



Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Physicians Knowledge and Attitudes Regarding Violence Against Women

Rukiye Ay¹, Şenay Kılınçel²

¹ Bursa Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Bursa, Turkey

² Sakarya Child and Adolescent Psychiatry Institute, Sakarya, Turkey

Öz

Giriş: Bu çalışmada aile hekimlerinin de dahil olduğu farklı branşlarda çalışan hekimlerin ; şiddete maruz kalmış kadınları tanıyabilmesi, tedavi ve korunmaları yönünde destek olabilmeleri için gerekli bilgi ve tutumlarını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 250 gönüllü hekim çalışma kapsamına alındı. Tüm katılımcılara 'Sosyodemografik ve klinik özellikler değerlendirme formu' ve 'Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek (alt ölçekleri duygusal belirtiler alt boyut / fiziksel belirtiler alt boyut) uygulandı

Bulgular: İş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma oranı aile hekimlerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Aile hekimi ve acil tıp hekimlerinde fiziksel belirtiler alt boyut, duygusal belirtiler alt boyut ve toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptandı. Mezuniyet öncesi alınan eğitimler ölçek puanlarını etkilemezken; mezuniyet sonrasında alınan eğitimlerle ölçek puanlarında anlamlı düşme olduğu saptandı

Sonuç: Bu çalışma bize hekimler için sık aralıklarla, pratiğe yönelik, kolay ulaşılabilir standart eğitimlerin düzenlenmesi ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ve sonraki süreci yönetme konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığın artırılmasının sağlanabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kadına yönelik şiddet, aile hekimi, bilgi

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to determine the knowledge and attitudes of physicians working in different branches, including family physicians, in order to recognize women who are exposed to violence and to support them in their treatment and protection.

Material and Method: 250 volunteer physicians were included in the study. All participants were subjected to the 'Sociodemographic and clinical characteristics assessment form' and 'The scale for recognizing the signs of violence against woman by nurses and midwives (emotional symptoms sub-dimension / physical symptoms sub-dimension)

Results: The incidence of violence / suspicion against women in business life was found to be statistically significantly higher in family physicians. Physical symptoms subscale, emotional symptoms subscale, and total scores were statistically significantly lower in family physicians and emergency medicine. While the trainings taken before graduation do not affect the scale scores; There was a significant decrease in the scale scores with the trainings taken after graduation.

Conclusion: This study made us think that by organizing practical, easily accessible standard trainings for physicians at frequent intervals, awareness and awareness of the symptoms of violence against women and managing the next process can be increased.

Keywords: Violence against women, family physician, knowledge



GİRİŞ

Şiddet eski zamanlardan bu yana süregelen toplumsal bir sorundur. 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından “fiziksel güç ya da kuvvetin, amaçlı bir şekilde kendine, başkasına, bir topluluğa karşı fiziksel veya psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına ya da yoksunluğa neden olacak şekilde tehdit edici biçimde kullanılması olarak tanımlanmıştır.^[1] Kadına yönelik şiddet, günlük pratikte sık karşılaşılan bir durumdur. Ülkemizde yakın zamanda yayınlanan ‘Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi’nde; her alanda gerçekleşen, kadınların fiziksel ve psikolojik zarar görmesiyle sonuçlanan ya da sonuçlanması muhtemel olan, her türlü cinsiyet temelli şiddet eylemi, bu eylemin yapılacağına dair tehdit, zorlama ve keyfi olarak özgürlüğün kısıtlanması olarak tariflenmiştir.^[2] Şiddet ile ilgili hem ulusal hem de uluslararası yapılan epidemiyolojik çalışmalarda; şiddetin sıklığı yaygın olarak saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünya çapında kadınların %35’inin şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.^[3] Toplam 15072 kadın üzerinde yapılmış çalışma sonucunda; ülke genelinde, kadınların yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalma oranı %35,5, cinsel şiddet oranı %12, hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalma oranı %37,5, duygusal/sözel şiddet oranının ise %44 olduğu tespit edilmiştir.^[4]

Kadına yönelik şiddet maruziyeti sonucunda sağlık sorunları da ortaya çıkmaktadır. Yakın zamanlı yapılan bir derlemede kadına yönelik şiddet; ölüm, yaralanma, psikiyatrik bozukluklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kronik hastalıklar gibi ciddi olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili saptanmıştır.^[5] 10.815 kadından oluşan bir tarama çalışması sonucunda, şiddete maruz kalan kadınlarda sağlık hizmeti kullanımının (birinci basamak, uzmanlık hizmetleri, acil servisler ve hastane başvuruları) anlamlı oranda yüksek bulunduğu belirtilmiştir.^[6]

Aile hekimliği uygulaması ile birlikte hekimlerin ailenin tüm bireylerini tanıma ve ulaşma imkanının olduğu bilinmektedir. Şiddeti tanıma ve yönetme konusunda da önemli bir role sahip oldukları düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı; aile hekimlerinin de dahil olduğu farklı branşlarda çalışan hekimlerin; şiddete maruz kalmış kadınları tanıyabilmesi, tedavi ve korumaları yönünde destek olabilmeleri için gerekli bilgi ve tutumlarını saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya 2020 mart ayı içinde online anket oluşturularak e-mail yoluyla ulaşılan 250 gönüllü hekim dahil edildi. Araştırma projesi Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 05-03-2020 tarih ve E.3028 sayı no ile onaylandı ve katılımcılardan yazılı onamları alındı.

Değerlendirme Araçları

1.Sosyodemografik ve klinik özellikler değerlendirme formu

Sosyodemografik Veri Formu:

Bu çalışmada kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, hekimlerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendiren 23 sorudan oluşan formudur

2. Hemşire,ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek (HEKYSBT)

Bu ölçek, Baysan ve Karadağlı tarafından geliştirilmiş ve bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Ölçek “doğru” ve “yanlış” şeklinde yanıtlanan 31 maddeden oluşmaktadır. “Fiziksel Belirtiler” ve “Duygusal Belirtiler” olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçekteki maddeler “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten elde edilecek toplam puan 0-31, fiziksel belirtiler alt boyutu için 0-18 ve duygusal belirtiler alt boyut için 0-13 puanlar arasındadır. Puan yükseldikçe kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyi artmaktadır. Toplam ve alt ölçek puanlarını oluşturan maddelerin %80’i ve daha fazlasını doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Yeterli”, %50–79’ unu doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Kısmen Yeterli”, %50 ve daha azını doğru bilen HEKYSBT konusundaki bilgileri “Yetersiz” olarak değerlendirilmiştir.^[7]

Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı 15.0 versiyonu ve GraphPad InStat demo versiyonu kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde gibi) yanı sıra kategorik değişkenler için grup karşılaştırmalarında Ki-kare test, sürekli değişkenler için iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test ile ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve sonrasında ikili karşılaştırmalar için Dunn test uygulandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya %15,6’sı (n:39) erkek ve %84,4’ü (n:211) kadın olmak üzere toplam 250 hekim dahil edildi. Hekimlerin yaşları 25 ile 59 yaş arasında değişmekte olup ortalaması $37,83 \pm 7,82$ yaş idi ve %71,2’si (n:178) evliydi. Hekimler branş olarak en sık (%28,4) aile hekimi idi ve çoğunluğu (%69,2) büyükşehirde çalışmaktaydı, Kadına yönelik şiddet konusunda, mezuniyet öncesi eğitim alanların oranı sadece %5,6 ve mezuniyet sonrası eğitim alanların oranı %8,4 olarak saptandı (**Tablo 1**).

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

	n	%
Yaş		
25-30 yaş	44	17,6
31-40 yaş	131	52,4
41-50 yaş	54	21,6
50+ yaş	21	8,4
Cinsiyet		
erkek	39	15,6
kadın	211	84,4
Medeni durum		
bekar	72	28,8
evli	178	71,2
Branş		
Acil tıp	10	4,0
Aile hekimliği	71	28,4
Diğer	169	67,6
Çalıştığı yer		
Büyükşehir	173	69,2
Şehir	46	18,4
İlçe	29	11,6
Köy	2	0,8
Çalıştığı coğrafi bölge		
Marmara Bölgesi	84	33,6
İç Anadolu Bölgesi	60	24,0
Ege Bölgesi	37	14,8
Akdeniz Bölgesi	24	9,6
Karadeniz Bölgesi	17	6,8
Doğu Anadolu Bölgesi	17	6,8
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	11	4,4
Meslekteki çalışma süresi		
5 yıl ve daha az	45	18,0
6-10 yıl	71	28,4
11-15 yıl	58	23,2
16-20 yıl	33	13,2
21 yıl ve daha fazla	43	17,2
Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma		
evet	14	5,6
hayır	236	94,4
Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim alma		
evet	21	8,4
hayır	229	91,6

İş yaşamı süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşanların oranı %76 (n:190) idi. Bu oran aile hekimlerinde %87,3 iken, diğer branşlardaki hekimlerde %71,5 olup; aile hekimlerinde, diğer branşlardaki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (p:0,008). İş yaşamı süresince kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşma oranı aile hekimleri ile acil tıp hekimlerinde %88,9 iken diğer branşlardaki hekimlerde %69,8 olup, aile hekimleri ile acil tıp hekimlerinde diğer branşlardaki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (p:0,001).

Şiddetle karşılaşan hekimler en sık (%34,7); yılda birkaç kez kadına yönelik şiddet olarak tanımladıkları vakalar ile karşılaştıklarını bildirdiler. Şiddet olgularını fark ettiklerinde, uyguladıkları seçenek olarak en sık (%70,5); mağdura yardım alabileceği güveni vermek olduğunu ifade ettiler. İş yaşamı süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştıysa, zorlandığı ya da yetersiz kaldığı aşamalar olarak en sık (%73,2) ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç olduğunu belirttiler. Bu süreçte değerlendirme zorluğu yaşadıysa bunun olası sebebi olarak en sık (%59,5) kurumlarda uygun güven ortamının sağlanamaması olduğunu bildirdiler. Şiddetle karşılaşmış hastalara gerekli müdahaleden sonra önerilebilecek rehabilite edici önlemler olarak en sık (%71,1) aile sosyal hizmetleri ile görüşürülerek sorunun çözümü hakkında bilgi almalarının sağlanması olarak belirtildi. Çalıştığı kurumda kadına yönelik şiddet ile ilişkili talimat /prosedür olanların oranı sadece %12,4 idi (**Tablo 2**).

“Kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız” sorusuna ‘Evet’ cevabı verenlerin oranı %56, ‘Hayır’ cevabı verenlerin oranı %7,6, ‘Şiddetin özelliğine göre’ cevabı verenlerin oranı %36,4 olup; bildirim yapmama nedenini belirten 44 hekimin 34’ü (%77,3), mağdurun şimdiki bulunduğu durum şartlarını daha da zorlaştıracağından endişe hissettiğini, bu sebeple bildirim yapmayacağını belirtti. Şiddet mağdurlarını değerlendirmek için genel olarak gerekli olanlar sorulduğunda, cevap olarak en sık (%80,4) mağdurların yönlendirilebileceği bir kurum olmasının gerekliliği (tetkiklerin yapılabileceği, delillerin saklanabileceği...) belirtildi (**Tablo 3**).

Tablo 2. Hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranışları

	n	%
iş yaşamı süresince herhangi kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma		
evet	190	76,0
hayır	60	24,0
kadına yönelik şiddet olarak tanımladıkları vakalar ile karşılaşma sıklığı		
her gün	7	3,7
haftada bir	15	7,9
haftada birkaç kez	14	7,4
ayda bir	24	12,6
ayda birkaç kez	25	13,2
yılda bir	39	20,5
yılda birkaç kez	66	34,7

Tablo 2,Hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum ve davranışları (Devamı)

şiddet olgularını fark ettiklerinde uyguladıkları seçenek		
mağdura yardım alabileceği güvenini vermek	134	70,5
sorular yönlendirerek durumu anlamaya çalışmak	112	58,9
fark ettiğini mağdura hissettirmek	70	36,8
şiddetin değerlendirilmesine yönelik işlemlere başlamak	51	26,8
kendi baş edemeyeceğinden diğer ekip üyelerine yönlendirmek	21	11,1
sinirlerine hakim olamamak, olumlu/olumsuz tepki göstermek	6	3,2
adli rapor tutmak/adli bildirim yapmak	3	1,6
hiç görmemiş gibi yapmak	2	1,1
adli kolluklara gidebileceğini anlatmak	1	0,5
hasta ilk olarak acile başvurduğu için genelde kati rapor veya o anki FM bulgularını değerlendirmek	1	0,5
hastayı destekleyici ve cesaretlendirici tutum ile, onun gerekli işlemleri başlatmasına olanak tanımak	1	0,5
İş yaşamı süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşırsa zorlandığı ya da yetersiz kaldığı aşamalar		
ilgili kurumlara rapor etme / yasal süreç	139	73,2
ruhsal muayene	60	31,6
öykü alma	55	28,9
kayıt	44	23,2
fizik muayene	14	7,4
hastayı ikna etme	1	0,5
hastayı şiddeti bildirme konusunda ikna etme	1	0,5
yardım alması için iknada	1	0,5
mağdurun kaygıları	1	0,5
kadının bildirmeye karşı istemsiz olması	1	0,5
çoğunlukla şikayette bulunmaktan kaçınmaları	1	0,5
psikolojik şiddetin önemsizmemesi	1	0,5
sonraki süreç	1	0,5
olayın doğruluğu	1	0,5
yasaların yetersizliği sebebiyle şiddet uygulayanların serbest kalması sonrası mağdurların tekrar ve tekrar şiddete maruz kalması	1	0,5
kadına şiddet uygulayan kişinin tehditlerinden korunamama, can güvenliğimin sağlanamama ihtimali endişesi	1	0,5
aile olarak kayıtlı oldukları için eşinden şiddet gören kadınların eşlerine durumu anlatmasının kendilerine zorluk çıkarabilmesi	1	0,5
aslında karşılaştığı olgular hasta olarak gelmeyip çevrelerindeki kişiler olması	1	0,5
sorun yaşanmamış	1	0,5
İş yaşamı süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşıp değerlendirme zorluğu yaşadıysa bunun olası sebebi		
kurumlarda uygun güven ortamının sağlanamaması	113	59,5
mağdurların konuşma isteklerinin olmaması	106	55,8
sağlık kurumlarında çözüm önerilerinin kısıtlı olması	94	49,5
şiddeti tanılamak için sağlık kurumlarında etkin faaliyetlerin olmaması	85	44,7
çalıştığı kurumlarda şiddeti değerlendirmelerine yardımcı form olmaması	69	36,3
sağlık personelinin şiddeti tanılama tekniklerini bilememesi	43	22,6
şiddet mağdurları ve şiddet uygulayanların birlikte muayeneye gelmesi	1	0,5
mağdur yakınlarının baskısı	1	0,5
mağdurun şikayete yanaşmaması	1	0,5
şiddet ilgili şikayet isteğinde olmama	1	0,5
mağdurların şiddet gördükleri kişiden korkması ve kendini güvende hissetmemesi	1	0,5
sosyal nedenlerden dolayı şiddet mağdurunun şikayetçi olmak istememesi	1	0,5
mağdurun sosyal desteğinin yetersizliği	1	0,5
mağdurların kalıcı çözüm sağlanamaması nedeniyle cesaretsiz olup girişimlerden kaçınmaları	1	0,5
mağdurların genellikle çaresiz olması, ne yapacaklarını bilememesi ve sonuçlarına katlanamaması ve ekonomik olarak bağımsız olmaması	1	0,5
polis çağrıldığında şiddetin artması	1	0,5
kendi güvenliklerinin sağlanamaması	1	0,5
sorun yaşamamış	1	0,5
Bu durumla (şiddet) karşılaşmış hastalara gerekli müdahaleden sonra önerilebilecek rehabilite edici önlemler		
Aile sosyal hizmetleri ile görüşülerek sorunun çözümü hakkında bilgi almaları sağlanır,	135	71,1
Mağdur olarak nitelendirdiğimiz kişiye yardım alabileceği kurum ve kuruluşların (sığınma evleri, polis, hastane, acil servis, ...)irtibat numaraları broşürleri verilir,	128	67,4
Psikolog/psikiyatrist ile aile bireylerinin görüşülmesi sağlanır,	120	63,2
Sorunun çözülmediği takdirde ailenin nasıl etkileneceği yetkili kişiler tarafından anlatılır,	62	32,6
Olayla karşılaşmış aile, bölgelerindeki sağlık ocağı tarafından periyodik olarak takip edilmelidir,	54	28,4
Kurumda şiddet vakalarına yönelik rehabilite eylemleri yoktur,	53	27,9
Şiddet vakalarına yönelik rehabilitasyon önlemlerini bilmiyor,	48	25,3
Çalıştığı kurumda kadına yönelik şiddete yönelik talimat /prosedür		
var	31	12,4
yok	219	87,6

Tablo 3. Hekimlerin kadına yönelik şiddetli bildirme durumları

Kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapma		
evet	140	56,0
hayır	19	7,6
şiddetin özelliğine göre	91	36,4
Bildirim yapmama nedeni		
mağduru şimdiki bulunduğu durumda daha kötü bir duruma sokacağından korktuğu için	34	77,3
yasal süreçlere ait bilgisi olmadığı için	14	31,8
kime bildireceğini bilmediği için	13	29,5
konuya ait yetersiz kanıt olduğu için	11	25,0
sosyal servislerin konuyla ilgilenemeyeceğini düşündüğü için	8	18,2
konu ile uğraşmak istemediği için	1	2,3
şüpheler doğru çıkarsa kadının ailesinden ayrılacağını düşündüğü için	1	2,3
mağdur şikayetçi olmadığı için	1	2,3
kişi kabul etmediği için	1	2,3
hastalardan resmi kurumlara bildirmesini isteyen vaka ile karşılaşmadığı için	1	2,3
kadınlar istemediği için, sığınma evlerine ait negatif duyular almaları ve başvurmak istememeleri	1	2,3
genelde daha önce zaten defalarca bildirim yapılmış, ancak şiddet daha da artarak devam ettiği ve mağdurlar daha fazla bildirimde bulunulmasını istemediği için	1	2,3
Şiddet mağdurlarını değerlendirmek için genel olarak gerekli olanlar		
Mağdurların yönlendirilebileceği bir kurum olması gereklidir (tetkiklerin yapılabileceği, delillerin saklanabileceği...)	201	80,4
Sağlık personeli bu konuda eğitilmelidir,	183	73,2
Yasal olarak sağlık personelinin yetkileri belirlenmelidir,	181	72,4
Bu durumla karşılaşmış mağdurlara yönelik, ortak düşüncede kurum politikaları oluşturulmalıdır,	178	71,2
Adli vaka olarak tanımladığımız durumlarda muhakkak delil toplama, delil koruma ve olaya müdahale yöntemleri bilinmelidir,	167	66,8
Kurumlarda şiddeti tanılama ile ilgili prosedürler açıkça belirlenmelidir,	166	66,4
Sağlık personeli hedef olmamalıdır,	1	0,4
Sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması gereklidir,	1	0,4
Şiddete maruz bırakan kişiye sağlık personeline de şiddet uygulayabileceğinden güvenlik önlemleri alınmalıdır,	1	0,4

"Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımlarına yönelik ölçek" toplam puan ortalaması 22,45±2,70 (aralık:14-28), fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 9,12±1,43 (aralık:5-13) ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 13,34±2,11 (aralık:6-18) idi. Cinsiyet, medeni durum, meslekteki çalışma süresi, çalıştığı yer, çalıştığı coğrafi bölge, iş yaşamı süresince herhangi kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu ve karşılaşma sıklığı, çalışılan kurumda kadına yönelik şiddet ile ilişkili talimat /prosedür varlığı ile kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumuna göre ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Elli yaş üzeri hekimlerde, 31-40 yaş hekimlere göre; duygusal belirtiler alt boyut puanı istatistiksel

olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu; yaş gruplarına göre fiziksel belirtiler alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Aile hekimi ve acil tıp hekimlerinde, diğer branşlara göre; fiziksel belirtiler alt boyut, duygusal belirtiler alt boyut ve toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu. Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumuna göre ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim alanlarda, almayanlara göre; fiziksel belirtiler alt boyut, duygusal belirtiler alt boyut ve toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı (**Tablo 4**).

Tablo 4. Hekimlerin özelliklerine göre ölçek puanları

	Fiziksel belirtiler		Duygusal belirtiler		Toplam puan	
	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
yaş						
25-30 yaş	9,14±1,34		13,95±1,88		23,09±2,17	
31-40 yaş	9,08±1,48	0,516	13,08±2,10	0,008	22,16±2,83	0,242
41-50 yaş	9,31±1,34		13,06±2,28		22,37±2,74	
50+ yaş	8,76±1,48		14,38±1,77		23,14±2,61	
cinsiyet						
erkek	8,77±1,44	0,086	12,85±2,25	0,093	21,62±3,16	0,053
kadın	9,18±1,42		13,43±2,08		22,61±2,59	
medeni durum						
bekar	9,12±1,42	0,891	13,44±2,36	0,287	22,57±2,85	0,437
evli	9,11±1,43		13,29±2,01		22,40±2,65	

Tablo 4. Hekimlerin özelliklerine göre ölçek puanları (Devamı)

	Fiziksel belirtiler		Duygusal belirtiler		Toplam puan	
	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
branş						
aile hekimliği	8,87±1,38	0,075	13,01±2,17	0,119	21,89±2,51	0,009
diğer	9,21±1,43		13,46±2,09		22,68±2,75	
branş						
aile hekimliği/acil tıp	8,91±1,39	0,085	13,07±2,28	0,237	21,99±2,60	0,025
diğer	9,21±1,44		13,46±2,03		22,67±2,73	
meslekteki çalışma süresi						
5 yıl ve daha az	9,11±1,35	0,157	13,80±1,85	0,183	22,91±2,07	0,165
6-10 yıl	9,17±1,51		13,27±2,14		22,44±2,87	
11-15 yıl	9,07±1,47		12,78±2,29		21,84±2,94	
16-20 yıl	9,55±1,37		13,79±1,34		23,33±1,80	
21 yıl ve daha fazla	8,77±1,29		13,37±2,44		22,14±3,07	
çalıştığı yer						
büyükşehir	9,02±1,43	0,183	13,41±2,14	0,606	22,43±2,70	0,889
şehir	9,22±1,53		13,11±2,15		22,33±2,74	
ilçe/köy	9,52±1,18		13,26±1,95		22,77±2,74	
çalıştığı coğrafi bölge						
Marmara Bölgesi	9,12±1,27	0,176	13,35±2,15	0,758	22,46±2,63	0,171
İç Anadolu Bölgesi	9,13±1,53		13,33±2,21		22,47±3,04	
Ege Bölgesi	9,22±1,32		13,57±2,40		22,78±2,68	
Akdeniz Bölgesi	9,75±1,45		13,50±1,35		23,25±1,98	
Karadeniz Bölgesi	8,41±1,62		12,82±2,01		21,24±2,93	
Doğu Anadolu Bölgesi	8,59±1,46		12,88±2,18		21,47±2,32	
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	9,18±1,47		13,64±1,96		22,82±2,52	
mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma						
evet	9,21±1,42	0,650	13,29±2,40	0,997	22,50±3,20	0,892
hayır	9,11±1,43		13,34±2,10		22,45±2,68	
mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim alma						
evet	8,48±1,17	0,016	12,05±2,11	0,004	20,52±2,60	0,001
hayır	9,17±1,43		13,45±2,08		22,63±2,65	
iş yaşamı süresince herhangi kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma						
evet	9,14±1,45	0,455	13,28±2,19	0,557	22,42±2,83	0,957
hayır	9,03±1,34		13,52±1,86		22,55±2,28	
kadına yönelik şiddet olarak tanımladıkları vakalar ile karşılaşma sıklığı						
her gün	9,43±1,62	0,116	12,14±2,61	0,447	21,57±3,82	0,618
haftada bir	9,20±1,74		12,73±2,40		21,93±3,65	
haftada birkaç kez	9,71±1,27		13,29±1,77		23,00±1,71	
ayda bir	8,50±1,38		13,00±2,02		21,50±2,81	
ayda birkaç kez	8,76±1,51		13,80±2,27		22,56±3,28	
yılda bir	9,49±1,45		13,31±2,21		22,79±2,72	
yılda birkaç kez	9,15±1,35		13,41±2,20		22,56±2,59	
çalışılan kurumda kadına yönelik şiddete yönelik talimat /prosedür						
var	9,00±1,26	0,558	13,19±2,37	0,813	22,19±2,48	0,459
yok	9,13±1,45		13,36±2,08		22,49±2,74	
kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu						
evet	9,14±1,37	0,598	13,51±2,10	0,289	22,65±2,46	0,428
hayır	8,74±1,69		13,37±1,50		22,11±2,71	
şiddetin özelliğine göre	9,15±1,46		13,07±2,24		22,22±3,04	

TARTIŞMA

Çalışmamızın amacı; aile hekimlerinin de dahil olduğu, farklı branşlarda çalışan hekimlerin, şiddete maruz kalmış kadınları tanıyabilmesi, tedavi ve korumaları yönünde destek olabilmeleri için gerekli bilgi ve tutumlarını saptamaktır. Çalışmamızın sonucunda, iş yaşamı süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşma oranı; aile hekimlerinde diğer branşlara göre anlamlı olarak

daha yüksek saptandı. Aile hekimi ve acil tıp hekimlerinde, diğer branşlara göre; fiziksel belirtiler alt boyut, duygusal belirtiler alt boyut ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu.. Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumuna göre ölçek puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, mezuniyet sonrası eğitim alanlardaki puanlar, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı.

Cinsiyet, medeni durum, meslekteki çalışma süresi, çalıştığı yer, çalıştığı coğrafik bölge, iş yaşamı süresince kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu ve sıklığı, çalışılan kurumda kadına yönelik şiddet ile ilişkili talimat /prosedür varlığı ile bildirim yapma durumuna göre ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamadık.

Çalışmamızda iş yaşamı süresince, herhangi kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaşma oranı, aile hekimlerinde %87,3 iken diğer branşlardaki hekimlerde %71,5 olarak saptandı. Yakın zamanlı 143 hemşire ve 67 asistan hekim ile yürütülen bir çalışmada, kadına yönelik şiddetle karşılaşma oranı %70,5 olarak belirtilmiştir.^[8] Kıyık ve akın'ın hemşire ve ebeleri dahil ettikleri çalışmalarında, katılımcıların %71,6'sı mesleki yaşamlarında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmıştır.^[9] İtalya'da, acil serviste veya kadın doğum acil servisinde ve jinekolojik serviste çalışan 51 hemşire ve ebe ile katılımıyla yapılan çalışmada, şiddete maruz kalmış kadınlarla karşılaşma oranı %51 olarak belirtilmiştir.^[10] İrlanda'da ebelerin katılımıyla yapılan bir çalışmada bu oran %66 olarak belirtilmiştir.^[11] Çalışmamızda diğer branş hekimlerinin, şiddet görmüş kadınla karşılaşma oranı ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Aile hekimleri; kişilerin yaşadığı çevresel ve fiziki koşullarını daha iyi bilmesi nedeniyle şiddete maruz kalma riski olan kadınları daha ayrıntılı inceleyip, şiddet belirtilerini daha iyi tanımlıyor olabilirler. Gelişmiş ülkelerde kadına yönelik şiddet oranlarının az olması sebebiyle yurtdışı kaynaklı diğer iki çalışmanın oranları bizim çalışmamıza göre düşük saptanmış olabilir.

Yakın zamanlı bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınlara sağlanacak empatik ve destekleyici bakım için sağlık personellerinin uygun bilgi ve becerilere ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir.^[12] Kanlıca'nın hekim ve hemşireleri dahil ederek yaptığı çalışmasında, katılımcıların %69,0'unun öğrenim sırasında eğitim almadıkları ve %87,6'sının mezuniyet sonrası eğitim almadıkları tespit edilmiştir.^[8] 13 hemşire, 66 hekim, 56 ebe dahil edilerek yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %84,4'ünün mezuniyet öncesi, %83,7'sinin mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur.^[13] Biz çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak, kadına yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi eğitim alanların oranını %5,6 ve mezuniyet sonrası eğitim alanların oranını ise %8,4 olarak saptadık. Yukarıdaki bilgiler ışığında, ülkemizde uygulanan mesleki eğitimlerde kadına yönelik şiddete çok az yer verildiği söylenebilir. Bu durum, kadına yönelik şiddet sorununa yeterince önem verilmemesi, kadına yönelik şiddetin bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmemesi, bu sorunla mücadele kapsamında sağlık çalışanlarına rol verilmemesi nedeni olabilir.

Başar ve ark.^[14] 45 hemşire ve ebe dahil ederek yaptıkları çalışmalarında, HEKYSBTÖ toplam ölçek puan ortalamasının $20,00 \pm 3,76$ (kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli) olduğunu ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada, öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi alma durumları ile kadına yönelik şiddeti tanıma puanları incelendiğinde ilişki

saptanmamıştır. Yine ülkemizde hemşire ve ebelerin katılımı ile yapılan çalışmada, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımada genel olarak bilgilerinin "kısmen yeterli" olduğu, kadına yönelik şiddeti tanıma puanları ile, öğrenimi sırasında eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı fark bulunmadığı bildirmektedir.^[9] Biz çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hekimlerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin 'kısmen yeterli' olarak saptadık. Mezuniyet öncesi eğitim alma durumuna göre, ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmazken, mezuniyet sonrası eğitim alanlarda, almayanlara göre; fiziksel belirtiler alt boyut, duygusal belirtiler alt boyut ve toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptandı. Mezuniyet öncesi eğitim alma durumuna göre ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni, Tıp fakültelerinde kadına yönelik şiddetle ilgili teorik ve pratik eğitimlerin yetersizliği olabilir. Mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim alanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmış doğru bilgi ve tutum oranları saptanmıştır. Bu veri de bize, eğitim içeriğinin güncel konuların da dahil edildiği standardize bir program halinde sunulması ve eğitim sürecinin yeterlilik ve sertifikasyon ile sonlandırılması gerekliliğini düşündürmüştür. Yakın zamanlı bir çalışmada, 78 ebelik ve hemşirelik öğrencisine seçmeli ders olarak, 14 hafta boyunca toplamda 28 saat kadına yönelik şiddet kursu verilmiştir. Kontrol grubu olarak ise, başka bir ders seçen 73 ebelik ve hemşirelik öğrencisi alınmıştır. Kadına yönelik şiddet eğitimi alan grupta, şiddet belirtilerini tanıma yetenekleri kontrol grubuna göre anlamlı oranda geliştiği ifade edilmiştir.^[15] Crombia ve ark.^[16] tarafından yazılan derlemede; sağlık personellerine, şiddete yönelik eğitim programlarının uygulanmasının ardından, şiddete yönelik bilgi konusunda artan özgüven ve mağdurlara şiddet hakkında daha nitelikli soru sorabildikleri saptanmıştır. Sağlık personellerinin şiddete maruz kalmış kadınlarla iletişimlerinde olumlu bir değişiklik olduğu bildirilmiştir. Bu iki literatür incelemesinde çıkan verilen çalışmamız ile örtüşmemektedir. Bu da bize eğitim programlarının standardize şekilde hazırlanmasının önemini göstermektedir. Bu bilgiler ışığında hekimler için meslek yaşantısı boyunca sık aralıklarla, pratiğe yönelik, kolay ulaşılabilir standardize ve sertifikasyon programlarını içeren eğitimlerin düzenlenmesi ile kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma ve sonraki süreci yönetme konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığın artırılması sağlanabilir.

Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin çalıştığı kurumda, kadına yönelik şiddet için kullanılan talimat/prosedürü olanların oranı sadece %12,4 idi. Şiddete maruz kalanları değerlendirmek için genel olarak gerekli olanlar sorulduğunda, cevap olarak en sık (%80,4) bu bireylerin yönlendirilebileceği bir kurum olmasının gerekliliği (tetkiklerin yapılabileceği, delillerin saklanabileceği...) belirtildi. Şiddetle karşılaşmış hastalara, gerekli müdahaleden sonra önerilebilecek rehabilite edici önlemler olarak; en sık (%71,1) aile sosyal hizmetleri ile görüştürülerek sorunun çözümü hakkında bilgi almalarının

sağlanması olarak belirtildi. Başar ve ark.^[14] yaptıkları çalışmada, sağlık personellerinin %62,2'si, şiddet mağdurlarına, yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgi verebileceğini ifade etmiştir.

Yakın zamanlı hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcılar mevcut protokollerin, çok genel bilgilerden oluştuğunu düşünerek, neyin daha iyi olacağına dair daha standart protokoller talep etmişlerdir. Aynı çalışmada, kadına yönelik şiddeti yönetmenin, sadece bir protokolün adımlarını takip etmekten daha karmaşık olduğunun altı çizilmiştir. Literatürde, standartlaştırılmış hasta senaryoları, akran eğitim programları, mağdurlarla yapılan görüşmeler ve sosyal hizmetlere yerleştirmeler gibi pratik eğitimler ile mevcut durumun daha iyi yönetilebileceği öne sürülmüştür.^[17] Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin çalıştığı kurumda, kadına yönelik şiddet için kullanılan talimat /prosedürü bulunanların oranını çok düşük olduğu saptandı. HEKYSBTÖ puanı ile, çalışılan kurumda kadına yönelik şiddet için kullanılan talimat/prosedürü olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadık. Yukarıdaki çalışmada vurgulandığı gibi, pratik eğitimler alınmadan, elde var olan talimatlar ile mağduru değerlendirmek ve yönlendirmek mümkün olmayabilir. Talimatların; tüm sağlık çalışanları tarafından kolay anlaşılır, işe yarar ve kolay uygulanabilir olmasına özen gösterilmelidir. Sık düzenlenen kurum içi eğitimlerle, talimatların uygulanmasına yönelik bilgilendirmeler yapılması mağdurlara daha iyi hizmet verilmesini sağlayabilir.

Kara ve ark.^[13] 135 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %55,1'inin ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte, %24,5'inin öykü almada zorlandığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada; hekimlerin, kadına yönelik şiddeti yönetmekteki zorluklarının, %65,6'sında zaman yetersizliği, %52,5'inde hastaları incitmekten korkmak, %32,8'inde soruları nasıl soracağından emin olamamaktan kaynaklandığı belirtilmektedir.^[18] Yakın zamanlı bir çalışmada, şiddet mağdurlarını tanımanın önündeki zorlukların sebeplerinin; mağdurların şiddeti reddetmesi, şikayetlerinin olmaması, sağlık ekibinin bilgi eksikliği ve hazırlıksız olması, ayrıca değerlendirme anında saldırganın da mevcut ortamda bulunmasının olabileceği öne sürülmüştür.^[19] Bizim çalışmamızda, katılımcılar tarafından, iş yaşamı süresince herhangi bir kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi karşılaşıldığında zorlanıldığı ya da yetersiz kalındığı aşama olarak en sık (%73,2) oranda ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç olduğu belirtilmiştir. Bu süreçte değerlendirme zorluğu yaşandıysa bunun olası sebebinin, en sık (%59,5) kurumlarda uygun güven ortamının sağlanamaması olabileceği belirtildi. Chepuka ve ark.^[20] tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanları; personel azlığı, sağlık sektörünün yetkisi konusunda netlik olmaması gibi nedenlerle, mağdurları tanıma ve yönlendirme konusunda yeterince hazırlıklı olmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık kurumuna başvuruda kadının, şiddet maruziyetini gündeme getirmesi durumunda, mağduru bildirim sonrası yaşayacağı yer, failden nasıl korunacağı, bu davalara nasıl devam edileceği konusundaki bilgisizlik nedeniyle süreç

iyi yönetilememektedir.^[21] Yakın zamanlı, 36 ebe ile yapılan çalışmada, şiddeti tanıma ve müdahale etmenin önünde kabaca üç alanda zorluklar olduğu öne sürülmüştür. Bunlar toplumsal(kültür, yasalar, din, sevk hizmetleri), sağlık sistemi (mahremiyet, zaman, güvenlik, sağlık politikaları, kılavuzlar), kişisel (bilgi, kişiler arası beceriler, değerler, ilgi) dir.^[22]

Biz çalışmamızda, rapor düzenleme ve yasal süreçler ile ilgili zorluk yaşandığını saptadık. Bu konuyla ilişkili, hekimlere yönelik, standart bir protokol hazırlanarak eğitimler düzenlenebilir. Rapor düzenleme sırasında, mağduru bildirim konusunda istekli olup olmadığı, mağduru yasal süreçle ilgili bilgi sahibi olup olmadığı ve psikososyal olarak bu yasal süreci yaşamaya hazır olup olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca rapor düzenlenmesi sonrasında hem hekimlerin hem mağdurların fail tarafından gelebilecek zararlara karşı korunabiliyor olması önemlidir. Çalışmamıza katılan hekimler; şiddet mağdurların değerlendirirken en sık olarak kurumlarda uygun güven ortamının sağlanamamasının zorluğunu yaşadıklarını ifade ettiler. Günlük pratikte çalışma saatlerinin çok yoğun olması, çalışılan yerlerde mağdurlardan öykü alabilecek mahremiyete izin verecek ve failden uzak güvenli alanların olmaması, bu bilgilerin kayıt ve takibi konusunda gizlilik ve güvenliğin nasıl sağlanacağını net olmaması, bu konuda eğitilmiş ve başlatılacak sürece hakim personelin az olması, bu zorlukları oluşturuyor olabilir. Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da mevcuttu. Açık etiketli çalışmalarda araştırmacı yanlılığı payı artmaktadır.^[23] Katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmayıp, sadece anket formu ve ölçek doldurma ile veriler elde ettik. Ancak Baysan ve Karadağlı tarafından geliştirilen ve geçerliliği güvenilirliği çalışılan ve literatürde birçok çalışmada kullanılan "Hemşire, ebe ve hekimlerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarına yönelik ölçek" kullandık. Toplam hekim sayısı düşünüldüğünde katılımcı sayısı azdır ancak çalışmamıza katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ayrıca, mail yoluyla ülkenin farklı bölgelerindeki hekimlere ulaşılmış olması avantajdır. Çalışılan sağlık birimine göre, başvuran şiddet oranını tanımlayabilmek için değişik branşlardan hekimler çalışmaya dahil edilmiştir. Branş çeşitliliği fazla ancak branş başına düşen hekim sayısı az olduğu için ayrı ayrı analizler yapılamamış olup; kadına yönelik şiddet mağdurlarıyla karşılaşma oranı çok yüksek olan, toplum sağlığının temelini oluşturan aile hekimleri ile diğer branşlar arasında analizler yapılmıştır. Farklı branşlar arasında karşılaştırmalar yapılabilmesi için fazla katılımcının dahil edildiği çalışmalar yapılabilir. Literatürde şiddeti tanıma konusunda, cinsiyete bağlı farklılıklar saptanırken bizim çalışmamızda anlamlı farklılık saptanmadı. Katılımcılar arasındaki kadın ve erkek oranının çok farklı olması bir kısıtlılık olup, bu durum istatistiksel anlamlılığı değiştirmiş olabilir. Sonraki çalışmalarda, kadın ve erkek katılımcı oranı eşit tutularak tekrar değerlendirilebilir. Bir diğer kısıtlılık olarak, tartışmada yararlandığımız çalışmalarda örneklem hemşireler ve/veya hekimlerden oluşuyordu ancak sonuçlarımız bu çalışmalarla uyumlu bulundu.

Tüm bu kısıtlılıklara rağmen, hekimlerimizin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları, yaşadıkları zorluklar ile ilgili değerli veriler elde ettik. Aile hekimleri, şiddet mağduru kadar şiddet uygulayanı da tanıyabildiği için şiddetle mücadelede önemli role sahiptir. Halk sağlığı sorunu olan kadına yönelik şiddeti tanıma ve süreci yönetme konusunda çok daha aktif rol almaları sağlanabilir. Kadına yönelik şiddet mağdurlarının başvurularını beklemeden alan tarama çalışmaları yapılabilir.

ETİK BEYANLAR

Etik Kurul Onayı: Araştırma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 05-03-2020 tarih ve E.3028 sayı ile onay alınmıştır.

Aydınlatılmış Onam: Bu çalışmaya katılan hasta(lar)dan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Facts: Intimate Partner Violence. Geneva: WHO; 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/ipvfacts.pdf. Accessed 10 April 2020.
2. Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı. (2018). Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirge. (1993).
3. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 2013.
4. Yüksel Kaptanoğlu İ, Çavlin A. Kadına yönelik şiddet yaygınlığı, Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ankara. 2015
5. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analysis of prospective-longitudinal studies. *Am J Public Health* 2018;108(7):1- 12
6. Montero I, Ruiz-Pérez I, Martín-Baena D, et al. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues*. 2011;21:400-6
7. Baysan-Arabacı L, Karadağlı A. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme (scale for recognizing the signs of violence against women by nurses and midwives). *Sağlık ve Toplum Derg* 2006;16(2);101-111.
8. Kanlıca A. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanıma konusunda bilgi düzeyi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. 2019.
9. Kıyak S, Akın B. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları (Knowledge and attitudes of nurses and midwives towards domestic violence against women). *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg* 2010;12(2):5-16.

10. Di Giacomo P, Cavallo A, Bagnasco A, Sartini M and Sasso L. Violence against women. Knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs* 2016;26:1-10.
11. Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery* 2009;25:622-33.
12. Ali P. Gender-based violence and the role of healthcare professionals. *Nurs Open* 2017;5(1):4-5.
13. Kara P, Akçayüzülü Ö, Gür A, Nazik E. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg* 2018;8(3):115-22.
14. Başar F, Durmaz A. Kadına yönelik şiddet konusunda hemşirelerin ve ebelerin bilgi durumları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Derg* 2015;(6):6-15 .
15. Sis Çelik A, Aydın A. The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55:210-7. Doi:10.1111/ppc.12333.
16. Crombie N, Hooker L, Reisenhofer S. Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *J Clin Nurs* 2016;26:2100-25.
17. Maquibar A, Estalella I, Vives-Cases C, Hurtig A, Goicolea I. Analysing training in gender-based violence for undergraduate nursing students in Spain: A mixed-methods study. *Nurse Educ Today* 2019;77:71-6. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.017.
18. Othman S, Adenan NAM. Domestic violence management in Malaysia: a survey on the the primary health care providers. *Asia Pac Fam Med* 2008;7(1):2. doi: 10.1186/1447-056X-7-2.
19. Arboit J, de Mello Padoin SM, Vieira LB. Violence against women in primary health care: Potentialities and limitations to identification Aten Primaria 2020;52(1):14-21.
20. Chepuka L, Taegtmeyer M, Chorwe G, Mambulasa J, Chirwa E, Tolhurst R. Perceptions of the mental health impacts of intimate partner violence and health service responses in Malawi. *Glob Health Action* 2014;7:24816.
21. Vieira EM, Perdoná GC, Almeida AM, et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol* 2009;12(4):566-77.
22. Wild KJ, Gomes L, Fernandes A, et al. Responding to violence against women: a qualitative study with midwives in Timor-Leste. *Women Birth* 2018;32:e459-66.
23. Kılınçel O, Kılınçel Ş, Gündüz C, Cangür Ş, Akkaya C. Klozapinin hızlı döngülü bipolar afektif bozuklukta duygudurum düzenleyicisi olarak rolü. *Türk Psikiyatri Derg* 2019;30(4):268-71.