı ortamlarda savunmasızlığı en aza indirme ve koruyucu ortamları geliştirmek için uygulamalar geliştirme,
4. Uygulamanın sonuçlarına göre girişimleri ve sonuçlarını değerlendirmeyi içermektedir<sup>9</sup>.

Birinci basamakta, şiddet olayının kimde, ne zaman, nerede, nasıl olduğuna bakılarak tanımlama yapılır. İkinci basamakta şiddetin neden meydana geldiği belirlenir. Üçüncü basamakta amaç diğer basamakta elde edilen bilgilere göre girişimler geliştirmek ve bu girişimleri değerlendirmektir<sup>15</sup>.

## Aile İçi Şiddeti Önlemede Ev Ziyaretlerinin Önemi

Halk sağlığı hemşiresi, şiddete uğramış kadın veya çocuk sağlık kuruluşlarına başvurmadan, düzenlediği ev ziyaretleri ile aile içi şiddeti belirleyebilir<sup>12</sup>. Ev ziyaretleri ile değerlendirilen bir ailede; hemşire, klinik ortamlarda elde edemeyeceği bir bakış açısıyla bireyleri ve aileyi gözlemlene şansına sahip olur ve aile bireyleri arasında güvenilir bir ilişkinin kurulmasını sağlayabilir<sup>12-13</sup>.

Literatürde halk sağlığı hemşirelerinin gerçekleştirdikleri ev ziyaretlerinin hamilelik döneminde şiddete uğrama riskini<sup>24,25</sup>, çocuklarda şiddet eğilimi ve agresyonu azaltmada başarılı olduğunu göstermektedir<sup>26</sup>. Gerçekleştirilecek ev ziyaretleri ile hemşirelerin aile içi şiddetin önlenmesindeki zincir için kilit noktada olduklarını belirtmiştir<sup>27</sup>.

Ev ziyaretleri, halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının önemli bir parçasıdır. Birey ve aile içindeki gereksinimlere göre değişebilen hizmet sunum şekli olan ev ziyaretlerinde içerik yaşa, ailenin risk durumuna, ev ziyaretlerinin yapılma sıklığına göre değişebilmektedir<sup>28</sup>. En iyi bilinen ev ziyareti programı 1980'lerin başında New York eyaletinin Elmira şehrinde uygulanan Hemşire-Aile İşbirliği (Nurse-Family Partnership)'dır. Hemşire-Aile İşbirliği, Amerika'da geliştirilmiş en iyi ev ziyareti

programıdır. Ev ziyaretleri bu konuda özel eğitim almış halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılmış ve düşük gelirli, ilk kez anne olan, prenatal dönem öncesinde başlayan ve çocuğun iki yaşına kadar devam eden bir sürede ziyaretler düzenlenmiştir. İlk başta Elmira şehrinde beyaz adölesanlar için başlayan bu ev ziyaretleri daha sonra ülke çapına yaygınlaşmıştır. Yirmi altı eyalette Afrikan-Amerikan ve düşük gelirli ailelere de ev ziyaretleri düzenlenmiştir<sup>28</sup>. Günümüzde ise Hemşire-Aile İşbirliği programı, ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, İskoçya, Kuzey İrlanda, Hollanda ve Norveç dahil olmak üzere uluslararası düzeyde uygulanmakta veya değerlendirilmektedir<sup>29</sup>. Bu programın değerlendirilmesi ile çocuğa kötü davranmanın büyük ölçüde azaldığı, çocuklarda şiddet ve suçun üzerinde uzun süreli etkilerinin olduğu, gençlik şiddetini önemli derecede azalttığı ve anne-çocuk sağlığını geliştirmek için önemi ortaya konmuştur<sup>23</sup>.

1975 yılında başlayan Ohau Adası'nda uygulanan Hawaii Sağlık Başlangıç Programı, çocuk ihmal ve istismarını önleme, çocuk sağlığını geliştirmeye odaklanmış ev ziyareti programıdır. Ev ziyaretleri eğitilmiş paraprofesyoneller (sağlık alanında lisans düzeyi olmayan personel) tarafından verilmiştir. Paraprofesyonellere, ebeveynlik becerileri, çocuk gelişimi, çocuk ihmal ve istismarını tanıma, problem çözme ve aile içi şiddet konusunda eğitim verilmiştir<sup>28</sup>. Amerika'da birçok modele örnek olmuştur. Aile içi şiddeti değerlendiren ev ziyaretlerinden bir tanesidir. Yılda en az 12 ev ziyareti yapılmıştır. İki yılın sonunda partner şiddeti yaralanmalarında önemli bir düşüş olduğu kaydedilmiştir<sup>30</sup>.

Benzer sonuçlar, ev ziyaretlerinin aile içi şiddete etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda da gösterilmiştir. Sharp ve arkadaşları<sup>31</sup> tarafından randomize kontrollü olarak yapılan çalışmada ev ziyareti programının aile içi şiddetin azaltılmasında etkili bir müdahale olduğu ortaya konmuştur. Bir diğer randomize kontrollü çalışmada da ev ziyareti programlarının aile içi şiddeti azaltarak ebeveynlerin iyiliğini ve ebeveynliğini etkilediğini göstermiştir<sup>32</sup>.

Literatürde, halk sağlığı hemşirelerinin anne ve bebek sağlığı, ebeveynlik ile ilgili ileri düzeyde eğitiminin olması nedeniyle ev ziyareti için en uygun sağlık personeli olduğu ileri sürülmüştür<sup>33</sup>. Aile içi şiddeti önlemeye yönelik hemşire-aile işbirliği ile hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin, çalışma sonuçlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir<sup>28</sup>. DSÖ tarafından yayınlanan şiddeti önlemeye yönelik kanıtların sunulduğu çalışmada, hemşirelerin ev ziyaretleri aile ve çocukların beraber değerlendirdiği iyi uygulamalara vurgu yapılmıştır<sup>19</sup>. Hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri genel olarak değerlendirildiğinde aile içi şiddetin azaldığı, çocuklar arası doğum aralıklarının uzadığı<sup>34</sup>, olumsuz gebelik sonuçlarının azaldığı, ebeveyn becerilerinin ve bebek gelişiminin geliştirildiği<sup>35-37</sup> ortaya konmuştur. Ayrıca hemşirelerin düzenlediği ev ziyaretinin, çocuğa karşı kötü muameleyi azaltan kanıtlanmış bir girişim olduğu belirtilmiştir<sup>34</sup>.

Ev ziyaretlerinin aile içi şiddet konusunda (çocuk, aile bireyleri) dünya genelinde politika yapıcılarının, çocuk ve kadın hakları savunucularının şiddeti önlemede ev ziyaretlerinin geliştirilmesini destekledikleri belirtilmektedir<sup>12</sup>. Yapılan araştırmalarda da sosyal problemlerin ve şiddet konusunun eskiye oranla daha fazla gündem oluşturması, görünür hale gelmesi ve standart önleme yaklaşımlarına ilişkin olarak geçmişte elde edilen başarıların sınırlı olması nedeniyle ev ziyaretlerinin aile içi şiddeti önlemedeki rolüne dikkat çekilmektedir<sup>38</sup>. Aynı zamanda şiddeti önlemeye yönelik

olarak yapılan maliyet inceleme çalışmaları da ev ziyaretlerinin bu yöntemler arasında en maliyet etkin yol olduğunu göstermektedir<sup>19</sup>.

## Aile İçi Şiddetin Önlenmesinde Koruma Düzeyleri

### Birincil Koruma

Birincil koruma uygulamaları, tüm okul çocuklarına şiddet risk eğitimi, tüm yeni çiftler için ebeveyn eğitimi, kitle iletişim araçların şiddetin azaltılması gibi uygulamaları içermektedir<sup>39</sup>.

Birincil koruma düzeyinde, hemşirelerin öncelikli olarak tüm yeni ailelere ev ziyareti yapmaları tavsiye edilmektedir. Bu ziyaretlerde esas amaç öncelikle, aile bireylerine şiddet olmayan destekleyici bir aile çevresi oluşturmada farkındalık kazandırmaktır<sup>30</sup>. Wolfe ve Jaffe<sup>27</sup>, hemşirelerin birincil önleme kapsamında direkt amaçlarının aile içi şiddeti önleme olmamasına rağmen yapılan ev ziyaretlerinde çocuklar ve aileler için sağlıklı bir çevre oluşturma amacının şiddet için risk faktörlerinin oluşmasında engelleyeceğine değinmişlerdir. Birincil koruma düzeyinde amaç sağlıklı ilişkiler, sağlıklı tutumlar ve sağlıklı aileler yaratmak ve desteklemektir. Şiddet temellerinin çocukluk ve gençlik yıllarında atıldığı, şiddet davranışlarının bu dönemlerde öğrenildiği göz önüne alınırsa yapılacak ev ziyaretlerinde öncelikli amacı sağlıklı çocuk gelişiminin desteklenmesi girişimleri, öncelikli hedef grubu da anne ve çocuklar oluşturmalıdır. Hemşire – aile işbirliğinde gerçekleştirilen ve özellikle Amerika’da oldukça iyi sonuçlar alınan uygulamada, ev ziyaretlerinin hamilelik dönemini ve bu dönemi takiben çocuk iki yaşına gelene kadar devam etmesi gerektiği belirtilmektedir. Ev ziyaretlerinin başarıya ulaşabilmesi için ise en az ayda bir kez ev ziyaretlerin yapılması gerekmektedir<sup>26</sup>. Ev ziyareti programları, eşler arasında karşılıklı saygıyı sağlamak, sağlıklı ve besleyici yetişkin ilişkisini inşa etmek için stratejiler geliştirebilir ve böylece çocuk için de güvenli bir çevreye katkı sağlanmış olur<sup>40</sup>. Hemşireler birincil koruma kapsamında, gebe olan kadınlara sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmaya, ailelere çocuk bakımının öğretilmesine, erken çocukluk döneminde gelişiminin desteklenmesine, annelerin (özellikle adolesan annelerin) güçlendirilmesine, ailelerin eğitimine, olumlu aile özelliklerinin geliştirilmesine odaklanarak aile içi şiddet oluşmadan şiddetin önlenmesini sağlamış olacaktır<sup>19</sup>.

### İkincil Koruma

İkincil koruma düzeyinde ise hemşire aile içi şiddet açısından yüksek riskli ailelere gerçekleştirdiği ev ziyaretlerinde şiddete uğramış ya da uğraması muhtemel kişilere destek sağlar ve sosyal servislerden yararlanması konusunda bilgilendirir. Bu şekilde erken dönemde bireylerin belirlenmesi sağlanmış olur<sup>30</sup>. Ev ziyareti yapan hemşirelerin ev ortamını gözlemlene gibi önemli bir avantajı vardır ve bu ortamda aile içi şiddet ipuçları olabilir. Bu ipuçları, zarar görmüş mobilyalar, duvarlar, kapılar, evde alkol ve ilaç bulunması, aile üyeleri arasında gerginlik, katı/sert aile rolleri, anne ve çocuğun yüksek kaygı düzeyi ya da çocuğa karşı şiddet eğilimini kapsamaktadır<sup>41</sup>. Bu belirtilerden birinin varlığında hemşire bunu kaydeder ve sonraki ziyaretin bu çerçevede tekrar değerlendirmesini yapar. İkincil korumada şiddet tespit edildikten sonra oluşabilecek

şiddet girişimlerini de önleme çabalarını içerir<sup>42</sup>. Adölesan anneler arasında katı/sert ebeveynlik davranışlarının azalmasında ev ziyaretlerinin olumlu etkisinin olduğu ortaya konmuştur<sup>28</sup>. Ev ziyaretleri daha çok anne-bebek izlemleri üstüne kurulmuş olsa da, çocuk ihmal ve istismarını azaltma, şiddete maruz kalmış ya da şiddete uğrama riski olan kadınların belirlenmesinde etkili olmuştur<sup>40</sup>. Fakat burada hemşirenin konuya ilişkin bilgisi ve yeterliliği önem kazanmaktadır<sup>43</sup>. Ev ziyaretleri düzenleyen hemşirenin, aile içi şiddetin çocuğa ve anneye olan etkilerini bilmeli, evde şiddet belirtilerini tanımalı ve belirlemeli, diğer toplum temelli aile içi şiddet kaynaklarını kullanarak güvenli müdahaleleri uygulamalıdır<sup>40</sup>.

## Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma düzeyi şiddete uğramış aile bireyinin tedavisi ve desteklenmesini içerir. Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretlerini şiddete uğramış bireylere destek olmak ve bağımsızlıklarını güçlendirmek için gerçekleştirir<sup>44</sup>. Burada şiddetin zararlı sonuçları azaltılarak, uzun vadede travmayı azaltmak için bireyin rehabilitasyonu ve yeniden topluma kazandırılması odak noktası olmaktadır<sup>43</sup>. Bu sayede ruhsal ve sosyal yönden destekleme ve şiddetin birey üzerinde yarattığı olumsuz etkileri en aza indirilmesi sağlanmış olur. Halk sağlığı hemşirelerinin, bireylerin evlerinde olma ihtimali diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Eğer ailelerin hemşirelik bakımı şiddete karşı değerlendirme ve girişimleri içermiyorsa, büyük ihtimalle birisi ağır yaralı olana veya ölene kadar aile içi şiddetin tespit edilemeyeceği bildirilmektedir<sup>41</sup>.

## Türkiye’de Aile İçi Şiddetin Önlenmesine Yönelik Yasal Düzenlemeler ve Hizmetler

Dünya genelinde amaç şiddetin ortaya çıkmadan önce önlenmesi ve buna yönelik uygulamalar yapılması yönündedir. Ancak Türkiye’de aile içi şiddetin önlenmesine yönelik uygulamalar şiddet ortaya çıktıktan sonra yapılan uygulamaları kapsamaktadır. Türkiye’nin aile içi şiddeti önlemeye yönelik imzaladığı sözleşmeler şiddet varlığının tespitinden sonra yapılacakları (İstanbul Sözleşmesi, 2011), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının yapmış olduğu projeler (Aile içi Şiddetle Mücadele Projesi) ise şiddet mağdurlarına destek hizmetlerinin geliştirilmesi uygulamalarını içermektedir. Türkiye’de aile içi şiddete yönelik 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun 2012 yılında yürürlüğe girmiştir<sup>45</sup>. Bu kanun içerisinde şiddeti önlemeye ve izlemeye yönelik olarak kurulan “Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri”nin girişimleri şiddet varlığının tespiti ve sonrasında koruma hizmetlerini kapsamaktadır. Önlemeye yönelik bir girişime yer verilmemiştir. Bu kanuna dayanılarak oluşturulan “Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelikte” yapılan görev tanımında ise hemşireden sadece şiddet ortaya çıktıktan sonra şiddet mağdurlarının acil ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik diğer sağlık personeli ya da sağlık kuruluşu ile iletişim kurması, bulaşıcı hastalık varsa bildirilmesi ve şiddet mağdurlarına refakat etmek gibi sınırlı görevler beklenmektedir<sup>46</sup>. Literatürde aile içi şiddeti önlemeye yönelik yapılan etkinliği kanıtlanmış programlarda hemşirelerin aktif rollerinin olduğu ortaya konmuştur<sup>19</sup>. Hemşirelerin bu aktif rollerini gerçekleştirebilmeleri için aileyi ve aile bireylerini düzenli olarak değerlendirmeleri

gerekmektedir. Etkin bir değerlendirme ve izlemin yapılabilmesini sağlayan en uygun yöntem ev ziyaretleridir<sup>12,38</sup>.

Ülkemizde halk sağlığı hemşireliği eğitimi hemşirelik lisans programlarında yer almakta ve bu program içinde aile içi şiddet önemli konu başlıklarından birini oluşturmaktadır. Eğitim programı içinde halk sağlığı hemşireliği uygulamalarında yeterli beceri düzeyi geliştirilmektedir. Bu nedenle hemşireler şiddetin önlenmesi, tanımlanması ve rehabilitasyonunda yeterli bilgi ve becerilere sahiptirler. Lisans mezunu olmayan ya da aile içi şiddeti önlemeye yönelik yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayan hemşireler için hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. Bu eğitimler ile ASM ve TSM'lerde çalışan hemşireler aile içi şiddeti tanıma, izleme, önleme ve müdahale etme bilgi ve becerisiyle birey ve topluma hizmet verebileceklerdir.

## Aile İçi Şiddetin Önlenmesinde Halk Sağlığı Hemşireleri İçin Ev Ziyaretlerine Dayalı Bir Model Önerisi

Ülkemizde aile içi şiddeti önlemeye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında herhangi bir uygulama mevcut değildir. Bu nedenle aile içi şiddeti önlemeye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında ele alınmasına ve aile içi şiddeti önlemeye yönelik uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada aile içi şiddeti önlemeye yönelik ASM ve TSM'lerde halk sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretlerine dayalı bir model önerisi geliştirilmiştir. Yazarlar tarafından oluşturulan "Aile sağlığı merkezlerinde halk sağlığı hemşiresinin aile içi şiddeti belirlemek için ev ziyaretlerinde izleyeceği yol" Şekil 1.'de gösterilmektedir.

Halk Sağlığı Hemşireliği üç koruma düzeyinde "Ev Ziyareti" yoluyla ailelerin izlemine dayalı sunulması önerilen hizmetler aşağıda sunulmaktadır.

Birincil korumada amaç şiddet oluşmadan önce risklerin belirlenmesi ve şiddetin önlenmesine odaklı yürütülmelidir. Bu kapsamda öncelikli olarak halk sağlığı hemşiresi,

- ASM ve TSM'ye başvuran her kadınla ancak özel risk gruplarında olanlara duyarlılık göstererek (düşük ya da ölü doğum yapmış, yaşlı, şiddet belirtisi olan/olmayan, doğum öncesi ve sonrası bakım alan) aile içi şiddeti belirlemeye yönelik sorularla görüşme yapmalıdır. Bu sorular direkt ya da dolaylı olarak aile içi şiddeti sorgulayan sorular olabilecek olup hemşire kime ne ve nasıl sorular yöneltebileceği konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır.
- Bu sorularla gerçekleştirdiği görüşme ve gözlem sonuçları doğrultusunda öncelikli aileleri saptayarakbu aileleri ev ziyareti yoluyla izlem planlanmalıdır.
- Ev ziyareti sırasında, güvenli ve destekleyici bir ortam sağlamalı ve direkt ya da dolaylı aile içi şiddeti sorgulayan sorularla verilerini toplamalıdır. Aile içi iletişim biçimleri, aileyi ilgilendiren konularda eşlerin nasıl karar alığı,kadının karar mekanizmalarında rolü, eşler arası iletişim, çocuklar ile ebeveynler arası iletişim biçimi yanında aile içinde günlük yaşam biçimi gibi ve benzeri konular ele alınmalı ve ev ortamında dikkatli gözlemci olmalıdır.
- Aile içinde bireylerin öfkelenme durumu, problemleri çözme yetenekleri yanında sinirlendiklerinde ne yaptıkları incelemelidir.
- Bu görüşme ve gözlem sonuçları doğrultusunda hemşirelik tanıları ele alınarak bireylere ve aileye yönelik hemşirelik bakım planı uygulamalı ve hemşirelik

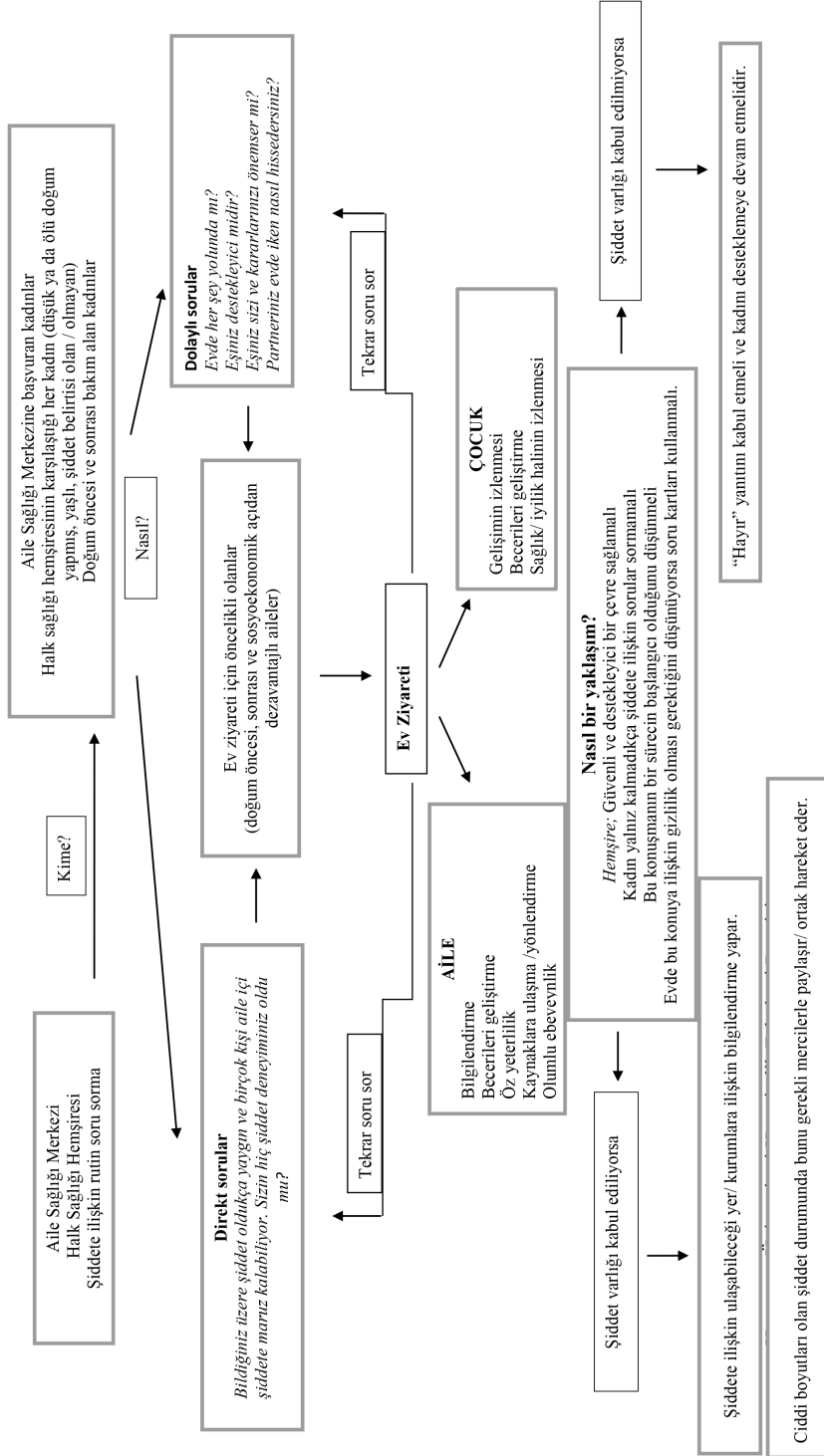


girişimleri ile ele almalıdır.

- Ev ziyaretlerinde hemşire aileye yönelik bilgilendirme, sağlık eğitimi ile bilgi ve becerileri geliştirme, öz yeterlilik, kaynaklara ulaşma/yönlendirme, olumlu ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi ve çocuğa yönelik gelişimin izlenmesi, sağlık/ iyilik halinin izlenmesi, gelişimsel dönemleri hakkında ailenin bilgilendirilmesi konularında aileye danışmanlık yapmalıdır.
- Ev ziyaretleri ile izlemde ailenin gereksinimleri doğrultusunda ev ziyareti sıklığı aile ile birlikte değerlendirilerek izlemler belirli sıklıkta sürdürülmelidir.

İkincil korumada amaç şiddetin erken dönemde tespit edilmesi ve tekrar şiddete maruz kalmanın önlenmesidir. Bu kapsamda öncelikli olarak halk sağlığı hemşiresi,

- Ev ziyaretlerinde aile bireylerini ve ev ortamını şiddeti gösteren ipuçlarına yönelik olarak görüşme ve gözlem yapmalıdır.
- Bireye yönelik ipuçları: kesik, yanık, kırık/incinmeler, çok taraflı yaralanmalar, yaşanan stresin fiziksel semptomlarla (kronik baş ağrısı, göğüs ağrısı, gastrointestinal şikayetler, kendine zarar verme eğilimi/isteği) ortaya çıkması, jinekolojik ve obstetrik problemler (tekrarlayan düşükler, erken doğum eylemi, düşük doğum ağırlıklı bebek, istenmeyen gebelikler, pelvik ağrısı, üriner sistem enfeksiyonları vb.), psikolojik problemlerdir (depresyon, panik atak, intihar girişimi, madde kullanımı vb.).
- Ev ortamına yönelik ipuçları ise zarar görmüş mobilyalar, duvarlar, kapılar olabilir.
- Dikkat edilecek bir diğer husus ise şiddet görmüş olan bireyin diğer aile bireylerinin yanında konuşmak istemeyecek olmalarından dolayı hemşire farklı yöntemlerle (soru kartları vb.) bilgi almaya çalışmalıdır.
- Yapılan ev ziyaretlerinde aile içi şiddete yönelik sorularda kadın şiddetin varlığını kabul ediyorsa şiddete ilişkin yardım alabileceği kişiler, ulaşabileceği yer/ kurumlara hakkında danışmanlık yapmalıdır.
- Eğer kadın şiddet varlığını kabul etmiyorsa, “Hayır” yanıtını kabul etmeli ve kadını desteklemeye devam etmelidir.
- Üçüncül korumada amaç şiddete uğramış kişilerin fiziksel ve ruhsal iyileşme süreçlerinin desteklenmesi, tekrar şiddete maruziyetin önlenmesi ve bireyin rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Bu kapsamda öncelikli olarak halk sağlığı hemşiresi.
- Ciddi boyutları olan şiddet durumunda bunu gerekli mercilerle paylaşmalı ve ortak hareket etmelidir.
- Şiddete varlığı kesinleşmiş ve tekrarlayan durumlarda bireylerin güçlendirilmesine yönelik girişimler planlamalıdır.
- Bireyin öz-yeterliliğinin güçlendirilmesi, ekonomik açıdan bağımlı ise ekonomik bağımsızlığını kazanması konusunda desteklemelidir.
- Şiddet görmüş bireyin şiddet gördüğü ortamdan uzaklaştırmak için gerekli kurumlara (bakanlıklar, yerel yönetimler vb.) işbirliği içinde olmalıdır.



Şekil 1. Aile Sağlığı Merkezlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Aile İçerisindeki Belirtilen Yönelik Ev Ziyaretlerinde İzleneceği Yol

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Aile içi şiddet, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, birinci basamak sağlık hizmeti verenler tarafından ele alınması gereken önemli bir sorundur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan halk sağlığı hemşirelerinin düzenleyeceği ev ziyaretleri ile aile içi şiddet ortaya çıkmadan ya da erken dönemde müdahale edilerek toplumda aile içi şiddetten koruma sağlanmış olacaktır. Türkiye’de ASM ve TSM’lerde halk sağlığı hemşiresinin ev ziyaretleri ile aile izlemine dayalı olarak oluşturulan bu modelin, ülkemizde giderek yaygınlaşan aile içi şiddetin önlenmesinde yararlı olacağı düşünülmekte ve uygulamaya geçirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, bu model doğrultusunda yürütülecek hizmetin etkin kılınabilmesi için bu alanda çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimle desteklenmeleri ve hizmet içi eğitimler uygulanması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.1-2.2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85241/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85241/1/WHO_RHR_HRP_13.06_eng.pdf?ua=1).
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara. Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2014. s.10-449.
3. Garcia-Moreno C., Jansen HAFM., Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. The Lancet 2006;368(9543):1260-1269.
4. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The Lancet 2002; 360(9339): 1083-1088.
5. Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. Trauma Violence Abuse 2001;8(2):226-39.
6. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J Public Health 2001;25(5):433-437.
7. Ellsberg M, Heise L. Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH 2005;1-244.
8. Qasem HD, Hamadah FA, Qasem KD, Kamel MI, El-Shazly MK. Knowledge and attitude of primary health care staff screening and not screening for domestic violence against women. Alexandria Journal of Medicine 2013;49(2): 181-187.
9. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review BMJ. 2002; 325:1-13.
10. Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence cross sectional study in primary care. BMJ 2002;324(2):1-6.
11. Bekemeier B. Public health nurses and the prevention of and intervention in family violence. Public Health Nurs 1995;12(4):222-227.
12. Shepard MF, Elliot BA, Falk DR, Regal RR. Public health nurses’ responses to domestic violence: a report from the enhanced domestic abuse intervention project. Public Health Nurs 1999;16(5):359-366.
13. Henderson A. Factors influencing nurses’ responses to abused women. Journal of Interpersonal Violence 2001;16(10):1284-1306.

14. Sampsellem CM. The role of nursing in preventing violence against women. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing* 1991;20(6):481-487.
15. ICN. Nurses, always there for you: United against violence. International Council of Nurses, 2001. Geneva (Switzerland):2001.1-41.
16. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract* 2012;62(602):647-655.
17. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V. et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003;327(7416):673-676.
18. Erikson M, Näsman E. Interviews with children exposed to violence. *Children & Society* 2012;26(1):63-73.
19. WHO. Violence prevention: the evidence. Series of briefings on violence prevention. 2010;1-111.
20. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. 2005. Geneva, World Health Organization [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/4th\\_milestones\\_meeting/evidence\\_briefings\\_all.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf).
21. Nybergh L, Taft C, Enander V, Krantz G. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population based survey. *BMC Public Health* 2013;13:845.
22. Baird K. Primary care professionals and abused women have differing awareness of domestic abuse: a new framework may help facilitate discussions. *Evid Based Nurs* 2015;18(3):88.
23. Raden AS. Youth violence prevention: How does the healthcare sector respond? National Health Policy Forum 2001;1-18. [https://www.nhpf.org/library/background-papers/BP\\_YouthViolence\\_6-01.pdf](https://www.nhpf.org/library/background-papers/BP_YouthViolence_6-01.pdf).
24. Mejdoubi J, Van Den Heijkant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasings RA, Crijnen AA. Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing 2013;8(10):71-92.
25. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(5):419-424.
26. Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR, Cole R. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(1):9-15.
27. Wolfe DA, Jaffe PG. Emerging strategies in the prevention of domestic violence. *The Future Of Children Domestic Violence And Children* 1999;9(3):133-144.
28. Howard KS, Brooks-Gunn J. The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *The Future of Children*. 2009;19(2):119-146.
29. Jack SM., Ford-Gilboe M, Davidov D, & MacMillan HL. Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing* 2017;26, 2215-2228. doi/10.1111/jocn.13392
30. Evanson TA. Addressing domestic violence through maternal child health Home visiting: what we do and do not know. *J Community Health Nurs* 2006;23(2):95-111.
31. Sharps P W, Bullock, L F, Campbell J C, Domestic violence enhanced perinatal home visits: The DOVE randomized clinical trial. *Journal of Women's Health* 2016;25(11), 1129-1138.
32. Easterbrooks .A, Fauth, R. C., Lamoreau, R. Effects of a Home Visiting Program on Parenting: Mediating Role of Intimate Partner Violence. *Journal of interpersonal violence* 2017; 0886260517736879 (Ahead of print)

33. Tandon SD, Parillo KM, Jenkins C, Duggan K. Formative evaluation of home visitors' role in addressing poor mental health, domestic violence, and substance abuse among low-income pregnant and parenting women. *Maternal and Child Health Journal*, 2005;9(3): 273-283.
34. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, et al. Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses: Age 4 Follow-Up Results of a Randomized Trial. *Pediatrics* 2004;114(6):1560-68.
35. Gomby DS. Promise and limitations of home visitation. *Journal of the American Medical Association* 2000;284(11):1430-1431.
36. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: Early childhood home visitation. Findings from the task force on community preventive services. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports/Centers for Disease Control*, 2003;52(RR-14):1-9.
37. Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2008;37(4):480-491.
38. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson JR, et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000;284(11):1385-91.
39. Macdonald G. Violence and health: the ultimate public health challenge. *Health Promotion International* 2001;17(4):293-295.
40. Family Violence Prevention Fund. Realizing the Promise of Home Visitation: Addressing Domestic Violence and Child Maltreatment. A Guide for Policy Makers. 2010;1-28. [https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Children\\_and\\_families/Realizing%20the%20Promise%20of%20Home%20Visitation%202-10.pdf](https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Children_and_families/Realizing%20the%20Promise%20of%20Home%20Visitation%202-10.pdf).
41. Landenburger K, Campbell DW, Rodriguez R. Nursing care of families using violence. In J. Humphreys & J. Campbell (Eds.), *Family violence and nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004; 220-251.
42. Alberta Government. Family violence hurts everyone: A framework to end family violence in Alberta. <http://www.humanservices.alberta.ca/documents/family-violence-hurts-everyone.pdf>. pp3-36.
43. Twycross A. Disclosure of domestic violence and abuse: how prepared are you? *Evid Based Nurs* 2014;17(3):63-64.
44. Buckl L, Simpson B, Berger S, Metcalfe R. Prevention and Early Intervention for Domestic Violence. Prepared for the Reference Group and FCSS Calgary. 2014;1-98.
45. Resmi Gazete. 6284 Sayılı Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. 2013; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-2.htm>. Resmi Gazete. Şiddet Önleme Ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik. 2016; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-8.htm>.