

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE, ACİL TIP ALANINDA
ÇALIŞAN HEKİMLERİN, KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARININ
YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arif Hüdai KÖKEN

Tıp Etiği ve Tarihi Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2019

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE, ACİL TIP ALANINDA
ÇALIŞAN HEKİMLERİN, KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARININ
YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arif Hüdai KÖKEN

Tıp Etiği ve Tarihi Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

İKİNCİ DANIŞMAN

Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR

ANKARA

2019

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE, ACİL TIP ALANINDA ÇALIŞAN
HEKİMLERİN, KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARININ YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ,
TUTUM VE UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arif Hüdai KÖKEN

Danışman: Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

İkinci Danışman: Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR

Bu tez çalışması 06.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Tıp Etiği ve Tarihi Doktora Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU Gazi Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Prof. Dr. Erhan BÜKEN Başkent Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR Ankara Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Nalan METİN AKSU Hacettepe Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR Hacettepe Üniversitesi	(imza) 

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

28 Ağustos 2019


Prof. Dr. Dilehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

28 /08/2019


(İmza)

Arif Hüdaî KÖKEN

"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN ve Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Arif Hüdai KÖKEN

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince akademik birikimleri ve deneyimleriyle akademik gelişimim için bana rehber olan, bilimselliği ve bilim ahlakını öğreten, hoşgörülü ve anlayışlı tutumu ile doktora tez çalışmam sürecinde desteklerini esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'e;

Ortak tez danışmanı olarak çalışmamın her aşamasında kendisinden istifade etmeme imkân sunan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR'a;

Tez İzleme Komitesinde bulunarak, tezimin araştırma ve yazım sürecinde değerli katkılarını esirgemeyen Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Erhan BÜKEN'e ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nalan METİN AKSU'ya;

Doktora eğitimim ve tez yazım sürecinde katkı ve destekte bulunan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalının tüm akademik ve idari personelleri ile doktora eğitim sürecinden birlikte geçtiğimiz dönem arkadaşlarıma;

Beni sevgi ile büyüten anneme, eğitim hayatındaki azmini ve benimsediği değerlerini örnek aldığım babama, eğitim hayatımın her aşamasında duygularıma ortak olan kardeşime;

Tez çalışmamın her aşamasında bana desteğini esirgemeyip sabır ve anlayışla sürekli yanımda olan, sevgisini her zaman yüreğimde hissettiğim, varlığıyla bana güç veren çok sevdiğim biricik eşime sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Köken, A.H., Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Etiği ve Tarihi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2019.

Bu doktora tez çalışması, acil tıp alanında çalışan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgu yönetimlerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını tıp etiği açısından değerlendirmek ve araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda acil servislerde şiddet olgu yönetimine katkı sunacak pratik bilgiler ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada niteliksel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara ilinde acil tıp uzmanlık eğitimi veren yedi üniversite hastanesinin Acil Tıp Anabilim Dallarında çalışan hekimler oluşturmaktadır. Araştırmaya toplam 35 hekim katılmıştır. Her bir hekimle birebir derinlemesine görüşme yapılmış ve yapılan görüşmelerin sesli kaydı alınmıştır. Ayrıca görüşme yapılan hekimlerin çalıştığı acil servislerde günün belirlenen saatlerinde belirlenen başlıklara uygun olarak gözlem yapılmış ve gözlem notları tutulmuştur. Elde edilen veriler çözümlenmiş ve analiz edilmiştir. Verilerin analizleri sonucunda hekimlerin bilgi, tutum ve uygulamalarına yönelik bağlam, tema ve alt temalardan oluşan bulgular elde edilmiştir. Verilerin yorumlanması sonucunda acil tıp alanında kadına yönelik şiddet olgu yönetimi sürecinde tıp etiğini temel alan özel yaklaşımların gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak, araştırma bulguları ve ulusal/uluslararası literatür ışığında acil tıp alanında “tıp etiği açısından” ve “tıbbi açıdan” kadına yönelik şiddet olgu yönetim modeli önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Acil tıp, kadına yönelik şiddet, tıp etiği, toplumsal cinsiyet, hekim tutumu*

ABSTRACT

Koken, A.H., An Evaluation of the Knowledge, Attitudes and Practices of Emergency Medical Physicians of University Hospitals in Ankara on the Management of Violence Against Women in terms of Medical Ethics, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Medical Ethics and History of Medicine Program, Philosophy of Doctoral Thesis, Ankara, 2019. The aim of this PhD thesis was to evaluate the knowledge, attitudes and practices of emergency medical physicians of university hospitals in Ankara on the management of violence against women from the perspective of medical ethics in order to provide practical information to contribute to the management of violence in emergency departments. Qualitative research method was used. The study population consisted of physicians of the Emergency Medicine Departments of seven university hospitals providing emergency medical specialty training in Ankara. The study sample consisted of 35 physicians. In-depth interviews were conducted and recorded individually. At certain times of the day and in accordance with certain themes, observations were made, and notes were taken in the emergency departments where the participants worked. Data were analyzed to develop themes and sub-themes related to participants' knowledge, attitudes and practices. The results showed that special approaches based on medical ethics were needed for the management of violence against women in the field of emergency medical care. In the light of research findings and national and international literature, this thesis proposed a case management model regarding medical ethics and medicine for the management of violence against women in the field of emergency medical care.

Keyword: *Emergency medicine, violence against women, medical ethics, gender, physicians attitudes*

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şiddetin Tanımı	12
2.2. Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet	13
2.3. Şiddeti Anlayabilme	15
2.3.1. Şiddeti Anlamada Ekolojik Model	16
2.3.2. Güç ve Kontrol Çemberi Modeli	20
2.3.3. Stockholm Sendromu	21
2.3.4. Şiddetin Normalleştirilmesi	21
2.4. Kadına Yönelik Şiddet Türleri	22
2.4.1. Fiziksel şiddet	23
2.4.2. Cinsel şiddet	23
2.4.3. Psikolojik/duygusal şiddet	23
2.4.4. Ekonomik şiddet	24
2.4.5. Kadının Yaşam Evrelerine Göre Maruz Kaldığı Şiddet Türleri	24
2.5. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri	27
2.6. Kadına Yönelik Şiddet ve Sağlık Sisteminin Rolü	29
2.7. Kadına Yönelik Şiddet Olgularına Sağlık Hizmeti Sunumunda Rehber İlkeler	35
2.7.1. İnsan hakları temelli yaklaşım	36

2.7.2. Şiddet Gören Kadın Merkezli Yaklaşım	36
2.7.3. Bakım Kalitesi Temelli Yaklaşım	37
2.7.4. Tıp Etiği Temelli Bakım Yaklaşımı	39
2.8. Kadına Yönelik Şiddet Olgularında Acil Servislerin Rolü	42
2.9. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Acil Tıp Hekimlerinin Sahip Olması Gereken Özellikler	47
2.10. Kadına Yönelik Şiddet Olgu Yönetiminde Acil Tıp Uygulama Örnekleri	49
2.10.1. Uluslararası Uygulama Örnekleri	51
2.10.2. Ulusal Uygulama Örnekleri	54
2.11. Tıp Etiği ve Acil Tıp Etiği	56
2.11.1. Tıp Etiği	57
2.11.2. Acil Tıp Etiği	61
2.12. Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi	82
2.12.1. Acil Tıpta Etik Eğitimi	82
2.12.2. Acil Tıpta Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi	85
3. GEREÇ ve YÖNTEM	89
3.1. Araştırmanın Amacı	89
3.2. Araştırmanın Yöntemi	89
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	90
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	90
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	91
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	91
3.7. Araştırmanın Uygulaması	91
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi	92
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	93
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	94
4. BULGULAR	95
4.1. Sosyo-Demografik Bulgular	95
4.2. Bilgi Sorularına İlişkin Bulgular	99
4.3. Tutum Sorularına İlişkin Bulgular	237

4.4. Uygulama Sorularına İlişkin Bulgular	272
4.5. Gözlem Notlarına İlişkin Bulgular	343
5. TARTIŞMA	380
5.1. Acil Tıp Hekimlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Kadına Yönelik Şiddet	380
5.2. Acil Tıp Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Mesleki Bilgileri	383
5.2.1. Acil Servis Hekimlerinin Lisans Dönemi Etik Eğitimi	383
5.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri	385
5.2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri	387
5.2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Olumsuz Sağlık Sonuçları	388
5.2.5. Kadına Yönelik Şiddetin Belirtileri	389
5.2.6. Şiddet Gören Kadının Özellikleri	390
5.2.7. Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddet Tespitinde Yapılması Gerekenler	392
5.2.8. Acil Servislerde Şiddet Gören Kadınlarla İletişim Engelleri	394
5.2.9. Acil Servislerde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Engeller	397
5.2.10. Acil Servis Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi Eksikliği	400
5.2.11. Acil Servislerde Karşılaşılan Şiddetin Yönü	402
5.2.12. Acil Servislerdeki Kurum Olanakları	403
5.2.13. Acil Servislerin İhtiyaçları	405
5.2.14. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Yapılması Gerekenler	408
5.3. Tutum Sorularına İlişkin Bulgular İle İlgili Tartışma	411
5.3.1. Acil Tıp Hekiminin Kadına Yönelik Şiddete Bakışı	411
5.3.2. Acil Tıp Hekiminin Kadına Yönelik Şiddet Olgusuna Yaklaşımı	413
5.3.3. Acil Servislerde Kadına Yönelik Şiddet Olgularında Nitelikli Hizmet Sunumu	416
5.4. Uygulama Sorularına İlişkin Bulgular İle İlgili Tartışma	418
5.4.1. Kadına Yönelik Şiddet Olgusuna Yaklaşımında Acil Hekiminin Rolü	418
5.4.2. Acil Hekiminin Şiddet Gören Kadına İletişim Kurması	420
5.4.3. Acil Hekimlerinin Kadının Özerkliğine İlişkin Uygulamaları	422
5.4.4. Acil Hekimlerinin Rıza Göstermeyen Kadına Yaklaşımı	424
5.4.5. Acil Serviste Şiddete Uğradığını Gizleyen Kadına Yaklaşım	425

5.4.6. Acil Serviste Şiddete Uğrayan Kadın İle Görüşme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar	427
5.5. Gözlem Notlarına İlişkin Bulgular İle İlgili Tartışma	428
5.5.1. Acil Servislerin Fiziksel Ortamına İlişkin Sorunlu Noktalar	428
5.5.2. Acil Servis Ortamının Sosyal Boyutuna İlişkin Sorunlu Noktalar	431
5.5.3. Acil Servis Ortamında Oluşan Etkileşimlere İlişkin Sorunlu Noktalar	432
5.5.4. Acil Servis Ortamında Konuşulan Dile İlişkin Sorunlu Noktalar	433
5.5.5. Acil Servislerle İlgili Genel Değerlendirmelere İlişkin Sorunlu Noktalar	434
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	436
7. KAYNAKLAR	445
8. EKLER	
EK-1. Araştırma Süresince Yapılacak Olan Birebir Derinlemesine Görüşme İçin Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimler İçin Hazırlanmış Yarı Yapılandırılmış Soru Yönergesi	
EK-2. Gözlem Notu Formu	
EK-3. Etik Kurul Kararı	
EK-4. İzin Belgeleri	
EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-6. Orjinallik Ekran Çıktısı	
EK-7. Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACEM	Australasian College for Emergency Medicine
ACEP	American Collage of Emergency Physicians
ATUDER	Acil Tıp Uzmanları Derneği
BM	Birleşmiş Milletler
BMKP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
BMNF	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
ÇEP	Çekirdek Eğitim Programı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBEEM	European Board Examination in Emergency Medicine
EUSEM	European Society of Emergency Medicine
GBV AoR	Gender Based Violence Area Of Responsibility
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
IAEM	Irish Association For Emergency Medicine
IPPF/WHR	International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region
KKM	Komuta Kontrol Merkezi
LÜTEAK	Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi
SAEM	Society of Academic Emergency Medicine
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
TATD	Türkiye Acil Tıp Derneği
TTB-UDEK	Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
TUKMOS	Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi
UNEGEEW	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women
WAVE	Women Against Violence Europa

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Ekolojik Model	17
2.2.	Şiddet Döngüsü	25
4.1.	Araştırmaya Katılan Gönüllülerin Daha Önce Mesleki Deneyimlerini Edindiği İller	96
6.1.	Tıp etiği açısından acil servislerde kadına yönelik şiddet olgu yönetimi modeli	443
6.2.	Tıbbi açıdan acil servislerde kadına yönelik şiddet olgu yönetim modeli	444

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Ekolojik Modele Göre Şiddetin Risk Faktörleri	19
2.2. Kadınların Yaşam Evrelerine Göre Maruz Kaldıkları Bazı Şiddet Türleri	26
2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sonuçları	28
2.4. Kadının Maruz Kaldığı Şiddet Türüne Göre Ortaya Çıkan Klinik Belirtiler	29
2.5. Kadına yönelik şiddette sağlık sisteminin rolü	33
2.6. Sağlık Çalışanlarının Sahip Olması Gereken Temel Özellikler	48
2.7. Acil Tıpta Etik	81
4.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	95
4.2. Araştırmaya Katılanların Lisans Döneminde Aldıkları Etik Eğitimine İlişkin Konu Başlıkları	99
4.3. Araştırmaya Katılanların Şiddet Türleriyle İlgili Bilgileri	104
4.4. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Nedenleri İle İlgili Bilgileri	108
4.5. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri Hakkındaki Bilgileri	111
4.6. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Belirtileri Hakkındaki Bilgileri	117
4.7. Araştırmaya Katılanların Şiddet Gören Kadının Özellikleri Hakkındaki Bilgileri	125
4.8. Araştırmaya Katılanların Şiddet Tespitinde Yapılması Gerekenler Hakkındaki Bilgileri	131
4.9. Araştırmaya Katılanların Şiddet Gören Kadınla İletişim Engelleri Hakkındaki Bilgileri	143
4.10. Araştırmaya Katılanların Şiddetle Mücadelede Engeller Hakkındaki Bilgileri	153
4.11. Araştırmaya Katılanların Hekimlerin Eğitim Eksikliği İle İlgili Bilgileri	187
4.12. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Yönü İle İlgili Bilgileri	191
4.13. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kurumun Olanaklarıyla İlgili Bilgileri	195
4.14. Araştırmaya Katılanların Acil Servisin İhtiyacı Hakkındaki Bilgileri	200
4.15. Araştırmaya Katılanların Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Yapılması Gerekenler Hakkındaki Bilgileri	214
4.16. Acil Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddete Bakışı	237
4.17. Acil Hekiminin Şiddet Olgusuna Yaklaşımı	244
4.18. Kadına Yönelik Şiddet Olgusuna Acilde İdeal Yaklaşım	250

4.19.	Şiddet Olgusuna Yaklaşımında Acil Hekiminin Rolü	272
4.20.	Acilde Şiddet Gören Kadınla İletişim Kurma	299
4.21.	Acil Hekimin Kadının Özerkliğine İlişkin Uygulamaları	304
4.22.	Acilde Rıza Göstermeyen Kadına Yaklaşım	314
4.23.	Acilde Şiddeti Gizleyen Kadın Hastaya Yaklaşım	318
4.24.	Acilde Şiddete Uğrayan Kadın İle Görüşme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar	328
4.25.	Acil Servislerin Fiziksel Ortamına İlişkin Sorunlu Noktalar	344
4.26.	Acil Servis Ortamının Sosyal Boyutuna İlişkin Sorunlu Noktalar	353
4.27.	Acil Servis Ortamında Oluşan Etkileşimlere İlişkin Sorunlu Noktalar	363
4.28.	Acil Servis Ortamında Konuşulan Dile İlişkin Sorunlu Noktalar	371
4.29.	Acil Servislerle İlgili Genel Değerlendirmelere İlişkin Sorunlu Noktalar	377

1. GİRİŞ

Şiddet, maruz kalan bireyde bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda olumsuz sonuçlara yol açan ve toplumda yaygın olarak görülen bir halk sağlığı sorunudur. Şiddetin insan sağlığı üzerindeki etkilerini azaltmak ve önlemek uygun yaklaşımlar ile mümkündür (1).

Geleneksel sağlık uygulamalarında kadın sağlığına yönelik hizmetlerin, ana-çocuk sağlığı ve kadının üreme fonksiyonları boyutu ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Oysa kadın sağlığının kapsamı bu konularla sınırlı olmayıp kadın sağlığının, kadının tüm yaşam dönemlerini kapsayacak şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Kadın sağlığının kapsamının bu şekilde ele alınması ve sınırlandırılmasının kadına atfedilen toplumsal cinsiyet rolleri ile yakından ilişkisi vardır (2).

Kadınların gereksinimleri olan sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda yaşadıkları sorunların temelinde savunmasızlık ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kadına hasta haklarına uygun ve insan onuruna yakışır şekilde davranılması ve ihtiyaçlarının giderilmesi, kadın ve erkeğin gereksinimlerinin farklılığını gözeterak oluşturulacak toplumsal cinsiyet eşitliği temelli bir dengenin kurulması gerekmektedir (2).

Dünya genelinde şiddetin yaygınlığı göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sunanların, toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kalan kadınlarla karşılaşmaması mümkün görünmemektedir. Şiddet maruziyeti neticesinde kadınlarda ciddi sağlık problemleri meydana gelmektedir. Kabul edilen bu gerçeğin yansıması olarak, sağlık kuruluşlarına kadınlar müracaat ettiklerinde şiddet ile ilgili deneyimlerini anlatma konusunda farklı davranış şekilleri göstermektedirler (3). Ancak kadınlar, şiddete uğradıktan sonra ciddi bir sağlık sorunları yoksa bir sağlık kuruluşuna müracaat etmemekte ya da müracaat etseler bile şiddete uğradıklarını saklama eğiliminde olmaktadır. Bu sebeple toplumda sık görülen kadına yönelik şiddet olgularının türünden bağımsız olarak fiziksel, ruhsal ya da sosyal etkilerini sağlık sistemi içerisinde tespit etmek güç bir hal almaktadır (4,5). Bu durumda, sağlık personelinin yaklaşımı, kadının sağlığı, güvenliği ve refahı açısından önem kazanmaktadır (3).

Acil tıp hizmetleri açısından bakıldığında fiziksel yaralanmalar, yeti kayıpları, depresyon, kaygı bozukluğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, perinatal sağlık sorunları, intihar girişimi gibi sağlık sorunları, şiddete uğrayan kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi gereken bir sağlık sorunu olduğu göz önüne alındığında, acil tıp alanında çalışan hekimlerin hasta ile temasında ve tıbbi süreci işletirken, kadın hastanın sağlık durumunun aynı zamanda şiddete maruziyet ile ilgili olduğunu saptayabilmeleri önemlidir. Hastayı değerlendiren acil tıp hekiminin şiddete uğrayan kadının utanma, korkma, anlaşılma gibi nedenlerle şiddet gördüğünü gizleyebileceği varsayımıyla, kadın hastaya anlayışla yaklaşması ve yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemesi gerekmektedir. Bu sayede tıbbi tedavi ile birlikte kadını şiddet döngüsünden kurtaracak mekanizmaları da harekete geçirecek bulgular elde edilmiş olacaktır (6–9) .

Acil tıp alanında görev yapan hekimlerin, bütün hastalar için olduğu gibi, özellikle şiddet gören kadın hastalar için, hasta refahına, birincil profesyonel sorumluluk olarak bakmaları gerekmektedir (10). Şiddet gören kadın hastalara sağlık profesyonelinin yaklaşımını daha sistematik hale getirmek için acil servislerde yaklaşım basamakları, 2016 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının desteğiyle yapılan Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi kapsamında Sağlık Çalışanları Kılavuzu hazırlanmış, acil servis hizmetleri kapsamında diğer kurumlarla nasıl işbirliği yapılacağı konusunda da basamaklar tanımlanmıştır (11). Bu proje kapsamında ayrıca kadına yönelik şiddet olgularını yönetme konusunda sağlık kurumlarının uygulayacağı rehber ilkeler oluşturulmuş, şiddet olgu yönetiminde sağlık çalışanlarının yapması istenen uygulamalar ve hizmet sunumundaki kurumsal politikalar oluşturulmaya çalışılmıştır. Güvenlik, saygı, gizlilik ve ayrımcılık yapılmaması gibi konulardaki temel etik ilkeler, şiddetle ilişkili bütün sağlık müdahaleleri için geçerlidir ve politika düzeyinden hizmet sunumuna kadar her basamakta göz önüne alınmalıdır. Oluşturulacak olan gerek kurumsal gerekse de mesleki uygulamalara yönelik rehber ilkelerin, insan haklarını temel alması, şiddet gören bireyi merkeze koyması, sağlık hizmeti sunumunun kaliteli olması ve sunulan hizmetin tıp etiği açısından uygun yaklaşımlar önermesi önemlidir (9).

Hastane acilleri, doğası gereği çok sayıda hasta kabul eden ve kısa sürede değerlendirilip tedavi edilmesi gereken hastaların, hekimler tarafından tanı-tedavisinin yapıldığı hastane birimleridir. Hastanelerin acil birimlerine gelen şiddete maruz kalmış kadın hastalara ilişkin olgu yönetiminde; hekimlerin bilgi, tutum ve uygulamaları önemli bir araştırma konusudur. Bir insan hakkı ihlali olarak, şiddete uğrayan kadın hastaların acil tıp alanında nasıl değerlendirildiği, nasıl tedavi edildiği ve daha sonra tekrarlama potansiyeli yüksek olan şiddet olguları için, hekimlerin bu süreci nasıl işlettiği önem kazanmaktadır. Acil tıp hekimlerinin kadına yönelik şiddet olgularına ilişkin yaklaşımlarının tıp etiği ilkeleri açısından değerlendirilmesi ve hekimlere bu konudaki etik yükümlülüklerini sistematik bir şekilde yerine getirmeleri hususunda güncel algoritmaların sunulması önemlidir. Ayrıca acil tıp alanı özelinde hastanelerin kadına yönelik şiddet olgularının yönetimi için kurumsal politika geliştirmesine katkı sağlayacak veriler elde etmek açısından bu araştırma ile önemli ipuçlarına ulaşılabacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Kadına yönelik şiddet varlığını geçmişten günümüze sürdürmektedir. Yükselen kadın hakları hareketi ile birlikte kadına yönelik şiddete karşı çıkışlar başlamıştır. İlk karşı çıkışın 15. yüzyılda başladığı görülmüştür. 1405 yılında Fransız yazar Christine de Pizan, "The Book of the City of Ladies" isimli eserinde kadınlara kocaları tarafından uygulanan şiddetten bahsetmiştir. 16. yüzyılın başlarında Pakistan'da Guru Nanak Dev, kadın erkek eşitliğini savunan ilk erkek düşünür olarak tarihe geçmiştir. 18. yüzyılda Mary Wollstonecraft erkeğe karşı kadın haklarının ilk savunucularından olmuş, "A Vindication of the Rights of Woman" isimli kitabında kadınların eğitim eksikliklerinden kaynaklı olarak erkeklerin aşağısında görüldüğünü ancak durumun bu şekilde olmadığını belirtmiştir. Mary Wollstonecraft kitabında ayrıca erkeklerin kadınlara yönelik vahşi uygulamalarından bahsetmiştir. İngiliz felsefeci John Stuart Mill 19. yüzyılda ilk olarak kadının da oy hakkı olduğunu gündeme taşımış ve erkeğin kadına uyguladığı şiddeti "vahşilik" olarak nitelendirmiştir. Yine 19. yüzyılda erkeğin eşine uyguladığı şiddete ilişkin yasal düzeyde sınırlamalar getirilmeye başlanmış ve 1883 yılında Maryland'da aile içi şiddet belli sınırlar çerçevesinde suç olarak kabul edilmiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde kadınların hak mücadelesi artarak devam etmiştir. Ancak kadına yönelik ayrımcılığın tıp alanında kabul edilişi 1970'leri bulmuştur (1).

Meksika'da 1975 yılında başlatılan ve "Birleşmiş Milletler Kadınlar İçin On Yıl" başlangıcını belirten bir dizi küresel kadın konferansı uluslararası alanda önemli bir dönüm noktasıdır. Bu konferans, 'kadın ve güçlenme' alanındaki araştırma, eğitim ve operasyonel faaliyetlerin kurumsal çerçevesini sağlamak üzere tasarlanan "Kadınların Güçlenmesi ve Birleşmiş Milletler Kadınlara Yardım Fonu için Uluslararası Araştırma ve Eğitim Enstitüsü"nün kurulmasının yolunu açmıştır. Bunu izleyen konferanslar Kopenhag (1980), Nairobi (1985) ve Pekin'de (1995) gerçekleştirilmiştir. Tüm bu konferanslar kadınların ilerlemesini ve güçlenmesini teşvik etmek adına küresel çabaları geliştirmiş ve cinsiyet eşitliği konusunda dünya çapında bir diyalog başlatmıştır. Her konferans, hükümetler, uluslararası kuruluşlar, topluluklar ve bireyleri hedef alan çeşitli toplumsal cinsiyet eşitliği cephelerine hitap eden bir Dünya Eylem Planı ile sonuçlanan stratejik hedefler ve platformlar geliştirmiştir.

Platformların ve Dünya Eylem Planının önemli bir bileşeni cinsiyete dayalı şiddet konusu olmuştur. Yakın partner şiddeti başta olmak üzere cinsiyet temelli şiddetin her türü küresel bir sorun olarak görülmeye başlanmıştır. Nihayet kadına yönelik şiddet 1993 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından, erkeklerin kadınlara karşı hâkim kılınmasına ve kadınların ayrımcılığa uğratılarak, tam ilerlemelerinin önlenmesine yol açan bir gerçeklik ve tarihsel olarak da erkeklerle kadınlar arasındaki eşitsiz iktidar ilişkilerinin bir tezahürü olarak kabul edilmiştir (12).

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddetle mücadele, 21. yüzyıla doğru yaklaşırken insan hakları temelli uluslararası sözleşmelerin ve birçok konferansın konusu olmuştur. Kabul edilen her bir sözleşme ve yapılan her bir konferansta kadına yönelik şiddete ilişkin maddeler yer almış, şiddetle mücadelede kararlılık vurgusu yapılmıştır (13).

Uluslararası sözleşmelerde ve belgelerde kadına yönelik şiddet ile ilgili maddeler ve temel konular şu şekildedir (13):

1948, Birleşmiş Milletler (BM) İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (14);

- Madde 1; “Bütün insanlar hür, haysiyet ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler ve birbirlerine karşı kardeşlik zihniyeti ile hareket etmelidirler.”
- Madde 3, “Yaşamak, hürriyet ve kişi emniyeti her ferdin hakkıdır.”
- Madde 5, “Hiç kimse işkenceye, zalimane, gayriinsani, haysiyet kırıcı cezalara veya muamelelere tabi tutulamaz.”

1966, BM Medeni ve Siyasi Haklar Uluslararası Sözleşmesi (15);

- Madde 3; “Bu Sözleşme ‘ye Taraf Devletler, bu Sözleşme’ de yer alan bütün medeni ve siyasal haklardan erkeklerle kadınların eşit yararlanmasını güvence altına almakla yükümlüdürler.”
- Madde 9; “Herkesin kişi özgürlüğü ve güvenlik hakkı vardır.”

1979, BM Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılmasına Dair Sözleşme (16);

- Madde 2; "Taraflar Devletler kadınlara karşı ayrımcılığın her biçimini yasaklayıp, her türlü vasıta ile ve hiç vakit kaybetmeden kadınlara karşı ayrımcılığı tasfiye etme politikası izlemeyi kabul ederler..."

1992, BM Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi (17);

- 19 Sayılı Tavsiye Kararı, Madde 4; "Sözleşmenin tam olarak uygulanması için, taraflar Devletlerin kadınlara yönelik her türlü şiddeti ortadan kaldırmak amacıyla olumlu tedbirler alması gerekmektedir."
- 24 Sayılı Tavsiye Kararı, Madde 12/1; "Taraflar Devletler, aile planlaması dâhil tüm sağlık hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanabilmesi için, sağlık alanında kadınlara yönelik ayrımcılığı ortadan kaldırmak üzere gerekli bütün tedbirleri alırlar."

Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Uluslararası Konferanslarda Deklarasyonlar da şu şekildedir (13):

1993, BM Viyana Deklarasyonu ve Eylem Programı (18);

- Cinsiyete dayalı şiddet ve kültürel önyargılardan ve uluslararası insan kaçakçılığından kaynaklanan her türlü cinsel taciz ve sömürü, insanın onuruna ve değerine aykırıdır ve ortadan kaldırılmalıdır. Bu, yasal önlemlerle ve ekonomik ve sosyal kalkınma, eğitim, güvenli annelik ve sağlık bakımı ve sosyal destek gibi alanlarda ulusal eylem ve uluslararası işbirliği yoluyla gerçekleştirilebilir.

1994, BM Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Kahire (19);

- İlke 4; Toplumsal cinsiyet eşitliği, kadınların güçlendirilmesi, kadına yönelik her türlü şiddetin ortadan kaldırılması ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol etme yeteneklerinin sağlanması, nüfus ve kalkınma ile ilgili programların köşe taşlarıdır. Kadınların ve kız çocuklarının insan hakları, evrensel insan haklarının devredilemez, ayrılmaz ve bölünmez bir parçasıdır. Kadınların medeni, kültürel, ekonomik, politik ve sosyal yaşamda, ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde tam ve eşit katılımı ve cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması, uluslararası toplumun öncelikli hedefleridir.

1995, BM Dünya Sosyal Kalkınma Zirvesi, Kopenhag (20);

- Taahhüt 5/h; İnsan onuruna tam saygı göstermeyi, kadın erkek eşitliğini ve eşitliği sağlamayı ve kadınların siyasal, sivil, ekonomik, sosyal ve kültürel yaşamda ve kalkınmadaki katılım ve liderlik rollerini tanımayı ve geliştirmeyi taahhüt ediyoruz. Yasaların yürürlüğe girmesi ve yürürlüğe konulması da dâhil olmak üzere etkili önlemler alacağız ve ilgili uluslararası belgeler ve beyanlara uygun olarak kadınlara ve kız çocuklarına karşı her tür ayrımcılık, sömürü, istismar ve şiddet ile mücadele etmek ve ortadan kaldırmak için politikalar uygulayacağız.

1995, BM 4. Dünya Kadın Konferansı, Pekin (21);

- Madde 29; Kadınlara ve kızlara karşı her türlü şiddeti önleme ve ortadan kaldırma taahhüdümüzü yeniden teyit ediyoruz.

1996, 2. BM İnsan Yerleşimleri Konferansı Habitat II, İstanbul (22);

- Madde 40; evsizler, yerinden edilmiş kişiler, aile içi şiddet mağduru kadınlar ve çocuklar, engelliler, yaşlılar, afet mağdurları, örselenebilir ve dezavantajlı gruplar, mülteciler için barınma, temel hizmetler, eğitim ve sağlık hizmetlerini temin etmeyi taahhüt ediyoruz.

1996, DSÖ 49. Dünya Sağlık Asamblesi, Cenevre (23);

- Madde 49.25; şiddetin önlenmesi bir halk sağlığı önceliğidir.

2005, UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (24);

- Madde 8: İnsan Savunmasızlığına Saygı ve Kişisel Saygınlık
“Bilimsel bilgiler, tıbbi uygulamalar ve ilişkili teknolojilerin uygulanması ve geliştirilmesinde insanların hassasiyeti göz önünde bulundurulmalıdır. Özel hassasiyetleri olan bireyler ve gruplar korunmalı ve bu bireylerin kişisel saygınlığı göz önünde tutulmalıdır.”
- Madde 14: Sosyal Sorumluluk ve Sağlık
“1. Halkları için sağlık ve sosyal gelişmenin teşvik edilmesi yönetimlerin, toplumun tüm sektörlerince paylaşılan önemli bir amacdır.
2. Herhangi bir ırk, din, siyasi görüş, ekonomik veya sosyal durum bazında ayrımcılık olmaksızın elde edilebilecek en yüksek sağlık standardından

faydalanmanın her insanın temel haklarından biri olduğu dikkate alınarak, bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler aşağıdaki gelişmeleri sağlamalıdır:

(a) Sağlığın yaşamın kendisi açısından temel olması ve sosyal ve insani bir varlık olarak kabul edilmesi gerektiğinden, başta kadın ve çocukların sağlığı olmak üzere, kaliteli tıbbi bakım ve temel ilaçlara erişim...”

Savunmasızlık konusu ilk olarak 1978 tarihinde Belmont Raporu ile başlamak üzere uluslararası birçok belgede yerini almıştır. Özellikle cinsiyetle ilgili savunmasızlık olarak kadınların ve kız çocuklarının savunmasızlığı özel bir savunmasızlık olarak kabul edilerek UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin (2005) de ilgilendiği konulardan birisi haline gelmiştir (24). Bununla birlikte “savunmasızlık/örselenebilirlik kavramı, kadını güçsüz gören bakışı yeniden ürettiği ve olması gereken kadını desteklemek ve güçlendirmek olduğu için kadın çalışmacıları tarafından eleştirilmektedir.

Türkiye'nin kadına yönelik şiddeti önleme konusunda taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ise Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (Bildirgesi), BM Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), BM Kadınlara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirge ve son olarak da Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)'dir. Bu sözleşmeler içeriği itibarıyla kadına yönelik şiddetin önlenmesiyle ilgili taraf olan devletlere düzenleme yapma sorumluluğu getirmektedir. Öyle ki bu sözleşmelerin amacı, ülkelerin stratejik hedef olarak kadına yönelik şiddeti önlemeyi belirlemelerini ve buna uygun olarak şiddetle mücadeleyle ilişkin düzenleme ve uygulamalar yapmalarını sağlamaktır. Anayasanın 90'ıncı maddesi gereğince taraf olunan bu uluslararası sözleşmelerin hükümlerine uymakla devlet yükümlü kılınmıştır. Kadına yönelik şiddet ile mücadele özelinde bu sözleşmeler temel hak ve özgürlükleri teminat altına alması açısından mahkemeleri ve idareleri bağlayıcı niteliği bulunmaktadır (25).

Türkiye'de İstanbul Sözleşmesi esas alınarak ilk olarak 2012 yılında 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hazırlanmıştır (25). Bu kanunun amacı ise madde 1/1'de “şiddete uğrayan veya şiddete uğrama

tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemektir” olarak belirtilmiştir (26). Yine 2013 yılında 6284 sayılı kanunun 22’nci maddesine istinaden 6284 Sayılı Kanuna İlişkin Uygulama Yönetmeliği hazırlanmıştır (25). Bu yönetmeliğin amaç ve kapsamı madde 1’de ise *“şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınlar, çocuklar, aile bireyleri ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi ile şiddet uygulayan veya uygulama ihtimali olan kişiler hakkında şiddetin önlenmesine yönelik tedbirler ile bu tedbirlerin alınması ve uygulanmasına ilişkin usul ve esasları kapsar”* şeklindedir (27). Hazırlanmış olan bu yasa ve yönetmelik uyarınca, şiddete uğrayan bir kadının alacağı sağlık, sosyal ve adli hizmetlerin yasal çerçevesi çizilmiştir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (BMNF)’nun 2005 yılındaki açıklamasına göre, dünyada beş kadından birinin ya tecavüze uğradığı ya da ömrü boyunca cinsel şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Üçte biri ya fiziksel şiddete uğramış, bir aile üyesi ya da bir tanıdık tarafından bir şekilde cinsel birlikteliğe zorlanmış ya da istismar edilmiştir. Çoğu zaman failer cezasız kalmışlardır. Her yıl yüz binlerce kadın ve çocuk kaçırılmakta ve köleleştirilmekte, milyonlarca kişi de zararlı uygulamalara maruz kalmaktadır. Şiddet maruziyetinin bir sonucu olarak da 15 ila 44 yaşları arasındaki çok sayıda kadın ya ölmekte ya da sağlığını kaybetmektedir. Şiddetin dünya genelinde kadın sağlığı üzerindeki etkisinin, trafik kazalarının ve sıtmanın oluşturduğu toplam zararı geçtiği bildirilmiştir (12).

Yakın partner şiddeti günümüz toplumlarında giderek daha fazla artmakta ve fark edilmek. Dünya toplumları 1980 ve 1990'lardan bu yana bu tür davranışları, ayrımcılık ve insan hakları ihlali olarak ifade etmeye başlamıştır. Son on yılda ise Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), kadınlara yönelik fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddeti bir halk sağlığı sorunu kategorisine yükseltmiştir (12).

Kadına yönelik farklı şiddet türleri vardır ve türünden bağımsız olarak temelinde güç eşitsizliği bulunmaktadır. Literatürde fiziksel, cinsel, psikolojik, duygusal ve ekonomik şiddetten bahsedilmektedir (10,28,29). Güçlü olanın güçsüz

üzerinde hâkimiyet kurması ve arzularını kabul ettirmek için baskı altına alması, bireyin yaşam hakkını ihlal ettiği gibi ruhsal, bedensel ve sosyal sağlığını da tehdit etmektedir (30). DSÖ şiddet neticesinde ortaya çıkan durumu halk sağlığı sorunu olarak tanımladıktan sonra ve sağlık alanında uygulanabilecek çözüm yolları aramış ve aramaya devam etmektedir (31).

DSÖ'nün 2014 yılında şiddeti önlemeye yönelik politikalar geliştirme konusunda yayınladığı rapor, bu kapsamda geniş önerilerde bulunmuştur. Bu raporda ayrıca 133 ülke ve dünya nüfusunun %88'ini temsil eden nüfusun yaşadığı ülkelerin sağlık bakanlıkları başta olmak üzere ilgili bakanlıklardan alınan şiddet ile ilgili veriler değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre her yıl 1.3 milyon insanın şiddet neticesinde öldüğü ve bu oranın dünya genelindeki ölümlerin % 2.5'i olduğu ve 15-44 yaş arası dünyada en sık dördüncü ölüm sebebi olduğu belirtilmiştir. Bunun haricinde dünya genelinde her gün on binlerce insanın ölümcül olmayan şiddete maruz kaldığı ve ortaya çıkan şiddet olgularının hastane acillerinde tedavi alan hastaları oluşturduğu tespit edilmesine karşın, şiddet neticesinde sağlık çalışanları ile temasa geçmeyen çok sayıda fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet gören kişiler olduğu da bildirilmektedir (32).

Kadına yönelik şiddet ya da cinsiyete dayalı şiddet en yaygın şiddet biçimlerinden biridir. Şiddet olgusu kadınların insan haklarını ihlal etmekte ve sağlıklarının her boyutunu olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak da fiziksel, ruhsal ya da üreme sağlığı olumsuz etkilenen kadınlar sağlık hizmeti talebiyle sağlık çalışanlarının karşısına çıkmaktadır. DSÖ verilerine göre dünyadaki cinayet mağdurlarının %38'inin kadın olduğu, tüm kadınların %35'inin fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı, yaklaşık %30'unun yakın partnerinin uyguladığı fiziksel ve cinsel şiddetle karşılaştığı ve bu oranın bazı bölgelerde %38'e kadar çıktığı, şiddete uğrayan kadınların %16 ya da daha fazlasının düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirdiği, şiddet yaşamayan kadınlara kıyasla iki kat fazla düşük yapma olasılığı bulunduğu, iki kat fazla depresyon görülme olasılığı olduğu, 1,5 kat daha fazla HIV görülme olasılığına sahip olduğu belirtilmiştir. Dünya genelinde cinsel saldırıya uğrayan kadınların sadece %7'si yabancı kişiler tarafından şiddete maruz bırakıldıklarını ifade etmektedirler. Bu

tür saldırıya uğrayan kadınlarda alkol kullanım bozukluğu, 2- 3 kat daha fazladır ve 2 ila 6 kat fazla depresyon ve kaygı bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (33–35).

Kadına yönelik şiddet ile ilgili Türkiye’de de çalışmalar yapılmış ve kadına yönelik şiddetin, aile içinde yaygın olarak devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin 07 Mart 2016 tarihinde açıkladığı verilere göre, Türkiye nüfusunun 49.8’ini kadın nüfusu oluşturmaktadır. 2014 yılında Türkiye genelinde kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde eşinden ya da partnerinden fiziksel şiddet görme oranı %35.5 iken, coğrafi bölgelere göre incelendiğinde %42.8 ile Orta Anadolu ilk sırayı alırken, %26.8 ile Doğu Karadeniz kadına fiziksel şiddetin en az görüldüğü bölge olarak kayıtlara geçmiştir (36). HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün 2015 yılında yayınladığı “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması” verilerine göre evlenmiş kadınların %38’i fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmış, %44’ü ise duygusal şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Boşanmış kadınların %75’i fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını, hiç evlenmemiş ancak birlikteliği olmuş kadınların ise %7’si fiziksel ya da cinsel şiddet mağduru olduğu belirtilmiştir. Yaralanmalar, fiziksel şiddetin en çok karşılaşılan bulgusu olarak ortaya çıkmaktadır ve şiddet sonucu yaralanan kadınlardan %60’ı, en az üç kez yaralanmıştır. Bu yaralanmaların %50’si tedavi gerektirecek düzeydedir. Bu oran da kadınların ciddi bir fiziksel sağlık tehdidi altında olduğunu göstermektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınların aynı zamanda ruhsal problemler yaşadığının tespiti çalışmaya konu olmuş ve fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmış kadınların %33.3’ü bir dönem intihar etmeyi düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışmada şiddete maruz kalan kadınlarda intihar girişiminde bulunma oranı %15 olarak bulunmuş ve bu oran şiddete uğramayan kadınlardan beş kat daha fazla olduğu belirtilerek şiddete maruziyet ile intihar teşebbüsünde bulunma arasında bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Yapılan bu araştırma sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak her kadının şiddet tehdidi altında olduğunu ortaya koymuştur. Şiddete maruz kalan kadınların %44’ünün uğradıkları şiddeti kimseye anlatmadıkları bulunmuş, şiddeti saklama eğilimlerinin eğitim düzeyinin artmasıyla azaldığı belirtilmiştir. Şiddete uğrayan kadınların kurumsal başvuruda bulunma oranı %11 olarak saptanmıştır. Kurumsal başvuruda

bulunan kadınların %70'i ise şiddetin dayanılmaz boyuta ulaştığını ifade etmişlerdir (29).

2016 yılına gelindiğinde Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (BMKP), yoksulluğu sona erdirmek, dünyayı ve gezegeni korumak, tüm insanların barış ve refah içerisinde yaşamasını temin etmek için 17 maddeden oluşan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) belirleyerek dünyadaki tüm ülkelere evrensel bir eylem çağrısında bulunmuştur. BM SKH, ülkelerin ve dünyanın karşı karşıya kaldığı ağır sorunların çözüme kavuşturulması için ortak bir plan ve gündem sağlamakta olup, 15 yıl boyunca bu hedefler ile ilgili ülkelere destek verilmesini taahhüt etmişlerdir. Kadına yönelik şiddetin sağlık ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde yansımaları göz önüne alındığında SKH'inden; 3 (Sağlıklı bireyler) ve 5 (Toplumsal Cinsiyet Eşitliği) numaralı hedefler doğrultusunda, ülkelerin bu sorunlar ile ilgili çalışmalarında BMKP'nın destek olacağı görünmektedir (37).

Kadınların güçlendirilmesi ve özerkliğinin savunulması; politik, sosyal, ekonomik ve sağlık durumlarının iyileştirilmesi, kendi içinde son derece önemli bir amaçtır. Bu güçlendirme, sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması için de şarttır; hem kadınların hem de erkeklerin tam katılımı ve ortaklığı, çocukların bakımı ve beslenmesi ve hane halkının bakımı için ortak sorumluluklar da dâhil olmak üzere, üretken bir yaşam için elzemdir. Kadının statüsünün iyileştirilmesi, gerek sağlık, gerekse de yaşamına ilişkin karar alma sürecinde etkili olacaktır (19).

Çalışma kapsamında kadına yönelik şiddetin tanımı, şiddeti anlayabilme, kadına yönelik şiddetle mücadelede sağlık sisteminin ve acil servislerin rolü, kadına yönelik şiddette acil tıp uygulama örnekleri, ilgili tıp etiği ve acil tıp etiği kavramları, kadına yönelik şiddette acil tıp eğitimi gibi konular ulusal ve uluslararası literatür ışığında ele alınacaktır.

2.1. Şiddetin Tanımı

DSÖ şiddeti, fiziksel gücü ya da otoriteyi, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu, yoksunluk belirtileriyle sonuçlanacak / yüksek olasılıkla sonuçlanacak şekilde kişi, grup ya da topluluğa karşı kullanmak olarak tanımlamış ve

1996 yılında 49. Dünya Sağlık Kurulunda, şiddeti tüm dünyada büyük ve büyüyen bir halk sağlığı sorunu olarak kabul etmiş ve çözüm önerileri sunmuştur (31). Türk Tabipler Birliği (TTB) ise şiddeti “bir kişinin diğerine zarar verme niyetiyle saldırıda bulunması ya da kişinin kendisine karşı istemediği bir davranışın uygulanması” olarak tanımlamıştır (38). Türk Dil Kurumu’nun internet tabanlı Türkçe sözlüğünde ise şiddet “duygu veya davranışta aşırılık” olarak tanımlanmaktadır (39).

Bu tanımlardan anlaşıldığı üzere, şiddete uğrayanlar, sadece fiziksel olarak zarar görmeye kalmamakta, ekonomik yoksunluklara uğratarak, psikolojik anlamda baskı ve işkenceye maruz kalarak, korkutulma ve aşağılanma gibi durumlara düşerek de mağduriyetler yaşamaktadırlar (40).

2.2. Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet

Kadına yönelik şiddetin tanımına ilişkin sorun, yeni durum, bilgi ve perspektif geliştikçe tanımının da genişletilmekte oluşudur. Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına ilişkin 1993 Birleşmiş Milletler Beyannamesi çok kapsamlı ve kapsayıcı bir çerçeve sunmaktadır. Kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyet temelli şiddet eylemlerini içermekte olup; toplumsal yaşamda ya da özel hayatta fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar ya da bu tür eylemlerin tehditleri, baskısı ya da keyfi olarak özgürlükten mahrum etme gibi durumlarla sonuçlanmaktadır (41,42).

BM 1993’te kadınlara karşı şiddetin uluslararası tanımında, “toplumsal cinsiyet temelli şiddet” nitelendirmesini yaparak, kadına yönelik şiddeti, toplumdaki kadın ve kızların statüleri bağlamında anlama ihtiyacının altını çizmiştir. Hem kadınlar hem de erkekler şiddete maruz kalmakla birlikte kanıtlar, kadına yönelik şiddetin risk faktörleri, türleri ve sonuçlarının erkeklere karşı şiddetten farklı olduğunu göstermektedir. Birçok kültürün, kadına yönelik şiddeti meşrulaştıran ve bunun sonucu olarak sürdüren inançları ve normları bulunmaktadır. Bu sebeple, kadına yönelik şiddetin, kadınların şiddete karşı savunmasızlığını etkileyen normlar, toplumsal yapılar ve toplumsal cinsiyet rolleri bir bütün olarak ele alınmalıdır (3).

Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesine göre “kadınlara karşı toplumsal cinsiyete dayalı

şiddet, bir kadına karşı, kadın olduğu için yöneltilen veya kadınları orantısız bir biçimde etkileyen şiddet olarak” olarak tanımlanmıştır (43).

Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Birleşmiş Milletler Beyannamesinde kadınların, politik, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni ya da başka herhangi bir alanda tüm insan haklarının ve temel özgürlüklerin eşit şekilde yararlanmasını ve korunmasını isteme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Bu haklar yaşam hakkı; eşitlik hakkı; özgürlük ve güvenlik hakkı; yasaya göre eşit korunma hakkı; her türlü ayrımcılıktan korunma hakkı; fiziksel ve ruhsal sağlığa en yüksek standartlarda erişme hakkı; adil ve elverişli çalışma koşullarına sahip olma hakkı; işkence veya diğer zalimane, insanlık dışı veya onur kırıcı muamele veya cezaya maruz bırakılmama hakkı olarak sıralanmıştır (42).

Toplumsal cinsiyet temelli şiddeti daha iyi anlayabilmek için, kadına yönelik şiddetin teorik temellerini açıklayan sosyal öğrenme teorisini, cinsiyet ve erkeklik teorisi ile feminist teorileri de iyi kavramakta yarar vardır. Bu teoriler aşağıda kısaca açıklanmıştır:

Sosyal öğrenme teorisi; sosyal öğrenme, şiddet davranışının nasıl kazanıldığına dair en popüler açıklamadır. Çocukların davranışlarını başkaları üzerinde modelleyerek şiddeti kullanmayı öğrendiklerini açıklamak için geliştirilmiş genelleştirilmiş bir teoridir. Sosyal öğrenme teorisine göre şiddet, fiziksel cezalandırma ya da başkalarına yöneltilen şiddete tanıklık etme yoluyla öğrenilir. Şiddet davranışları, sonuçların olumlu olarak görüldüğü ve alternatiflerini öğrenme fırsatlarının en az olduğu veya bulunmadığı bir ortamda öğrenilir. Bunun bir sonucu olarak da şiddet davranışları yetişkinlikte çatışmayı ve olumsuz duyguları ele alma mekanizmaları olarak devam eder. Gözlem ve öğrenme kaynağı, ailenin ötesinde, bireyin içinde yaşadığı, kadınları daha az değere sahip gösteren ve erkeklere karşı daha az saygılı olmayı tasvir eden medya imgeleri de dâhil olmak üzere, içerdiği alt kültürü de kapsamaktadır. Sosyal öğrenme teorisi, “şiddete dayalı kuşaklar arası döngüyü” açıklamak için yaygın olarak kullanılır. Bu bağlamda, annelerine yönelik şiddete tanıklık eden çocukların büyüdüklerinde kendi eşlerine karşı daha şiddetli davranma olasılıkları olduğu belirtilmektedir. Yine bu teoriye göre erkek akran

grupları da kadınların psikolojik, fiziksel veya cinsel istismarı konusunda önemli bir destek ve tavsiye kaynağı olmaktadır (44).

Cinsiyet ve erkeklik teorisi; bu teoriye göre toplumsal cinsiyet rolleri, kız ve erkek çocuklarının kendi kültürlerinde erkeksi ya da kadınsı olmanın ne demek olduğuna dair mesajları aldıklarında ortaya çıkar. Erkek çocukları erken cinsel kimlik oluşumu sırasında kadınsı özellikleri reddederek daha güçlü erkeksi özellikleri kabul ederler. Kendilerini erkeksi olarak tanımlama çabaları, kadınlara fiziksel ve cinsel şiddete yönelik değer biçilmesini ve hedef alınmasını içerebilir. Hegemonik erkeklik ise herhangi bir toplumda baskın, idealize edilmiş erkeklik biçimidir. Erkekler hegemonik erkekliğin ideallerini günlük yaşamda karşılaştıkları durumlara uygularlar ve toplumsal cinsiyete dayalı bir eylem stratejisi izlerler. Dolayısıyla erkeklik, kişinin sosyal konumuna (sınıf ve ırkla belirlenir) ve duruma bağlı olarak gerçekleştirilir (44).

Feminist teoriler; feminist teoriler toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti, tarihsel olarak erkek ayrıcalığını ve kadınların erkek partnerlerine bağımlılığını geliştiren sosyoekonomik, yasal yapılar ve uygulamalar bağlamında açıklar. Bu teoriye göre toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin kadınların erkeklere itaat ettiği toplumsal zeminde gerçekleşeceğini ileri sürer. Bunun nedeni ise feminist kuramcılara göre toplumların büyük çoğunluğunun ataerkil olarak yapılandırılmış olmasıdır. Feminist teoriye göre ataerkillik erkekler için üstün bir pozisyonu tanımlayan ve bu üstün pozisyonu güçlendiren toplumsal yapıları ve düzenlemeleri güçlendirmeye hizmet etmektedir. Sonuç olarak da toplumsal cinsiyet eşitliği normlarının yaygınlaştırılmasının, toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti azaltmada en önemli faktör olduğu görüşünü destekler (44).

2.3. Şiddeti Anlayabilme

Şiddete uğrayan kadınlar, genellikle sağlık hizmeti alırken, karşılaştıkları şiddet deneyimlerini açıklamamaktadırlar. Şiddete maruz kalındığında ve bunun açıklandığı durumlarda kadının tıbbi yardım aradığına, ancak şiddeti meydana getiren ilişki sorununu çözmek için istekli olmadığına sağlık çalışanları tanıklık edebilirler. Sağlık çalışanları da bazen yaşadıkları toplumun normlarını, inançlarını ve tutumlarını

yansıtılmakta, bunun bir neticesi olarak da kadına yönelik şiddet ile karşılaştıklarında yeterli tıbbi bakımı sağlamayı engelleyen, olumsuz tutum ve davranışlar sergileyebilmektedirler (45).

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddete ilişkin sağlık personelinin tutum ve inançlarını geliştirmek, her sağlık kuruluşunun uzun vadeli bir yaklaşım gerektiren zorlu bir görevi ve sorumluluğu olarak kabul edilmektedir. Bu amaçla yapılacak olan her bir çalışma, şiddeti meydana getiren etmenlerin sağlık çalışanları tarafından anlaşılmasına ve her bir şiddet türüne uygun olarak kadına yönelik destekleyici ve yargısız bir tutum sergilemelerine katkı sağlayacaktır (45).

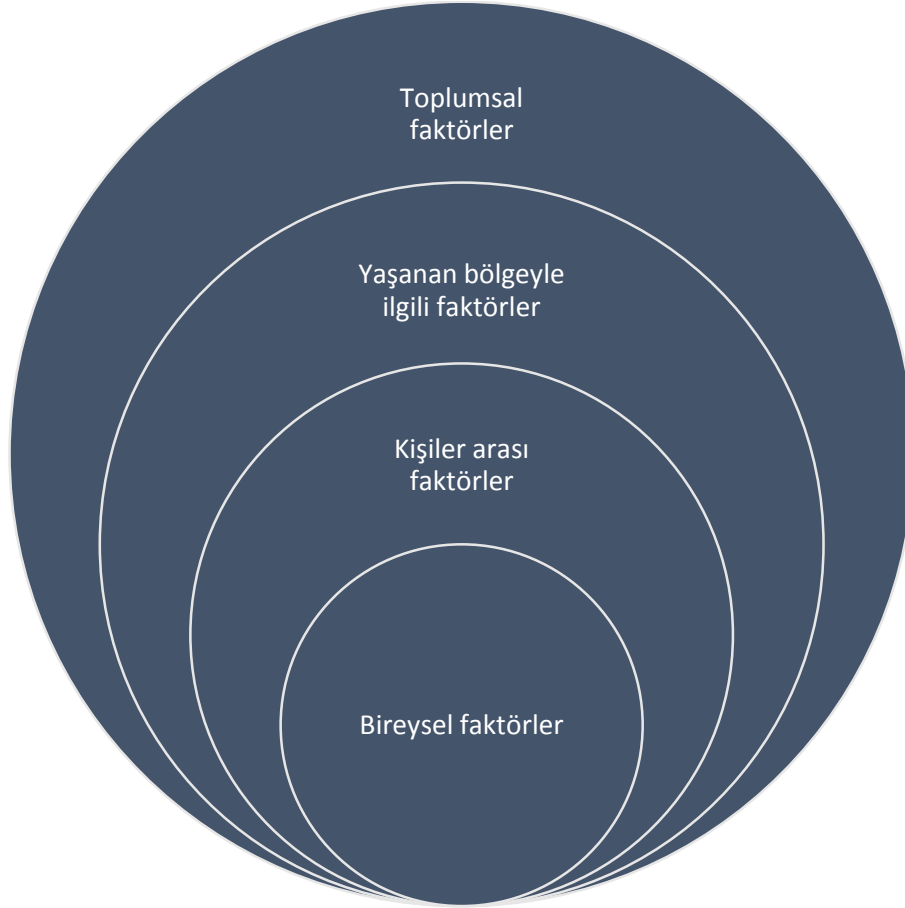
Şiddeti anlamayı kolaylaştırmak için zaman içerisinde farklı modeller ve bakış açıları geliştirilmiştir. Bunlara kısaca değinmekte yarar olacaktır.

2.3.1. Şiddeti Anlamada Ekolojik Model

Toplumsal cinsiyet temelli şiddet, tüm dünyada yaygın bir halk sağlığı ve insan hakları sorunudur. Şiddetin türü ve yaygınlığı ise bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Araştırmacılar ve sağlık programları, cinsiyete dayalı şiddetin belirli türlerini farklı şekillerde tanımlamaya çalışmıştır. Bu da topluma özgü cinsiyete dayalı şiddetin türlerini baz alınarak sağlık programlarını, şiddeti önleme çalışmalarını görüldüğü ortama en uygun şekilde yönlendirmeye katkı sağlamıştır (3).

Kadına yönelik şiddet karmaşık etkileşimler barındırır ve farklı yerlerde değişkenlik gösterebilir. Şiddet bireysel, ilişkisel, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin etkileşimini içermektedir. Şiddetin cinsiyete dayalı olan yönü ise en önemli neden olarak belirtilebilir. Kadının ilişkide eşit olmayan bir pozisyonda bulunması erkeğin de kadın davranışlarını kontrol etme hakkının olduğunu düşünmesi ve kadının da buna karşı direnmesi şiddeti meydana getirmektedir (46). Şiddete ilişkin risk faktörleri ve nedenlerini anlamak, şiddeti önlemeye yönelik yaklaşım geliştirmedeki önemli adımlardan biridir. Bu amaçla bir ekolojik model kullanılmaktadır. İlk olarak 1970'lerin sonlarında tanımlanan ekolojik model, başlangıçta çocuk istismarına ve daha sonra da gençlere yönelik şiddete uygulandı. Daha yakın zamanlarda ise araştırmacılar, yakın partner şiddetini ve yaşlı istismarını anlamak için kullandılar.

Ekolojik model, bireysel ve bağlamsal faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmaya ve şiddetin davranış üzerindeki çoklu etki düzeyinin sonuçlarını görmeye yardımcı olmaktadır, Şekil 2.1 (31).



Şekil 2.1. Ekolojik Model

Ekolojik modele göre belirlenen dört faktör şu şekilde açıklanabilir:

Bireysel faktörler; Ekolojik Modelin ilk düzeyidir. Bireyin kendi davranışlarıyla getirdiği biyolojik ve kişisel geçmişi ilgilendiren faktörleri tanımlamayı amaçlamaktadır. Biyolojik ve demografik faktörlere ek olarak, dürtüsellik, düşük eğitim düzeyi, madde kötüye kullanımı, saldırganlık ve istismara uğramış olma gibi faktörler de dikkate alınmaktadır. Başka bir deyişle, ekolojik modelin bu düzeyi, bireyin mağdur veya şiddet uygulayan olma olasılığını artıran bireysel özelliklerine odaklanır (31).

Kişiler arası faktörler; Ekolojik Modelin ikinci düzeyidir. Yakın sosyal ilişkilerin, akranlarla ilişkilerin, yakın partnerlerin ve aile üyelerinin şiddet uygulamaya ve

şiddete maruz kalma riskine nasıl etki ettiğini araştırır. Örneğin, partner şiddeti ve çocuk istismarı vakalarında, hemen hemen günlük olarak istismarcıyla iletişim kurmak veya ortak bir ikametgahı paylaşmak şiddetle karşılaşma ihtimalini artırabilir. Gençler arasında şiddet görülmesinde, araştırmalar, bu davranışların arkadaşları tarafından teşvik edildiği ve onaylandığı zaman, gençlerin olumsuz faaliyetlerde bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Akranlar, yakın partnerler ve aile üyeleri, bir bireyin davranışını ve deneyim çeşitliliğini şekillendirme potansiyeline sahiptir (31).

Yaşanan bölgeyle ilgili faktörler; ekolojik modelin üçüncü düzeyidir. Okullar, işyerleri ve mahalleler gibi sosyal ilişkilerin gömülü olduğu toplumsal bağlamları inceler ve şiddet gören ya da şiddet uygulayan kişilerle ilişkili özellikleri saptamaya çalışır. Yüksek düzeyde insan hareketliliği, heterojenlik ve yüksek nüfus yoğunluğu bu özelliklerin örnekleridir ve her biri şiddet ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde uyuşturucu kaçakçılığı, yüksek işsizlik oranları veya yaygın sosyal izolasyon gibi sorunların da yer aldığı toplulukların şiddet yaşama olasılığı daha yüksektir. Yapılan araştırmalar yoksulluk veya fiziksel bozulma alanlarında ya da az sayıda kurumsal desteğin olduğu yerlerde şiddetin daha fazla görüldüğünü göstermiştir (31).

Toplumsal faktörler; ekolojik modelin dördüncü ve son seviyesidir. Şiddet oranlarını etkileyen daha geniş toplumsal faktörleri inceler. Burada, şiddet için kabul edilebilir bir iklim oluşturan faktörler, şiddete karşı önlemleri azaltan faktörler ve farklı gruplar veya ülkeler arasındaki farklı toplum kesimleri veya gerilimler arasındaki boşlukları yaratan ve sürdüren faktörler yer almaktadır. Daha büyük toplumsal faktörler olarak çatışmaları çözmek için şiddeti kabul edilebilir bir yol olarak destekleyen kültürel normlar, intiharı önlenebilir bir şiddet eylemi yerine bireysel seçim meselesi olarak gören tutumlar, çocuk refahının üzerinde ebeveyn haklarına öncelik veren normlar, kadın ve çocuk üzerinde erkek egemenliğini sağlayan normlar, vatandaşlara karşı polis tarafından aşırı güç kullanımını destekleyen normlar, siyasi çatışmayı destekleyen normlar sıralanabilir (31).

Ekolojik model, kadın ve kız çocuklarının şiddet riskine katkıda bulunan bazı temel faktörleri anlamak için bir yöntem sunmaktadır. Bu model yukarıda açıklandığı

üzere bireysel, ilişki, topluluk ve toplum olmak üzere dört risk düzeyi olarak düzenlenmiştir. Bu bağlamda kadın ve kız çocuklarının şiddete maruz kalma olasılığını ve erkeklerin şiddete başvurma ihtimalini artıran biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve politik faktörlerin karmaşık etkileşimini anlamadaki önemini vurgulamaktadır (9).

Ekolojik modele göre şiddetin zeminini oluşturan risk faktörlerini kısaca Tablo 2.1’de görmek mümkündür (9).

Tablo 2.1. Ekolojik Modele Göre Şiddetin Risk Faktörleri

Bireysel faktörler	<ul style="list-style-type: none"> - Cinsiyet, yaş ve eğitim - Aile içi şiddet öyküsü - Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet tanıklığı - Çocuk ihmali veya istismarı kurbanı olma - Geçimi sağlayacak gelir eksikliği - İşsizlik - Ruh sağlığı ve davranış problemleri - Alkol ve madde bağımlılığı - Fuhuş - Ülke içi göç - Engellilik - Küçük ateşli silah sahibi olma
Kişiler arası ilişkiyle ilgili faktörler	<ul style="list-style-type: none"> - Bozuk aile ilişkileri - Kuşaklar arası şiddet, kötü ebeveynlik kaynaklı - Şiddet içeren ebeveyn çalışması - Şiddete maruz kalan veya şiddet gösteren kişilerle arkadaşlık - Düşük sosyoekonomik düzey, sosyoekonomik stres - Kadının güçlenmesine karşı duruş - Namusun kadının sağlığı ve güvenliğinden önemli kabul edilmesi
Yaşanan bölgeyle ilgili faktörler	<ul style="list-style-type: none"> - İşsizlik artışı - Nüfus yoğunluğu - Kadınların ve ailelerin sosyal izolasyonu - Bilgi eksikliği - Şiddet kurbanının yetersiz bakımı - Okul ve işyerlerinde şiddetin konuşulmaması - Şiddete karşı yetersiz toplumsal yaptırım - Halka açık yerlerde yetersiz güvenlik önlemleri - Zorlayıcı geleneksel roller - Şiddet göreni suçlama - Şiddet görenin mahremiyetinin ihlali
Toplumla ilgili faktörler	<ul style="list-style-type: none"> - Yoksulluk - Ekonomik ve sosyal eşitsizlik, cinsiyet eşitsizliği - Kötü sosyal güvenlik - Erkeklik ile bağlantılı saldırganlık ve baskınlık - Zayıf hukuk ve adalet sistemi - Faillerin yargılanmaması - Şiddet mağdurlarının hukuki haklarının olmayışı - Şiddeti destekleyen sosyal ve kültürel normlar - Küçük ateşli silahlar - Çatışma - Ülke içi göç - Mülteci kampları

2.3.2. Güç ve Kontrol Çemberi Modeli

Güç ve Kontrol Çemberi Modeli, Minnesota'daki Aile İçi İstismarla Müdahale Programı tarafından geliştirilmiştir. Araştırma için oluşturulan odak gruplardaki yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların deneyimlerinden elde edilen bilgileri içermektedir. Bu model yakın ilişkide güç ve kontrolün yansımalarını ve mekanizmalarını anlamak için bir çerçeve sunmaktadır (45). Bu modelde, bir kadının partneri tarafından bilinçli olarak kontrol edilmesi ya da baskı altına alınmasını sağlayan davranış kalıplarını özetleyen sekiz kısımdan oluşmaktadır (47):

1. *Baskı ve tehdit kullanma*; kadını incitecek tehdit içeren eylem yapmak. Kadını terk etmeyle tehdit etmek, intihar edeceğini söylemek, yasa dışı şeyler yapmaya zorlamak vs.
2. *Gözdağı verme*; hareketler, bakışlar ve mimikleri kullanarak kadını korkutmak, kadının malına zarar vermek, evcil hayvanına saldırıda bulunmak, silah göstermek, vs.
3. *Duygusal istismar*; kadını tenkit etmek, kadının kendini kötü hissetmesini sağlamak, ismiyle çağırmak, aptal olduğunu düşünmesini sağlamak, aşağılamak, kadını suçlamak, vs.
4. *İzolasyon*; kadının ne yaptığını, ne konuştuğunu, ne okuduğunu, nereye gittiğini, kontrol etme şeklinde kendini gösterir. Bu eylemlerin bir sonu olarak kadının dışarıya dönük olarak kadının faaliyetleri kısıtlanır ve bu kısıtlama kıskançlık ile temellendirilerek savunulur.
5. *Ekonomik istismar*; kadının iş sahibi olması ya da işinde çalışması engellenir, para ihtiyacını belirtmesi sağlanır ve harçlık verilir, elindeki parası alınır, ailenin ne kadar geliri olduğunu öğrenmesine müsaade edilmez.
6. *Küçümseme, yalanlama, suçlama*; istismarın aydınlatılmasını istememe, kadının endişelerini ciddiye almama, şiddetin olmadığını söyleme, şiddetin sorumlusu olarak kadını gösterme, vs.
7. *Çocukları kullanma*; kadını çocuklara karşı suçlu hissettirme, mesaj vermek için çocukları kullanma, kadını taciz etmek için çocuk ziyaretini kullanma, çocuğu almak için tehdit etme, vs.

8. *Erkek ayrıcalığı*; kadına bir hizmetçi gibi davranma, kadının fikrini almadan büyük kararlar alma, kadına karşı hükümdar gibi davranma, erkeklerin ve kadınların rollerini tanımlama, vs.

2.3.3. Stockholm Sendromu

Stockholm Sendromu, kadınların neden şiddet barındıran ilişkilere devam ettiklerini açıklamak için kullanılmaktadır. İlk defa 1973'te, Stockholm'deki banka soyguncuları dört kişiyi altı gün boyunca rehin tuttuklarında gözlemlenmiştir. Bu süre zarfında esirler kendilerini rehin alan soyguncularla yakın ilişki geliştirmiş ve neticede polisi düşman olarak görmeye başlamıştır. Graham ve Rawlings isimli iki araştırmacı partner şiddetine maruz kalan 400'den fazla kadının katıldığı bir anket çalışması yapmış, partnerinin şiddet uyguladığı kadınlar arasında benzer bir tepki modeli olduğunu tespit etmişlerdir. Bu kadınların yakın bağlar geliştirmeye ve hatta hayatta kalmak için bir baş etme stratejisi olarak faille özdeşleşme eğiliminde oldukları da araştırma sonuçlarına yansımıştır. Partnerin küçük tavizler vermeye ya da bir ölçüde dostluk göstermeye istekli davranışları olduğunda da kadınların yeni umutları ve kötüye bir şans daha vermeye hazır oldukları görülmüştür. Şiddet döngüsü içerisindeki kadınlar, şiddet maruziyetinden kurtulmanın imkânsız olduğunu düşünerek, psikolojik baş etme kalıpları geliştirmeyi başaramazlar (45).

2.3.4. Şiddetin Normalleştirilmesi

Şiddetin normalleştirilmesi kavramı, İsveçli sosyolog Eva Lundgren tarafından geliştirilmiştir. Bu kavram şiddet yaşayan kadınların neden şiddete uğrama deneyimlerini şiddet olarak tanımlamamakta zorlandıklarını açıklamaktadır. Şiddet ilişkisi içerisinde yaşayan bir kadın şiddet uygulayan partnerinin davranışlarını belli bir süre sonra benimseyerek içinde buldukları durumu yorumlama ve anlama yeteneğini kaybederler. Bunun bir sonucu olarak da kadınlar kendilerini "hırpalanmış kadın", partnerlerini de "istismarcı" olarak tanımlamakta isteksiz davranmaktadırlar. Araştırmalar, kadın ancak şiddet ilişkisini terk ettikten sonra, artık eski partnerinden şiddet görmemeye başladığı zaman, şiddetin "denormalizasyonu" sürecinin

başlamasını ve şiddet deneyimlerini ve tecrübelerini şiddet olarak adlandırmaya başladığını da göstermektedir (45).

2.4. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Bir insan hakkı ihlali olan kadına yönelik şiddet, kadının insan haklarından yararlanmasına engel birçok durumu oluşturmaktadır. Yaşam, özgürlük, güvenlik, ruhsal ve fiziksel sağlık, saygınlık gibi kişinin temel haklarını elde etmesine engel olduğu gibi, pratikte de bu hakka sahip olmayı geçersiz kılmaktadır. Kadına yönelik şiddet çok boyutlu bir toplumsal sorundur ve sadece kadınları etkilemekle kalmayıp toplumu her anlamda sonuçları itibarıyla olumsuz etkilemektedir. Kadına yönelik şiddeti ortaya çıkaran temel etkenler toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde çok faktörü de içerisinde barındıran, anlaşılması güç olan durumlar olmaktadır. Evlilik içi anlaşmazlık, kültürel nedenler, ilişkiye has sorunları çözememe, kadının ekonomik açıdan bağımsız olmayışı, karar almada ya da yasal zeminde eşitliğin sağlanamaması gibi birçok faktör şiddet ile neticelenen durumları oluşturabilmektedir. Bu sebeple şiddet ile mücadele ve ortadan kaldırılmasına ilişkin çok kapsamlı politikaların farklı disiplinlerin de desteği ve etkileşimi ile çözülmesi önem arz etmektedir (48).

Sağlık profesyonelleri için, kadına yönelik şiddetin birçok yönü olduğu unutulmamalıdır. Yaralanmalara neden olan fiziksel ve cinsel şiddetin tespit edilmesi daha kolay olabilir. Kadınların psikolojik ve ekonomik şiddet deneyimleri de gözden kaçırılmamalıdır, zira bu şiddet türleri de kadınların sağlığı üzerinde de önemli olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Ayrıca, kadınlar ve kız çocukları erken evlilik, zorla evlilik veya cinsiyete dayalı seçim gibi zararlı uygulamalar da yaşamaktadırlar. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddeti oluşturabilecek tüm eylemleri anlaması ve tanınması önemlidir. Öncelikle genel olarak kadına yönelik şiddeti ana başlıklar ve şiddete özgü eylem örnekleri vererek açıklamakta yarar vardır (45):

2.4.1. Fiziksel şiddet

Bedensel yaralanma, ağrı veya zayıflatma ile sonuçlanan fiziksel güç uygulamadır. Yaralanma şiddeti, minimal doku hasarından kemik kırıkları, kalıcı sakatlıklara ve ölüme kadar değişik şekillerde sonuçlanabilir. Fiziksel şiddet eylemlerine örnek olarak şunları sayabiliriz; tokatlama, itekleme, yumruklama, dayak atma, tırmalama, boğma, ısırma, hırpalama, tükürme, yakma, vücudun bir kısmını bükme/çevirme, istenmeyen bir maddeyi kullanmaya zorlama, tıbbi tedavi veya başka bir yardım istemesini engellemek için kısıtlama, kadını yaralamak için ev eşyası ya da silah kullanma (45).

2.4.2. Cinsel şiddet

Ev, iş yeri ya da herhangi bir ortamda mağdur ile ilişkisinden bağımsız olarak istenmeyen cinsel eylemde bulunma, istenmeyen cinsel yorumlarda bulunma, ticareti yapma, zor kullanarak kişinin cinselliğine engel olma olarak tanımlanmaktadır. Cinsel şiddet eylemlerine örnek olarak şunlar sıralanabilir; tecavüz, diğer cinsel saldırı biçimleri, istenmeyen cinsel eylemler ve cinsel taciz (iş karşılığında cinsel birliktelik talepleri, görevde yükselme, yüksek okul notları karşılığında birliktelik talep etmek de dahil), cinsel sömürü amacıyla insan ticareti, pornografiye zorla maruz kalma, zorla hamilelik, zorla sterilizasyon, zorla kürtaj, zorla evlendirme, erken ya da çocuk yaşta evlilik, kadın sünneti, bekaret testi, ensest ilişki (45).

2.4.3. Psikolojik/duygusal şiddet

Kadının psikolojik bütünlüğünü doğrudan etkileyen eylemlerdir. Psikolojik/duygusal şiddet örnekleri; söz veya eylemlerle kadına veya ona yakın olan birine karşı şiddet ve zarar verme tehditleri (gizlice takip etme, silah gösterme), iş yerinde taciz ve mobbing, aşağılama ya da aşağılayıcı yorumlar yapma, iletişime engel olma ya da kısıtlama(örneğin kadını eve kilitleme, işini bırakması için zorlama veya bir doktora görünmesini yasaklama), kadını kontrol etmek ya da incitmek amacıyla yakın partner tarafından çocukların kullanılması (çocuğa doğrudan saldırma, çocukları

annelerine karşı saldırıyı izlemeye zorlama, çocuğu götürmek ya da kaçırmayla tehdit etme) (45).

2.4.4. Ekonomik şiddet

Bir kadının zaman, paraya, seyahat, yiyecek veya giysi de dâhil olmak üzere kaynaklara erişimini reddetmek ve kontrol etmek için kullanılır. Bazı ekonomik şiddet eylemi örnekleri; kadının çalışmasını yasaklama, aile içerisinde finansal karar almanın dışında bırakma, parasal ya da finansal bilgi vermeme, çocuk bakımı ve ihtiyaçları için ödeme yapmama, müştereken sahip olunan varlıklara zarar verme (45).

2.4.5. Kadının Yaşam Evrelerine Göre Maruz Kaldığı Şiddet Türleri

Kadına yönelik şiddet, birbiriyle ilişkili, birbirini izleyen ve yinelenen formların devamlılığıyla kendini gösterir. Fiziksel, cinsel, psikolojik/ duygusal ve ekonomik şiddet ve sömürüyü içerebilir, hem özel hem de kamusal alanlarda farklı şekillerde deneyimlenebilir ve bazen ulusal sınırları aşabilir. Şiddetin görülme biçimleri arasında aile içi şiddet, cinsel şiddet, evlilik içi tecavüz, ısrarlı takip, cinsel taciz, insan ticareti ve cinsel istismar, çocuk evliliği, kadın sünneti ve kadına yönelik şiddeti oluşturan ya da bunlara katkıda bulunan zararlı uygulamalar yer alır ancak bunlarla da sınırlı değildir. Kadınlar ayrıca yaşamları boyunca farklı şekillerde ve bağlamlarda şiddete maruz kalmakta ve kadına karşı şiddetin pek çok biçimi de kız çocukları tarafından da yaşanmaktadır (49).

Kadına yönelik şiddetin tekrarlayan bir olgu olduğunu açıklamak için üç aşamalı olarak şiddet döngüsünü açıklamak gerektirmektedir. Şiddet döngüsü modeli 1979'da Amerikalı psikolog Lenore E. Walker tarafından geliştirilmiştir. Bu üç aşamalı "şiddet döngüsü modeli" gerilimin tırmandığı dönem, şiddet dönemi ve balayı dönemi olarak tanımlanıyor ve birbirini takip ederek devam eden bu evreler ilişki sonlanmadığı takdirde kadını tekrarlayan şiddete maruz kalacağını tarif etmektedir (Şekil 2.2). Bu evreleri kısaca açıklamak gerekirse (45)(50)(51):

Gerilimin tırmandığı dönem; gerginliğin tırmandığı dönemdir. Şiddetin oluşmasını önlemek için kadın bir çaba içerisinde. Kadın ve erkek arasında iletişimin

ve uzlaşmanın minimal olması bu süreçte daha da görünür hal alır. Erkek gerilim yaratır, kıskanç davranışlar gösterir, en ufak bahanelerle tartışmalar çıkartır ve kadının yaşamını kontrol altına almaya çalışarak psikolojik baskı altına alır. Sorunlar çözülmeden kaldığı zaman gerginlik oluşur, karşılıklı tartışma ve eleştiri artar, bir sonuç olarak nispeten küçük fiziksel müdahaleler başlar. Bu dönem bir haftadan birkaç yıla kadar sürebilir.

Şiddet dönemi; gerginliğin tırmanmasından sonra, fiziksel şiddet genellikle erkeğin kendi öfkesini yönetme isteğini ya da yeteneğini kaybetmesinden dolayı ortaya çıkar. Fiziksel şiddeti uyguladıktan sonra erkek bahaneler üretmeye başlar. Fiziksel şiddetin görünmesinden sonra yardım aranmaya başlama olasılığı daha yüksektir.

Balayı dönemi; bu dönem, gerilimin dağılmasından kaynaklanan olumlu duygular ve şiddet olayından sonra ilişkinin daha iyi değişeceği umuduyla karakterize edilir. Şiddet uygulayan erkek pişmanlık davranışı sergiler, özür diler, tekrarlamayacağına ilişkin söz verir, ilişkiyi normale döndürmek için yapıcı tutum gösterir. Bu süreçte altta yatan kontrollü davranışlar, çiftin arasında bir kez daha gerginlik oluşma aşamasına girene kadar devam eder.



Şekil 2.2. Şiddet Döngüsü

Her ne kadar hem kadın hem de erkek şiddete maruz kalsalar da erkeklerin, mağdurun cinsiyetine bakılmaksızın, şiddetin failleri olma olasılığı daha yüksektir. Kadınlara yönelik olan şiddetin nitelikleri, şiddetin kritik yönleri açısından farklılık göstermektedir. Mesela kadınların bildiği bir kişi, genellikle aile üyesi veya yakın partner tarafından fiziksel olarak saldırıya uğraması veya öldürülmesi daha olasıdır. Ayrıca, çocuklukta, ergenlikte ya da yetişkin olarak cinsel taciz ya da istismar edilme riski kadınlarda daha yüksektir. Kadınlar yaşamlarının değişik evrelerinde farklı şiddet türlerine karşı daha savunmasızdır. Her bir evreye ilişkin ise uğrama olasılıkları yüksek olan şiddet içeren tutum ve davranışlara Tablo 2.2’de belirtildiği gibi maruz kalabilirler (52).

Tablo 2.2. Kadınların Yaşam Evrelerine Göre Maruz Kaldıkları Bazı Şiddet Türleri

Doğum öncesi evre	- Cinsiyet seçimli kürtaj
Bebeklik evresi	- Kız bebeği öldürme - İhmal (sağlık bakımı, beslenme)
Çocukluk evresi	- Çocuk istismarı - Kötü beslenme - Kadın sünneti
Ergenlik evresi	- Fuhşa zorlama - Çocuk ticareti - Erken yaşta evliliğe zorlanma - Psikolojik istismar - Tecavüz
Reprodüktif evre	- Namus cinayeti - Kız isteme geleneklerine ilişkin cinayet - Yakın partner şiddeti - Partner harici kişinin cinsel saldırısı - Kadın cinayeti - Kadın ticareti - Cinsel taciz
Yaşlılık evresi	- Yaşlı ve dul kadının ihmal ve istismarı

Kadına yönelik şiddeti yaşam evresi yaklaşımıyla anlamak, sağlık çalışanlarının kadınların yaşamları ve sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri bağlamında, şiddetin kümülatif etkisini anlamalarına yardımcı olabilecektir. Kanıtlar, bir kadının hayatındaki şiddetin, özellikle cinsel şiddetin, daha derin ve daha kalıcı etkilerinin ortaya çıktığını göstermektedir. Bir evrede yaşanan şiddet, kadının intihar, depresyon,

madde bağımlılığı gibi ciddi sekonder sağlık risklerine yatkın hale getirebilecek ve uzun vadeli etkilerini görülür hale gelecektir (45).

2.5. Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Şiddetin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, dünya çapında çeşitli uluslararası sözleşmeler, konferanslar ve deklarasyonlarda önemli bir insan hakkı ve halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (1979 yılında CEDAW, 1993 yılında World Conference on Human Rights, 1995 yılında 4th World Conference on Women). Ayrıca 1996 yılında 49. Dünya Sağlık Asamblesi ve 1999 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından "Halk Sağlığı Önceliği" olarak ilan edildi (13).

Cinsiyete dayalı şiddet, kadınları etkileyen ciddi sağlık sorunları ile ilişkilidir; bunlar arasında yaralanmalar, jinekolojik bozukluklar, ruh sağlığı bozuklukları, istenmeyen gebelik sonuçları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar sayılabilir. Tütün veya alkol kullanımı gibi şiddet maruziyeti neticesinde edinilen alışkanlıklar ise çeşitli hastalık ve durumlar için bir risk faktörüdür (52).

Ciddi ve uzun süreli etkilerin belirlenmesi, kadınlara yönelik şiddetin büyük bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmasına yol açmıştır. Şiddet hem akut hem de kronik sağlık sorunlarının doğrudan sebebi olmaktadır ve yaralanma, korku ve stres kaynaklı çok çeşitli problemler için dolaylı bir risk faktörü olabilmektedir (44).

Epidemiyolojik kanıtlar, International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (IPPF/WHR) Sağlık ve Cinsiyet Eşitliği Merkezi ve United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UNEGEEW) tarafından Tablo 2.3 tabloda belirtildiği gibi, cinsiyete dayalı şiddetin kadınlar arasında bir dizi sağlık sorununa neden olabileceğini veya soruna katkıda bulunabileceğini göstermektedir (3,9).

Tablo 2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sonuçları

Ölümcül Sonuçlar	- Cinayet, intihar, anne ölümü, bebek ölümü, AİDS'e bağlı ölümler
Ölümcül Olmayan Sonuçlar	- Fiziksel sağlıkla ilgili sonuçlar; yaralanma, fonksiyonel bozukluklar, yeme bozuklukları(obezite, anoreksiya), kronik ağrı sendromu, irritabl bağırsak sendromu, gastrointestinal bozukluklar, fibromiyalji, şok, enfeksiyon, sakatlıklar, uyku bozuklukları, baş ağrısı, tükenmişlik,
	- Üreme sağlığıyla ilgili sonuçlar; istenmeyen gebelik, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar/HIV, jinekolojik bozukluklar, güvenli olmayan kürtaj, gebelik komplikasyonları, düşük doğum/ düşük doğum ağırlığı, pelvik inflamatuvar hastalık, menstürel bozukluklar, servikal kanser,
	- Ruh sağlığı ile ilgili sonuçlar; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, fobiler/panik bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel fonksiyon bozukluğu, düşük benlik saygısı, madde bağımlılığı, öfke, saldırganlık, intihar düşüncesi, utangaçlık, güvensizlik, güvende hissetmeme, kendinden nefret etme, kendini suçlama,
	- Sağlığı bozan davranışlar edinme; sigara içme, alkol ve madde kullanımı, seksüel risk alma, fiziksel inaktivite, aşırı yeme
	- Sosyal sağlık ve iyilik halini bozan sonuçlar; soyutlanma, damgalanma, sosyal rollerini aksatma(örn, bebek bakımı, çalışma), seksüel risk alma

Sağlık sorunlarına ek olarak şiddet, kadınların iş gücü olarak istihdamını, eğitimlerini tamamlamalarını, gündelik faaliyetlerini yürütmelerini ve toplumun tam işlevli üyeleri olarak çalışmalarını engeller. Bunun da bir sonucu olarak şiddet kadınların kamusal alanlarda faaliyetlerini azaltmalarına neden olur ve sosyal veya eğitsel etkinliklere katılma derecelerini veya bir çalışma alanında sorumluluk üstlenmelerini sınırlayabilir ve kadının sosyal açıdan iyilik halini zedeleyebilir (44).

Gender Based Violence Area of Responsibility (GBV AoR), 2006 yılında kurulmuştur. Hem doğal afetler ve hem de insani bağlamda acil durumlarda hayat kurtarıcı, öngörülebilir, hesap verebilir ve etkin bir şekilde şiddeti önleme, riskleri

hafifletme ve müdahalenin sağlanması amacıyla sivil toplum kuruluşlarını, BM kurumlarını, akademisyenleri ve diğerlerini bir araya getiren bir kuruluştur (53). GBV Aor tarafından 2014 yılında hazırlanan raporda kadının maruz kaldığı şiddet türüne göre ortaya çıkan muhtemel klinik belirtiler aşağıdaki Tablo 2.4'te belirtildiği gibidir (54).

Tablo 2.4. Kadının Maruz Kaldığı Şiddet Türüne Göre Ortaya Çıkan Klinik Belirtiler

Şiddet Türü	Klinik Belirti
Fiziksel şiddet	Ekimoz, laserasyon, baş ağrısı, anksiyete, hiperventilasyon, hiper tansiyon, göğüs ağrısı, kronik ağrı, gebelik dönemindeki yaralanmalar(karın, meme, genital), gebelik dönemi kanamaları, gebelikte uterus rüptürü, erken doğum, erken membran rüptürü, doğum öncesi bakımda gecikme, gebelikte takipleri kaçırma, prenatal eğitimlere katılmama, kötü beslenme, gebelik süresince sigara, alkol ve madde kullanma
Psikolojik/ duygusal şiddet	Depresyon, anksiyete, hiper tansiyon, kronik kas gerginliği, psikosomatik hastalıklar, intihar düşüncesi, cinayet fikri, madde bağımlılığı
Cinsel şiddet	HIV, Cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar, birbirini takip eden gebelikler, meme ve genital bölge yaralanmaları, spontan düşüklükler, cinsel saldırı ilişkili yaralanmalar, depresyon, anksiyete
Ekonomik şiddet	Depresyon, anksiyete, migren/ baş ağrısı, ek testleri planlamada ya da gerekli tedavileri kabul etmede isteksizlik

2.6. Kadına Yönelik Şiddet ve Sağlık Sisteminin Rolü

Bölgesel ve kültürel uygulamalara bağlı olarak da değişkenlik göstermekle birlikte kentten kırsal bölgelere kadar birçok farklı alanlarda, kadın çok geniş bir yelpazede sağlık sorunları yaşamaktadır. Kadın sağlığını korumak ve geliştirmek üzere sergilenmesi gereken yaklaşım kadının tüm yaşam evresini kapsayan tüm faktörleri dikkate alması gerekmektedir. Bu eksende yapılan uygulamaların ise süreklilik arz etmesi önem taşımaktadır (2).

Sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi, şiddete uğrayan kadınların desteklenmesinde, şiddete bağlı ortaya çıkabilecek kadın sağlığı üzerindeki etkilerin en aza indirilmesinde ve şiddetin önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Çünkü şiddet gören kadınların sağlık hizmetlerini kullanma olasılığı daha yüksektir ve sağlık profesyonelleri genellikle şiddete uğrayan kadınların ilk profesyonel temas noktasıdır (55).

Sağlık hizmetlerinin rolü, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetten etkilenen kadınlara derhal tıbbi ve psikolojik yardım sağlamak ve yeniden şiddete maruz kalmalarını önlemek için onlara yardımcı olmaktır. Kadınların sağlığını korumak için şiddet olgusuna sağlık sisteminin bu perspektifle yaklaşması gerekmektedir. Birçok sağlık kuruluşu, sağlık personeli için tek bir eğitim etkinliği düzenleyerek ya da sağlık personellerine kadınlara şiddet sormalarını istemek gibi dar bir politika değişikliği yaparak kadına yönelik şiddeti ele almaya çalışmıştır. Kanıtlar, bu stratejilerin sınırlı bir başarıya sahip olduğunu ve şiddet olgusuna yaklaşmanın en iyi yolunun, sağlık sisteminin geniş çaplı reformları teşvik eden yaklaşımlar olduğunu göstermektedir (56).

DSÖ, kadına yönelik şiddette sağlık sisteminin rolünü insani program döngüsü olarak 5 aşamada açıklamıştır. Bu roller sırasıyla ihtiyaç analizi yapmak (sağlık tesisi sayısı, yazılı protokoller, vs), stratejik plan yapmak (şiddet türü özelinde kadının sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak), var olan kaynakları uygun bir şekilde kullanmak (sağlık bakım hizmetlerinin bütçesini etkili kullanabilme), uygulama ve izlemedir (uygun yönlendirme birimleri, hastaya uygun sağlık tesisi tasarlama, klinik yönetimi sağlayacak uygun personel istihdamı, vs). Sağlık sisteminin bu beş rolü aktif bir şekilde işlerken sağlık hizmeti sunanlar ve şiddetle mücadeledeki sağlık dışı birimlerin uyumlu bir şekilde çalışması gerekmektedir (55).

Kadına yönelik şiddetin önlenmesine özel önem verilmesi gerekliliği ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan etkinlikler çerçevesinde devamlı vurgulanmaktadır. Hükümetlerin, zararlı ve ayrımcı tutumlara karşı tolerans göstermeyen ilkeleri benimseyen program ve politikalara öncelik vermeleri gerekliliği bu bağlamda gündem olmaktadır. Kadına yönelik şiddet, erkek çocuk tercihi de dâhil olmak üzere, doğum

öncesi cinsiyet seçimi, kız çocuğuna karşı ayrımcılık ve şiddet ve kadınlara yönelik cinsel istismar, tecavüz, ensest, insan ticareti, cinsel şiddet ve sömürü gibi kadına yönelik her türlü etik dışı uygulamalarla kendisini gösterebilir. Bunu önlemek için yasal reformların yanı sıra yaygın sosyal, kültürel ve ekonomik değişime olan ihtiyacı ele alan entegre bir yaklaşım geliştirmek gereklidir (19).

Sağlık sisteminin ise kadına yönelik şiddet olgularına çok sektörlü yanıt vermede önemli bir rolü bulunmaktadır. Bazı ülkeler bu rolü açıklayan kılavuzlara veya protokollere sahiptir. Bu ülkelerin uygulamaya koydukları program çerçevesinde sağlık çalışanları eğitilmiştir, ancak genellikle sistem geliştirme ve uygulama konusunda gelişme yavaş seyretmiştir (57).

Sağlık sisteminin yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin her alanında, özel danışma odalarından personel desteğine, gözetim, eğitim ve diğer referans ağlara değinir. Aslında, bir kurumun profesyonel kültürünü değiştirmek, sağlık personelini ve yöneticilerini, kadına yönelik şiddete müdahale eden sağlık işleyişinin bir parçası olduğunu ikna etmek için gerekmektedir (56).

Sağlık sisteminin yaklaşımı şunları içermelidir: sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin şiddet ile ilgili yerel ve ulusal yasa ve politikaları anlamalarını sağlamak; sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında kadına yönelik şiddete dikkat çekmek; kadına yönelik şiddet konusunda her kademedeki sağlık çalışanını duyarlı hale getirmek ve eğitmek için uzun vadeli çalışmaları desteklemek; kadınların gizliliği ve güvenliğinin sağlanması koşuluyla, sağlık hizmetlerinde şiddete yönelik rutin taramayı dahil etmek ve şiddete uğrayan kadınlara sağlık hizmetlerin yeterli şekilde verilmesinin yanında sonraki süreçlere katkı sunmak (56).

Program geliştirme deneyimleri, tek bir sektörün ya da kurumun kadınlara yönelik şiddete yeterince cevap veremeyeceğini ortaya koymuştur. Çok sektörlü model sağlık, psikososyal, yasal ve güvenlik gibi kilit sektörlerde şiddet mücadele, disiplinler arası veya kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonu teşvik eden bütüncül yaklaşımları gerektirmektedir. Bunun için sektörler de hedefe yönelik olan tüm kurumları, bireyleri ve kaynakları organize etmelidir. Örneğin Sağlık Bakanlığı

hastaneler, sağlık bakım merkezleri, sağlık hizmeti sunan personeller, sağlık yöneticileri, sağlık eğitim kurumlarını organize etmelidir (9).

BM'ye göre çok sektörlü yaklaşımın paydaşları sağlık, psikososyal destek, yargı, güvenlik gibi birimlerden oluşmalı ve her bir birim şiddet özelinde üzerlerine düşen görevleri eksiksiz olarak yerine getirmelidir. Bu birimlerden sağlık sektörü, kadına yönelik şiddeti tanımak ve ele almak için çeşitli sağlık personellerini eğitmeli; şiddete maruz kalan kadınlarla görüşme yapacak olan uygun kişiye bulundurmalı; güvenlik planlaması da dâhil olmak üzere kadının acil sağlık ve psikolojik ihtiyaçlarına cevap vermeli; gizliliği temin eden tedavi, yönlendirme ve dokümantasyon için kurumsal protokoller geliştirmeli; şiddet olayına ilişkin hizmetleri ücretsiz olarak yerine getirmeli; adli ve yasal sürece destek de olmalıdır (9).

şiddetin sağlık üzerindeki etkileriyle karşı karşıya kalan kadınlar için sağlık sisteminin en temel rolü, destekleyici bakım sağlamaktır. Bu destekleyici bakım, şiddetin tekrarlanmasının nlenmesine ve sonuçların hafifletilmesine, madde kötüye kullanımı ve depresyon gibi ilgili problemlerin tedavisine, acil ve sürekli bakım sağlanması katkı sağlamalıdır. Bunun haricinde kadına yönelik şiddeti belgelemek, sağlık yükünü vurgulamak ve şiddetle mücadelede diğer sektörler ile işbirliği içerisinde hareket etmenin de yolunu açma rolü de üstlenmelidir. Bu açıdan bakıldığında sağlık sisteminin birincil, ikincil ve üçüncül nleme rolleri ortaya çıkmaktadır, Tablo 2.5 (57).

Tablo 2.5. Kadına yönelik şiddette sağlık sisteminin rolü

Birincil önleme	<ul style="list-style-type: none"> - Savunuculuk / farkındalık artırma - Ev ziyaretleri yapma - Çocuklara kötü davranışları azaltacak diğer önlemleri alma - Zararlı alkol tüketimini azaltmak - Veri toplama
İkincil önleme	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddetin tanımlanması - Sağlık sorunları için acil bakım - Ruh sağlığı da dahil olmak üzere uzun süreli sağlık bakımı - Alkol ve madde kullanım bozukluklarını ele alma - Yasal ve diğer destek birimlerine başvurma - Veri toplama
Üçüncül önleme	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitasyon - Uzun süreli ruhsal ve diğer destekler - Yasal süreç, barınma, istihdam edilme gibi diğer destekler - Yasal süreçte savunucu rol üstlenme

Sağlık sistemi, kadınlara şiddet maruziyetlerini gizli bir şekilde açıklayabilecekleri ve şiddete ilişkin destekleyici olan güvenli bir ortam sağlayabilir. Yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların, sağlık hizmeti sunanları şiddet olgusunu açıklama konusunda güvenilir profesyoneller olarak tanımlamaları bu güvenli ortamın sağlanması konusunda önemli bir alt yapı oluşturduğu söylemek gerekir (58). Buna rağmen, sağlık hizmeti sunanların ve hizmetlerinin kadına yönelik şiddeti ele almak için oynayabilecekleri önemli rollerin uygulanması konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu nedenle sağlık sisteminin kadına yönelik şiddete yönelik çok sektörlü yanıtın bir parçası olarak sağlık profesyonellerinin rolünü güçlendirmesi gerekmektedir (59).

Şiddete uğrayanlara yüksek kaliteli bakım ve destek hizmetleri sağlamak, travmanın etkilerini azaltmak, iyileşmeye yardımcı olmak ve şiddetin tekrarlanmasını önlemek için önemlidir. Şiddete uğrayanlara sunulan destek hizmetleri genellikle tıbbi ve diğer bakımların da ötesine uzanmasında yarar varır. DSÖ'nün "2014 Şiddeti Önleme İle İlgili Küresel Durum Raporu" nun bulguları ulusal, bölgesel ve küresel şiddet önleme çabaları ile ilgilidir. Rapor çıktıkları ise şiddeti önlemedeki paydaşların

bir araya gelerek faaliyetlerinin ve yatırımlarının sorunun yükü ve ciddiyetine uygun bir şekilde hareket etmeleri için bir öneri sunmaktadır (32).

Bu rapor, ülkelerin şiddet ve sağlık konusunda dünya raporunun tavsiyelerinin uygulanmasında kaydettikleri ilerlemeyi temsil etmektedir. Raporun amaçları şunlardır: dünyadaki problemin mevcut durumunu ve ülkelerin planlama ve eylemleri bilgilendirmek için ölümcül ve ölümcül olmayan şiddet hakkında veri topladıkları kapsamı tanımlamak; şiddeti önlemek için programlı, politik ve yasal önlemlerin mevcut durumunu değerlendirmek; şiddete uğrayanlar için sağlık, sosyal ve hukuki hizmetlerin durumunu değerlendirmek; boşlukları tanımlamak ve bunları çözmek için ulusal eylemleri teşvik etmektir (32).

DSÖ'ye göre şiddetin dünya çapında ölüm, hastalık sakatlıkla birlikte başka sağlık ve sosyal sonuçları bulunmaktadır. Sorunun büyüklüğü bir piramit ile temsil edildiğinde şiddete bağlı ölümler, resmi istatistiklerde kaydedilen şiddet eylemlerinin en gözle görülür sonuçlarıdır ve piramidin en tepesini temsil etmektedir. Daha sonra şiddete maruz kalanlar arasında acil tıbbi yardım, medikolegal destek ve diğer bakım hizmetleri alanlar sağlık otoritesinin dikkatini çekmektedir. Toplum temelli araştırmalara göre piramidin tabanındaki üçüncü, çok daha geniş katman, bilinen şiddet eylemleri olmasına rağmen hiçbir şekilde sağlık otoritelerine veya diğer otoritelere bildirilemeyen olguları içermektedir. Şüphesiz ki, şiddete uğrayanların tamamı, gizli görüşmelerde bile şiddet maruziyetlerini ifade etmekte istekli değildir ve piramidin tabanı da sessiz kalan şiddet görenleri kapsamaktadır (32).

Dolayısıyla durumun ciddiyetine binaen sağlık sisteminin kadınlara karşı şiddete çok yönlü karşılık vermesinin önemli bir rolü ortaya çıkmaktadır. Bazı ülkelerin bu rolü üstlenecek kılavuz veya protokolleri varken, bazı ülkeler sağlık görevlilerini bu durumlara karşı eğitmektedirler. Fakat genelde sistem geliştirme ve uygulamaların gelişmesi yavaş olmuştur. Bu gelişmelere karşı özellikle düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde sisteme ve davranışa ilişkin engeller vardır. Kadına yönelik şiddet, DSÖ tarafından yayınlanan 2013 yönergelerinde ve özellikle de kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetin ele alınmasında sağlık sisteminin rolünün güçlendirilmesine ilişkin 67. Dünya Sağlık Asamblesi kararı ile sağlık önceliği olarak tanımlanmıştır (57).

Sağlık sistemi şiddetle mücadelede ekolojik modelde belirtilen tüm faktörleri göz önünde bulundurmak, risk altındakilerin belirlenmesi ve bakımının yanı sıra geniş tabanlı önleme programı yoluyla riski azaltmak veya ortadan kaldırmak için stratejiler geliştirmek zorunda olacaktır. Bu bağlamda ekolojik model, sağlık sisteminin şiddeti önleme ve şiddete müdahale programının da etkin bir şekilde uygulanmasının da temelini oluşturacaktır. Ekolojik modelin kullanımı, sağlık hizmeti sunumunda bireysel biyomedikal uygulama temelinde yalnızca bireysel sağlık ihtiyaçlarını hedeflemekle kalmaz, aynı zamanda sosyal değişim ihtiyacını ele alan sağlık müdahalelerine daha bütünsel bir yaklaşıma kaymasına yardımcı olabilir (9).

Şiddet gören kadınların çoğunluğu, şiddete uğradıklarını hiç kimseye bildirmemektedirler. Buna rağmen şiddete uğrayan ya da uğrama riski olan kadınlar herhangi bir zamanda rutin bakım, acil sağlık hizmeti, üreme sağlığı gibi konularda sağlık hizmetleri almak üzere sağlık kuruluşlarına müracaat etmektedirler. Şiddetin yaygınlığı göz önüne alındığında şiddete maruz kalmış kadınların sağlık hizmetlerinden faydalanmak için mağdur olmayanlardan daha da fazla müracaat olasılığı bulunmaktadır (9). Bu bağlamda şiddetin açıklanması kadınlara merhametli ve yargılayıcı olmayan bir şekilde, özel olarak ve kişinin kendini güvende ve gizliliğin korunduğunu hissettiği bir ortam daha olasıdır. Klinisyenler ne zaman ve nasıl soru soracakları, empatik bir şekilde dinleme, hastanın şiddet deneyimine paralel olarak ihtiyacı, kadınların istediklerini de dikkate alma konusunda eğitilmiş olmaları sürece ilişkin önemli katkılar sunacaktır (57).

2.7. Kadına Yönelik Şiddet Olgularına Sağlık Hizmeti Sunumunda Rehber İlkeler

Birleşmiş Milletler Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadınların Güçlendirme Birimi tarafından kadına yönelik şiddetle mücadelede sağlık sistemi için rehber ilkeler oluşturmuştur (60). Bu rehber ilkeleri kısaca açıklayacak olursak:

2.7.1. İnsan hakları temelli yaklaşım

Sorunların temel nedenlerini analiz etmek, kadına yönelik şiddeti besleyen ayrımcı uygulamalara ve şiddet görenlerin yardıma erişebilmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. İnsan hakları temelli yaklaşımın özellikleri uluslararası insan hakları standartlarına dayanması; insan haklarına ilişkin normları ve ilkeleri kadına yönelik şiddetle ilgili planlara, politikalara, hizmetlere ve süreçlere entegre etmesi; çok sektörlü ve kapsamlı olması; hükümet ve sivil toplum kuruluşları da dâhil birçok paydaşının bulunması; siyasi, hukuki, sosyal ve kültürel normların ve değerlerin hüküm sürdüğü kısıtlamalar altında ele alınmayışı; şiddet görenleri ve toplumları güçlendirmeyi amaçlama olarak sıralanabilir (61).

İnsan hakları temelli bir yaklaşım, hizmet sağlayıcıların, hukuki ve ahlaki yükümlülüklerine ve hesap verebilirliğe göre şiddetten etkilenen kadınların ihtiyaçlarını karşılama gerektirir. Sağlık hizmetlerini geliştiren ve sunan herkesin de bu bağlamda şu sorumlulukları bulunmaktadır: hak sahiplerinin haklarını talep etme kapasitelerini değerlendirmek ve hakları elde etmeleri için acil, altta yatan ve yapısal nedenleri belirlemek; görevli kişilerin ulusal ve uluslararası standartlara, yasalara ve anlaşmalara göre yükümlülüklerini yerine getirme konusunda kapasitelerini ve sınırlılıklarını değerlendirmek; personel eğitimi ve denetimi gibi yollarla çalışanların becerilerini geliştirmek ve kısıtlılıklarını aşmaları için stratejiler geliştirmek; İnsan hakları standartları ve ilkeleri tarafından yönlendirilen sonuçları ve süreçleri izlemek ve değerlendirmenin yanında ulusal hesap verebilirliği sağlamak; düzenlenen programın uluslararası insan hakları organlarının ve mekanizmalarının tavsiyeleri doğrultusunda geliştirildiğinden emin olmak (61).

2.7.2. Şiddet Gören Kadın Merkezli Yaklaşım

Şiddete uğrayan her bir kadının haklarını, ihtiyaçlarını ve isteklerini öncelemeyi temel alır. Şiddete uğrayan kadının hakları ise şu şekilde sıralanabilir: suçlayıcı davranışlara maruz kalmadan onurlu ve saygılı bir şekilde tedavi edilme hakkı; şiddetle mücadele etme hakkı; mahremiyet ve gizlilik hakkı; cinsiyet, yaş, ırk, etnik köken, yetenek, cinsel yönelim, HIV taşıyıcılığı veya başka herhangi bir özelliğe

dayalı ayrımcılığa uğramama hakkı; kendi kararını vermesine yardımcı olacak kapsamlı bir şekilde bilgi edinme hakkı (62).

Şiddet gören kadının merkezde olduğu yaklaşım sağlık profesyonellerini ilgilendiren bir dizi ilke ve becerilere dayanmaktadır. Bu sayede şiddete maruz kalmış kadınlara saygı gösterilen, onurunu ve saygınlığını koruyan ve her yönden destek olan ortam yaratma amaçlanmaktadır. Bu yaklaşım sayesinde şiddet gören kadının iyileşmesini, ihtiyaç ve istekleri belirleyerek ifade etme becerisinin yanı sıra, yapılması muhtemel müdahaleler hakkında karar verme kapasitesini pekiştirmesine de yardımcı olunmaktadır. Bunun için sağlık sisteminde görev alan hizmet sunucuları da ihtiyaç duydukları kaynak ve donanıma sahip olmalıdırlar (63).

2.7.3. Bakım Kalitesi Temelli Yaklaşım

Hizmet kalitesi, genel bakım kalitesini sağlamak açısından her biri diğerine bağımlı olan farklı boyutlarda tanımlanabilir. Öncelik daima şiddete uğrayan kadının sağlığını ve refahını esas almaktır. Bakım kalitesine ilişkin yaklaşım eşitlik, etkililik, verim, erişim, uygunluk ve kabul edilebilirlik, seçim temelinde ele alınmaktadır (64).

- *Eşitlik:* Hizmet planlamasında çeşitli boyutlarda eşitliğin göz önüne alınması gerekmektedir. Coğrafi bölgelere göre eşitlik sağlayabilmek, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde kademeli olarak planlanması ve geliştirilmesini sağlayarak başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin toplumdaki farklı gruplara eşit olarak ulaşılabilir olması gerekir. Özellikle seks işçiliği ya da uyuşturucu kullanıcıları gibi cinsel saldırı riski altında olan grupların, sağlık sorunlarına göre ihtiyacı olan hizmeti cezalandırma korkusu yaşamadan alabilmeleri gerekmektedir. Eşitlik ayrıca sağlık hizmetlerin kurumlardakilere ve genel nüfusa da sunulmasını sağlayabilmenin temelini oluşturmaktadır(64).
- *Etkililik:* Etkili sağlık hizmetleri, şiddet mağdurlarının sağlık ve refah ihtiyaçlarını karşılar. Etkili sağlık hizmetlerinin iyi yönetilmesi için yüksek klinik standardın sağlanması gerekmektedir.
- *Verim:* Verimli sağlık hizmetleri, şiddet gören kadınların ihtiyaçlarını hızlı ve etkin bir şekilde karşılayan hizmetlerdir. Çoğu ülkede sağlık hizmeti

verimliliğine yönelik en büyük tehdit, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi, hamileliği önleme, zihinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılama konusunda düşük kaliteli klinik bakım ve yargı sürecinde kullanılacak bilgileri sağlama konusundaki yetersizliktir. Sağlık hizmetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, bakım kalitesinin ve verimliliğin sağlanmasındaki temel araçlardır. Bu kapsamda şiddet olgusuna ilişkin yasal ve sağlık sonuçları izlenebilmekte ve bunların optimize edilmesini sağlamak için organizasyon ve faaliyetler incelenmektedir. Verimi değerlendirmede de uğradığı şiddet sonucu sağlık hizmeti alanların kritik bir rolü bulunmaktadır (64).

- *Erişim:* Değerlendirilen ülkeler bazında yapılan araştırmalar, cinsel saldırıya uğrayanların çoğunun polise müracaat etmediğini göstermiştir. Cinsel saldırıya uğrayanlara sunulan sağlık hizmetlerinin toplum algısı, sağlık hizmetlerine erişimin desteklenmesinde hayati öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin, polise zorunlu bildirim yapılmadan önce mağdurun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlaması gerekmektedir. Daha sonraki süreçte ise adli birimlere ya da polise bildirim, iyi bir değerlendirme neticesinde kadının kararı ile yapılmalıdır. Coğrafya, erişim açısından önemlidir ve hizmetlere herkes tarafından makul görülen bir seyahat süresi içinde kabul edilebilir bir maliyetle ulaşılabilmesi için planlanması gerekir. Sağlık hizmeti almaya ve sağlık hizmetlerine adil erişim sağlamaya engel teşkil edecek hizmet sunum ücretleri mümkün olduğu kadar yüksek olmamalıdır. Hizmetlerin ayrıca yedi gün, yirmi dört saat ve talep halinde de şiddet görenin talebi dâhilinde aynı cinsiyetteki sağlık personeline erişebilmelerini sağlayacak şekilde organize edilmesi gerekir (64).
- *Uygunluk ve kabul edilebilirlik:* Uygun sağlık hizmeti şiddete uğrayan kadına özel bir yaklaşımın ve değerlendirmenin yapılmasını kapsamalıdır. Sağlık hizmetlerinin, mümkün olduğunca şiddete uğrayan kadınların kendi yaşamlarını kontrol altına almak için bir adım olarak görülmesini sağlamak gerekir. Bakım hizmeti sunmak için protokoller geliştirilmeli, böylece şiddet gören kadının başvurduğu sağlık kuruluşunda gereken muayene ve görüşme

sayıları asgari düzeyde tutulmalıdır. Acil tıbbi bakım, adli muayeneler, danışmanlık, tıbbi bakım gibi hizmetlerin sunulması için sağlık hizmetleri yüksek kalitede koordine edilmelidir (64).

- *Seçim:* Özellikle cinsel saldırıya yönelik sunulan kaliteli sağlık hizmetleri önemli bir unsurdur. İnsanların tercihleri, ihtiyaçları ve istekler arasındaki farklılıklara saygı göstermek önemlidir. Şiddete uğrayanlar mümkün olduğunca bakımlarını hangi sağlık kurumundan alabileceklerini seçebilmelidir. Tercih edilen kurumda da yüksek kaliteli bakım, hassas bir şekilde sağlanmalı ve bireyselleştirilmelidir. Böylece muayene ve sağlık bakımının her aşamasında kişi ayrı değerlendirilmeli, aydınlatılmış onam uygulaması ile sunulan hizmetler hakkında seçim yapma şansı verilmelidir (64).

2.7.4. Tıp Etiği Temelli Bakım Yaklaşımı

Tıp etiği ilkeleri uluslararası kabul görmüş ilkeler üzerine kurulmuştur. Mesleki bilgi ve becerilerini etiğe uygun bir şekilde kullanmak ve toplumun kurallarını gözetmek tüm sağlık çalışanlarının temel görevidir. Sağlık hizmeti sunumu ve ilgili politikaların geliştirilmesi aynı etik ilkelere dayandırılmalıdır. Sunulan sağlık hizmetleri ve çalışma şekillerinin yasal çerçevesi göz önüne alındığında, ülkelerin bu etik ilkelere uyması tavsiye edilmektedir. Kadına yönelik şiddet özelinde sağlık çalışanlarının tıp etiği temelli yaklaşımları şu şekilde kısaca açıklanabilir (65):

- *Hasta Özerkliğine Saygı:* Özerklik, şiddet gören kadının kendi adına karar verme ve kendi çıkarları doğrultusunda hareket etme hakkını içerir. Özerklik ilkesine saygı duymak, sağlık çalışanlarının, hem tedaviyle hem de polisle, yasal sistemle veya diğer yönlendirmelerle olan etkileşimlerle ilgili hastaların ihtiyaçlarını ve isteklerini fark etmelerini gerektirir. Sağlık hizmeti sunumunda izlenecek yol, önerilen ilaçlar ve yan etkileri de dâhil olmak üzere atılan tüm adımlar hastanın aydınlatılmış onamına dayanmalıdır.
- *Yarar sağlama:* Şiddete uğrayan kadının çıkarları doğrultusunda hareket etme yükümlülüğünü ifade eder. Bu ilke sağlık personelinin duyarlılıkla hareket

etmesini gerektirir. Temel olarak, personelin davranışları mağdurun meydana gelen olaydan sorumlu olmadığını ifade edici tarzda olmalıdır.

- *Zarar vermeme*: Şiddete uğrayan kadına zarar vermekten kaçınma ödevi ya da zorunluluğunu ifade etmektedir. Tedavi ve görüşme sürecinde kadın yeniden örselenmemelidir.
- *Adalet ilkesini gözetme*: Adalet, uluslararası ve ulusal sağlık mevzuatı ve insan hakları standartlarına ve yasalarına göre, şiddete uğrayan kadının hakkı olanı yapmayı ve vermeyi gerektirir. Cinsel şiddet gören kadınlara sağlık hizmeti sunulurken kadının düşük sosyal statüsünün bir yansıması olarak kadını suçlama, suçlayıcı tarzda soru sorma ve daha az önem verme gibi etik olmayan davranışları sağlık personelleri sergileyebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu sürecinde şiddet gören kadınlara karşı destekleyici ve yargısız yaklaşmak şarttır.

Tüm bu etik ilkeleri eyleme geçirebilmek için, politika yapıcılarının, sağlık yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının şiddete uğrayan kadına yönelik hizmetlerin sunulması süreciyle nasıl bağlantılı olduklarını anlamaları önemlidir. Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin temel ilkeleri ve sağlık hizmeti sunumuna spesifik standartları kısaca şu başlıklar altında açıklayabiliriz (66):

- *Mahremiyet hakkı*: Şiddete uğrayan kadın ile sağlık hizmeti sunanlar arasında gerçekleşen konuşmanın gizliliği sağlanmalıdır. Böylece bekleme odasındaki ya da bitişik alanlarda bulunan kimselerin kulak misafiri olmaları engellenecektir. Gizliliği sağlayacak imkânların bulunmadığı yerlerde daha izole ortama gitmek gibi yaratıcı önlemler alınmalıdır. Adölesan hastaların mahremiyetini sağlamak için sistem geliştirilmeli ve personel eğitimi sağlanmalı, gerektiğinde aile üyelerine hastanın geliş sebebi hakkında bilgi verilmemelidir.
- *Bilgi gizliliği hakkı*: Şiddet gören kadına ilişkin bir bilgi, kişinin rızası olmadan paylaşılmamalıdır. Sağlık hizmetleri bilgi gizliliği konusunda politikaya sahip olmalı ve çalışanlara bu konuda eğitim verilmelidir. Sağlık personeli yalnızca gerekli olduğu zaman sadece ilgili personellerle hasta hakkında tartışmalıdır

ve başkalarının hasta bilgilerini öğrenmemeleri için sıkı önlemler alınmalıdır. Ayrıca hasta dosyasındaki bilgilerin gizliliğini sağlamak için kurumsal önlemler de alınmalıdır.

- *Seçme hakkı/ özerklik:* Muayene ve herhangi bir test için onam alınmalıdır. Özerklik ilkesinin hayata geçirilmesi şiddete uğrayan kadının doğrudan sağlık hizmeti almayı seçebilmesinin bir gerekliliğidir. Kadının kimlik bilgilerinin, kişi kabul etmedikçe sivil toplum örgütleri, sosyal hizmet uzmanları veya herhangi bir birime verilmemesi gerekmektedir. Zorunlu bildirimlerin yapılması gereken durumlarda ve çocuğun korunmasının gerekli olduğu durumlarda özerlik kısıtlanabilmektedir. Kadına yönelik güvenlik planı geliştirmeye yardımcı olabilmek için yasal zorunluluklar konusunda kadın bilgilendirilmelidir.
- *Ayrımcılık yapmama/ eşitlik:* Yardım isteyen herkes için aynı düzeyde bakım sağlanmalıdır. Sağlık programları yaşa özel ve coğrafi, kültürel, dilsel çeşitlilik konuları da dâhil olmak üzere çeşitli ortamlarda, geniş erişime sahip farklı alt gruplara göre de uyarlanmalıdır. Çoklu ayrımcılığa maruz kalan kadınların özel ihtiyaçlarını dikkate alan bir dizi destek seçeneğinin de mevcut olması sağlanmalıdır.
- *İnsan onuruna saygı:* Muayenelerde bedensel bütünlüğün korunması sağlanmalı ve istenildiği takdirde muayene etmek üzere kadın personel bulundurulmalıdır. Şiddete uğrayan kadınlara kendilerinin suçlu olmadığı ve şiddete tolerans gösterilmemesi gerektiği söylenmelidir. Aile planlamasına, doğum kontrolüne ve yasal olarak kürtajın yapıldığı yerlere erişim sağlanmalıdır. Hastanın mahremiyeti ve rahatlığı, özel bekleme odası, muayene odası, tuvalet gibi imkânlarla sağlanmalıdır.
- *Erişilebilirlik:* Şiddete uğrayanlar ve şiddeti önleme girişimleri için hizmetler ücretsiz olmalıdır. Hizmetlerin erişilebilir ve hizmetlere ulaşımının kolay olması sağlanmalıdır. Sivil toplum örgütleri ile bağlantı kurulmalıdır. Hizmetlerin kullanılabilirliği konusunda gözden en uzak bireylere dahi ulaşmak için uygun araçlar belirlenmelidir. Şiddete uğrayanların, talepleri halinde

kendileri ile aynı cinsiyetten sağlık personellerinden hizmet alması sağlanmalıdır.

- *Güvenlik*: Şiddet gören kadının güvenliğinin önemli olması kadar, personel için de güvenliği sağlamalı ve potansiyel riskleri en aza indirgeyen çalışma ortamı oluşturmalıdır. Bunun için güvenliğe ilişkin değerlendirme ve planlama yapılmalıdır.
- *Kötü davranmama*: Veri toplama veya diğer ikincil hedefler üzerinden hizmet sunulurken, şiddet gören kadının refahına öncelik verilmelidir.
- *Etkililik/ verim*: Sağlık hizmeti sunanlar yetenekli, cinsiyete duyarlı, eğitilmiş olmalıdırlar ve çalışmalarını açık yönergeler, protokoller ve etik ilkelere uygun olarak yürütmelidirler. Sağlık politikaları ve programları kanıta dayanmalıdır. Hizmet sunumunu izlemek ve değerlendirmek için hizmeti kullananların katılımı gereklidir. Diğer sektörlerin koordinasyonu sağlanmalıdır. Cinsel saldırı kanıt toplama kitleri, kanıt zincirleri ve standart formlar tüm hizmet bileşenleri tarafından kabul edilmeli ve kullanılmalıdır.

Kadına yönelik şiddete ilişkin sağlık sektörünün rolü BM tarafından açıklanmaya çalışılırken neden bu konuda anahtar görev üstlendiği, sağlık sisteminin kapsamlı yaklaşımının temel unsurlarının neler olduğunu da açıklamıştır. Bu temel unsurların hangi rehber ilkeler üzerine kurulması gerektiği evrensel insan hakları temelli yaklaşımdan tıp etiğini temel alan yaklaşıma kadar sağlık hizmeti sunumundaki standartların neler olduğunu da belirtilmiştir. Kadına yönelik şiddete ilişkin sağlık hizmeti sunumunda genel yaklaşımların yanında ergen kadınlar, engelli kadınlar, seks işçileri, göçmen kadınlar ve ticareti yapılan kadınlar gibi spesifik grupların da, şiddet özelindeki sorunlarına yönelik tavsiyeler de oluşturulmuştur (60).

2.8. Kadına Yönelik Şiddet Olgularında Acil Servislerin Rolü

DSÖ'nün hazırlamış olduğu "2014 Şiddeti Önleme İle İlgili Küresel Durum Raporu"nda sunulan bilgilerden de anlaşılacağı üzere ölümcül ve ölümcül olmayan şiddetin nedenleri ve sonuçları, ülkeler, bölgeler veya cinsiyet ve yaş grupları arasında eşit olarak dağılmamaktadır. Erkekler, acil servislerde tedavi edilen fiziksel

yaralanmaların ve şiddete bağlı ölümlerin kurbanları arasında çoğunlukla görülmektedir. Kadınlar, çocuklar ve yaşlılar dünya genelinde acil servislerde fiziksel, cinsel ve psikolojik ihmal ve istismarın ölümcül olmayan sonuçlarının çoğunlukla etkilenenleri olarak görülmektedir. Ayrıca, sıklıkla bir ömür boyu süren ve tespit edilemeyen şiddet eylemlerinin olumsuz sağlık ve sosyal sonuçlarına da maruz kalmaktadırlar (32).

Toplum temelli çalışmalar, bir partner tarafından fiziksel olarak istismar edilen kadınların yüzde 40 ila 75'inin, yaşamlarının bir noktasında şiddete bağlı yaralanmalar yaşadığını bildirmektedir. Hem toplum temelli araştırmalar hem de Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servis müracaatlarına ilişkin çalışmalar, fiziksel istismarın kadınlar arasında önemli bir yaralanma nedeni olduğunu göstermektedir. Bu tür fiziksel istismara uğramış ve kayıtlara geçmiş yaralanmalar arasında kontüzyonlar, laserasyonlar, kırıklar, ateşli silah yaralanmaları vb. sayılabilir (52).

DSÖ'nün 2017 yılındaki kadına yönelik şiddet raporunda da belirtildiği gibi, dünya çapında üç kadından biri, eşi ya da yakın partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Bunun da doğal bir sonucu olarak şiddet maruziyeti kadın sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bu sebepten dolayı da şiddete uğrayan kadının diğerlerine nazaran başta acil sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmeti alma olasılığı artmaktadır (33)(57).

Diğer birimlerden farklı olarak hastane acil servisleri mahremiyet ve gizliliğin korunmasını sağlayacak odalara genellikle sahip değildir. Var olan odaların çoğu sadece perdelerle ayrılır ve hastalar uzun süreler boyunca birbirine yakın bir şekilde müşahede edilir. Acil servislerle ilgili olarak yapılan birçok çalışma, mahremiyet ve gizlilik ihlallerini belirtmiştir (67). Ortaya çıkan mahremiyet ve gizlilik ihlalleri hassas tıbbi kararlar ve önemli tedavi seçenekleri gündeme geldiğinde, hastalar ve sağlık çalışanları arasında iletişimi zorlaştırmaktadır. Bunun bir neticesi olarak da hastalarla iyi bir ilişki kurmak daha da güç bir hal almakta ve hastanın güveni zedelenmektedir, sonucunda da kaçınılmaz olarak sağlık hizmeti sunumunda aksaklıklar görünür hale gelmektedir (67).

Kişilerarası şiddet eyleminden kaynaklanan her bir yaralanma için, acil tedavi gören yüzbinlerce kişi vardır. Bununla birlikte hastane acil servislerinde kadına yönelik şiddet neticesinde meydana gelen yaralanmalara bağlı olarak yapılan tedavilerin, şiddete ilişkin olarak rapor edilmesinde bir yetersizlik bulunmaktadır. Acil servislerde ölümcül olmayan şiddet maruziyeti neticesinde meydana gelen yaralanmaların tedavi sürecinde, şiddetin derecesi, mağdurun yaşı, şiddet uygulayanın tanıdık kişi olması, sağlık otoritelerine duyulan güvensizliğin sonucu olarak, kadınlar şiddete uğradıklarını gizleme eğilimi göstermektedirler (32).

Kadına yönelik şiddet olgularına karşı koruma ve yanıt verme ile ilgili olarak sağlık sisteminin çok önemli bir rolü olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda, sağlık profesyonelleri kadına yönelik şiddet konusunu ele almada veya konunun üzerine eğilmede yetersiz kaldığında, sürecin sonunda kadın zarardan ya kurtulamayacak ya da daha büyük zarar görecektir (45).

Sağlık profesyonelleri genellikle şiddete maruz kalmış kadınlar için ilk temas noktasıdır. Hemen hemen her kadının sağlık bakım sistemini hayatının bir noktasında rutin sağlık bakımı, hamilelik ve doğum, hastalık, yaralanma, çocuklara veya yaşlılara bakım gibi nedenlerle kullandığı bir gerçektir. Ayrıca istatistikler, şiddete maruz kalmış kadınların sağlık hizmetlerini maruz kalmayanlara göre daha sık kullandıklarını göstermektedir. Bir partner tarafından tecrit ve kontrol edilme de dahil olmak üzere şiddete uğrayan kadınlar için sağlık çalışanları, özellikle de adli birimlere de şiddetin bildirilmek istenmediği durumlarda bile tek temas noktası olabilir. Çünkü sağlık profesyonellerine, kadınların uğradıkları şiddeti en rahat itiraf edebildikleri profesyoneller olarak büyük güven duyulmaktadır (45).

Bir kadının şiddete ilişkin durumunu bilmek, kronik ağrı ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi birçok durumun teşhisinde ya da tedavi edilmesinde yardımcı olabilir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri şiddete uğrayan kadını tespit etme, yeni bir şiddet riskini öngörme, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini sağlama ve ilgili diğer birimlere yönlendirmede stratejik bir pozisyona sahiptir. Bazı kadınlar uğradıkları şiddeti açıklayabilirken, birçok kadın bunu açıklamamakta ya da sadece sorulduğunda açıklayabilmektedirler. Birçok farklı sağlık çalışanı, mesleğini icra ederken şiddetin

sağlık belirtileriyle karşılaşabilmekte ve şiddeti tanımlayabilmek için bir alt yapıya sahip olmaları gerekmez. Bu nedenle cinsiyete dayalı şiddet belirtilerinin nasıl tanımlanacağı ve şiddete maruz kalanlarla nasıl iletişim kuracakları konusunda eğitilmiş olmaları önemlidir (45).

Şiddete uğrayanlara yüksek kalitede bakım ve destek hizmetleri sağlamak, travmanın etkilerini azaltmak, hastaların iyileşmesine yardımcı olmak ve mağduriyetin tekrarlanmasını önlemek açısından önemlidir. Bu süreçte de acil servislerle birlikte katkısı olabilecek diğer birimlerin uyumlu bir şekilde çalışması önemli olacaktır (32).

Acil servis uygulamalarında, eğitim ve triyaj protokollerine rağmen şiddete ilişkin gözlem oranları düşüktür. Ayrıca sağlık hizmeti sunanlar uygun danışmanlık yapma konusunda da yetersiz kalmaktadırlar. Ancak şiddet olgusunun tanımlanması ve uygun bir şekilde yönetimi birkaç basit eylemi gerçekleştirmeyi gerektirir. Şiddete uğrayanların ihtiyaçlarını açıklamalarında yaşadıkları zorluklara rağmen olgu yönetim süreci hassasiyetle gerçekleştirilmelidir (68). Şiddet olgusuna yaklaşımda, sağlık hizmeti sunan acil servis hekimleri, yerel düzenlemelere uygun olarak ve kadının rızası ve gizliliğinin güvence altına alınması şartıyla kapsamlı bir şekilde kabaca şu başlıklara uygun olarak yaklaşmaları gerekmektedir (56)(68):

- *Müşahede:* Acil servisteki müşahedede hasta merkezli sonuçlar elde etmenin zorluğuna rağmen, hastaları tehlikeye atmadan güvenli ve etkili bir şekilde yapılmalıdır. Böylece gelecekte şiddet riski altında olan hastaları tespit etme potansiyeline de kavuşmak mümkün olabilmektedir.
- *Şiddeti tanımlama:* Şiddet bulgu ve belirtilerini değerlendirerek, duyarlılık ile şiddet olgusuna eğilerek, hastaların mahremiyet ve gizliliğini öncelik haline getirerek yapılabilir.
- *Güvenlik sorunlarını değerlendirme:* Kadının ve varsa evdeki çocuğu için acil güvenlik kaygılarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Taburcu edilmesi düşünülüyorsa acil servisten ayrılmanın güvenli olup olmadığı sorulmalıdır ve kadının kaygılarına uygun yaklaşımlar sergilenmelidir.

- *Tıbbi destek:* Şiddetin anlık ve geçmiş etkilerini değerlendirip, tüm yaralanmaları dikkate alarak, şiddetin etkisine özel tıbbi yaklaşım sergileyerek sağlanmalıdır.
- *Duygusal destek:* Dikkatle dinlemek, hastaya inanmak, yaşanan şiddet olayında kadının hatası olmadığını söylemek, kadına yalnız olmadığını hissettirmek açısından önemli olmaktadır.
- *Raporlama:* Medikolegal vaka olarak kaydetmek, detaylı rapor hazırlamak gerekmektedir. Şiddet veya şiddet şüphesinin açıkça belgelenmesi gerekir, böylece ilerleyen zamanda gerek tıbbi sürecin, gerekse de adli sürecin sağlıklı ilerlemesi sağlanabilir.
- *Bilgi verme ve yönlendirme:* Kadının haklarını söylemek, şikâyetçi olmasının önemini vurgulamak, kadının güvenliği ile ilgili değerlendirme yapmak, daha fazla yardım için hukuki ve sosyal destek birimlerine yönlendirmeyi içermelidir. Ruh sağlığı sorunları ve madde kullanımı dâhil olmak üzere ilgili yüksek riskli durumların taranması ve kadın ve çocuklarına temel ihtiyaçların sorulması, finansal ve konut desteği, sağlık hizmetlerine ve diğer hizmetlere yönelik uygun yönlendirmeler yapılabilir.
- *Kadının kendi güvenliğini sağlaması:* kadının kendini ve çocuklarını güvende tutmak ve şiddetin artması durumunda hızla eyleme geçebilmeleri için atabilecekleri çeşitli adımlar konusunda bilgilendirilmelidir. Bir broşür veya kart, kadının güvenlik davranışları sergilemesine veya kişiselleştirilmiş bir güvenlik planı oluşturmaya yardımcı olabilir. Bununla birlikte, kadın, ilgili sivil toplum örgütleri ile temasa geçerek güvenlik davranışları hakkında daha fazla bilgi edinmeye teşvik edilmelidir.
- *Şiddet olgusunun ele alınmasında acil serviste rollerin belirlenmesi;* hekimlerinin görevleri gereği rollerinin yanında şiddet gören kadınlar için danışmanlık ve yönlendirmeler yapan acil servis hemşiresi veya sosyal hizmet uzmanları için de belirlenmiş roller olmalıdır. Şiddet olgu yönetiminde sorumluluk sahibi tüm paydaşların belirlenmiş rolleri doğrultusunda davranışları gerekmektedir.

Acil servislerde sağlık hizmeti sunanlar, şiddeti anlamak için geliştirilen ekolojik modeli yalnızca içinde yaşadıkları topluluklarda kadınları etkileyen risk faktörlerini anlamak için değil, aynı zamanda farklı düzeylerdeki riskleri ele almak ve azaltmak için yöntem geliştirmek gerektiğinde kullanabilirler (9).

2.9. Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Acil Tıp Hekimlerinin Sahip Olması Gereken Özellikler

Sağlık çalışanları, şiddet görenlerin belirlenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü tıbbi ziyaretin sebebi ne olursa olsun hastalara şiddet hakkında soru sorma şansları vardır. Şiddet özelinde hastaları değerlendiren sağlık çalışanları, başka bir yerden istenmeyen yardım talebiyle karşılaşabilirler. Özellikle acil tıp hekimlerinin var olan görevleri ve zaman kısıtlılığı göz önüne alındığında şiddet olgusuna ilişkin gerekenleri yapmaları zor olabilir. Dolayısıyla her bir sağlık personelinin görev ve sorumluluklarının tanımlanması ve buna uygun olarak davranmaları gerekliliği de ortaya çıkmaktadır (54).

Konu kadına yönelik şiddet olduğunda acil servislerde çalışan sağlık personellerinin bulunduğu pozisyonun bir sonucu olarak problemin ya da çözümün bir parçası olma durumları ortaya çıkabilecektir. Sağlık çalışanının kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarında problemin bir parçası olabilecekleri durumlar hasta mahremiyetini ihlal etmek, mağduriyeti normalleştirmek, şiddeti hafife almak, kadını suçlamak, kadının özerkliğine saygı göstermemek, kadının güvenlik ihtiyaçlarını görmezden gelmek olarak belirtilebilir. Sağlık çalışanlarının şiddet olgusunda çözümün bir parçası olduğu durumlar ise kadının mahremiyetine saygı göstermek, kadının söylediklerine inanmak ve doğrulamak, hizmetlere erişimi konusunda desteklemek, kadının gelecekteki güvenlik planı yapmasına yardımcı olmak, kadının özerkliğine saygı göstermek ve uğradığı adaletsizliği kabul etmekle örneklendirilebilir (69).

Kadına yönelik şiddetle mücadelede sağlık çalışanlarının sahip olması gereken temel özellikleri Moreno ve arkadaşları, bilgi ve farkındalık, beceri, etik ilkeler, tutum ve diğer özellikler olarak belirtmektedir ve detayları Tablo 2.6'te görmek mümkündür

(57). Bu özelliklerin aynı zamanda acil serviste çalışan hekimlerde bulunması gereken temel özellikler olduğunu belirtmekte de yarar vardır.

Tablo 2.6. Sağlık Çalışanlarının Sahip Olması Gereken Temel Özellikler

Bilgi ve farkındalık	<ul style="list-style-type: none"> - Yakın partner şiddeti hakkında bilgi - Cinsel istismar olgularının klinik bakımı ile ilgili bilgi - Şiddete uğrayan kadına yaklaşım protokolleri hakkında bilgi - Yönlendirme ağı hakkında bilgi - Toplumsal cinsiyet farkındalığı
Beceri	<ul style="list-style-type: none"> - Yaralanmalara ve diğer tıbbi acillere yaklaşım becerisi - İlk aşama psikolojik destek sunma becerisi - Stres yönetimi becerisi
Etik ilkeler	<ul style="list-style-type: none"> - Mahremiyete saygı - Bilgi gizliliğine saygı - Kadının özerkliğine ve seçimlerine saygı - Kadının güvenliğini önceleme
Tutum	<ul style="list-style-type: none"> - Empati kurma - Yargılamama - Cinsiyet eşitliği temelinde yaklaşma - Şiddeti kabul edilebilir görmeme
Diğer özellikler	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddeti sorgulama ve müdahale için uygun zaman belirleyebilme - Hastayı yönlendirecek broşür, poster gibi doküman sunabilme - Bakım verenlerle ilgilenmek

Ayrıca sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin bilmesi gerekenler ise şu şekildedir (54):

- Şüpheli vakalar için değerlendirme süreci verimli bir şekilde nasıl yönetilir?
- Şiddete uğradığını açıklayan bir kadının bakımı nasıl yönetilir?
- Şiddet uygulayanın kadına eşlik etmesi durumunda nasıl değerlendirme yapılmalıdır?
- Kadınların şiddete uğradığını açıklamalarını engelleyen ne tür zorluklar vardır?
- Tam bir teşhis için dokümantasyonun önemi.
- Etkin sevk sisteminin ve sevk ağının diğer destek ve güvenlik hizmetleriyle birlikte önemi.

2.10. Kadına Yönelik Şiddet Olgu Yönetiminde Acil Tıp Uygulama Örnekleri

Acil servisler birçok farklı acil sağlık problemi olan farklı yaştaki hastanın akışını yönetecek şekilde tasarlanmıştır. Fakat insanlar, acil sağlık hizmetine ihtiyaç duymasalar bile acil servise gelmekte, bakım ve tedavileri için ilk hizmeti aldıkları yerler burası olmaktadır. Son yıllarda acil servise müracaatlardaki artışın da bir sonucu olarak acil servislerin sağlık hizmetlerindeki rolü giderek önemini arttırmaktadır (70).

Hastalar, sağlık sistemini şiddete karşı müdahale konusunda uygun ve güvenilir bir başvuru yeri olarak görürler. Var olan sağlık sistemi içerisinde ise, yardım arayanların en çok acil servislere başvurduğu söylenmektedir. Acil servislere yapılan bir başvuru, resmi yardım ve desteğe erişmek için şiddete maruz kalmış bir kadın tarafından ilk ve bazen tek fırsatı temsil edebilir. Bu açıdan tüm acil servis personeli şiddet olgusunun tanımlanmasında ve yönetilmesinde önemli rol ve sorumluluk üstlenmektedir. Bu sorumluluk acil servislerde triaj personeli ile başlayıp değerlendirme ve bakım süreci boyunca da devam etmektedir. Dolayısıyla acil servisin her bir aşamasında gösterilen hassasiyet, aynı zamanda kadının şiddetten korunması için de önemli bir şanstır (71).

Acil tıp alanında çalışan hekimlerin, tüm hastalara olabildiğince hızlı bir şekilde yüksek kaliteli acil sağlık hizmeti sağlaması gerekmektedir. Ancak kalabalık acil servis ortamı ve yatarak tedavisi yapılan hasta sayısının fazlalığı, hasta güvenliğini tehlikeye soktuğu gibi, hastaların sağlık hizmetine erişimi konusunda da sorun da yaratmaktadır (72). Hekimlerin, acil sağlık hizmeti sunarken acil tıbbın özellikli koşulları altında çalıştıkları gerçeği göz önüne alındığında, ortaya çıkan ve çalışılması zor olan klinik şartlar altında, aldıkları kararları etik açıdan da olumsuz etkileyebilecek durumlarla karşılaşmaları kaçınılmaz olmaktadır (73).

Kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde acil servislerin rolünün önemine değinmiştik. Bu açıdan bakıldığında acil servislere ilişkin uygulama örneklerine geçmeden önce acil servise ait bazı dinamikleri kısaca açıklamada yarar olacaktır:

Zaman baskısı: Acil servisler, başvuran her hastayı değerlendirme sorumluluğunda olan hastane birimleridir. Acil servis değerlendirme sürecinde hastanın randevusu, parası, sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmamaktadır.

Bunun da bir neticesi olarak acil servislerde hasta yoğunluğu ortaya çıkmaktadır (73). Acil servislerdeki bu hasta yoğunluğu düşünüldüğünde, her bir acil servis başvurusu için hekimin yapması gereken iletişim kurma, fizik muayene, tanısal testler ve tedavi yapma gerekliliği, beraberinde zamanı etkili kullanma zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Doğal olarak zamanı etkili kullanmanın stratejik bir önemi ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu zaman baskısı da hekimi vakit kaybedecek uygulamalardan kaçınma zorunluluğunu önemli kılmıştır (74).

Hasta akışı: Acil servisler, müracaat eden hasta yoğunluğu düşünüldüğünde sınırlı sayıda yataklı tedavi imkânlarına sahiptir. Yatarak tedavi etmek zorunda kalınan hasta sayısı arttıkça hasta akışının da kontrolü önemli hale gelmektedir. Gerek acil hekiminin, gerekse diğer sağlık personellerinin acil sağlık hizmeti bekleyen hastalarla ilgili kararları tedavisine başlanan hastalar ve sıra bekleyen diğer hastalar ile ilgili karar ve uygulamaları hasta akışını düzenlemek açısından önem kazanmaktadır (74). İyi bir hasta akışı sağlamanın genel prensipleri; acil servisin kapasitesini ve talebi dengeleme, hasta akışının sürekliliğini sağlama, standart uygulamalar yapma, hastayı ilgili birimlere yönlendirme ve uygun bir şekilde yönlendirme gibi başlıklar altında yapılmaktadır (75).

Fiziksel koşullardaki yetersizlik: Acil servisler kalabalık olmanın yanı sıra fiziksel anlamda da genellikle uygun olmayan alt yapıya sahip yerlerdir. Hastaların fiziksel mahremiyetinin sağlanmasında ciddi sorunların yaşandığı da bilinmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının güvenliği açısından yeterli fiziksel koşullar bulunmamakla birlikte giriş çıkışların kontrol edilmesinin de zor olduğu yerlerdir (73).

İletişim sorunu: Uzun bekleme süreleri, genç personel ve akut bakıma odaklanan acil servisler hasta şikâyeti oluşturma potansiyeline sahiptirler. Ortaya çıkan bu şikâyetler, karşılanmamış hasta beklentileri veya kötü hizmet kalitesini yansıtabilmektedir. Her bir hasta özelinde yaşanan iletişim sorunu da acil servisin doğasının bir sonucu olarak memnuniyetsizliğe yansımada önemli bir faktör olabilmektedir (76).

2.10.1. Uluslararası Uygulama Örnekleri

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (BMNF)'na göre kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşımla ilgili hizmetler sağlıkla ilgili tüm birimlerde olduğu gibi acil servislere de entegre edilmelidir. Çünkü uğradığı şiddet neticesinde acil servise gelen kadın hastalara yaklaşım ve olgu yönetimi konusunda medikal, insan hakları ve etik temelli uygulamalar vakit kaybetmeden kadını merkeze koyarak hayata geçirilmelidir. Buradan hareketle acil servislerin öncelikle sahip olması gereken özellikleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (77):

- Yazılı rehber ve protokoller bulunmalıdır.
- Tuvalete erişimin kolay olduğu özel odalarda kadına yönelik şiddet hizmeti verilmelidir.
- Küçük bir sağlık biriminde veya yetersiz alanın olduğu yerlerde, sağlık hizmeti sunanlar, mahremiyet ve gizliliği sağlamak için yetkileri dâhilinde bir alan yaratmalıdır.
- Muayene odasında sandalye/koltuk, perde, muayene masası, yeterli ışık, enfeksiyon koruma ekipmanı, numune toplama gereçleri, bütçe ve çocuklar için bir tartım ölçeği olmalıdır.
- Temel düzeyde resüstasyon ortamı, ekipmanları ve eğitilmiş personele kısa zamanda ulaşılabilir olmalıdır.
- Tıbbi, sosyal ve yasal destek verme konusunda personeller eğitilmelidir.
- Sağlık tesisinin seviyesine ve alanın mevcudiyetine bağlı olarak, en azından klinisyenler, hemşireler, sosyal yardım görevlileri ve danışmanlar için belirlenmiş bir alan olmalıdır.
- Mümkünse oyuncaklar, çizim malzemeleri, renkli duvarlar ve posterler içeren ayrı çocuk dostu odalar oluşturulmalıdır.
- Dokümantasyon için matbu formlar ve bunları saklamak için kilitlebilir dolap bulundurulmalıdır.

BMNF ve Maldiv Sağlık Bakanlığının desteği ile hazırlanan rapora göre kadın yönelik şiddet olgu yönetimi İnsan Hakları ve Etik Boyutuyla Rehber İlkeler ve Kadına

Yönelik Şiddete İlişkin Tıbbi Yönetim olmak üzere iki başlık altında ele almıştır. Acil servislerde de uygulanması önemli olan şiddet olgu yönetimi kategorik bir şekilde şöyle belirtilmektedir (77):

- *İnsan Hakları ve Etik Boyutuyla Rehber İlkeler:* 1) Mahremiyet ve bilgi gizliliğini sağlama. 2) Güvenliği sağlama. 3) Yargılamama ve ayrımcılık yapmama. 4) Kadının düşünce ve kararlarına saygı gösterme. 5) Yaşam hakkına ve insan onuruna yakışır sağlık hizmeti alma. 6) Yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı, adalet etik ilkelerini temel alan yaklaşım sergileme. 7) Kadının onamını alma (77).
- *Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tıbbi Yönetim:* 1) Şiddete uğrayan kadını uygun bir şekilde karşılama (acil tıbbi müdahale ihtiyacı varsa öncelikle buna yönelmeli, kadının kendisini güvende hissetmesini sağlayacak iyi bir iletişim kurmalı). 2) Şiddet öyküsü alma (kadına ait genel bilgiler, şiddet olayının tanımlanması, jinekolojik öykü, ruhsal sağlık değerlendirmesi, diğer tıbbi ve cerrahi geçmişi). 3) Fizik muayene (kadının onamı, uygun muayenesi, vital bulguların değerlendirilmesi, hastanın sistematik muayeneye uygun bir şekilde soyunması, lüzum dâhilinde kıyafetlerin adli delil olarak muhafazası, baştan aşağı detaylı muayene yapılması, lüzum dâhilinde genital muayene yapılması, muayene bulgularının dokümante edilmesi). 4) Kadının şikâyetlerine ve fizik muayene bulgularına uygun tanı testleri isteme. 5) Kadının tedavisini düzenleme. 6) Psikososyal bakım ve destek sağlama. 7) Risk değerlendirmesi yapma. 8) Kurumsal destek alabileceği diğer birimlere yönlendirme (77).

GBV AoR oluşumunun 2014 yılında hazırladığı rehberde göre cinsel saldırıya uğrayan kadın hasta olgusunun yönetiminde hekimlere rehber olacak uygulamaları ise yedi aşamada açıklamıştır: 1) Kadını muayene için hazırlama. 2) Kadının öyküsünü alma. 3) Adli delilleri toplama. 4) Kadını muayene etme. 5) Tedavi önerme. 6) Kadına danışmanlık verme. 7) Kadının medikal takibi ve bakımını yapma (54).

İngiltere’de 2017 yılında hazırlanan toplumsal cinsiyet temelli şiddete acil servislerde yaklaşım ile ilgili rehberde, şiddet sorgusunun sessiz ve özel bir yerde

yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlık personelinin kaygılarına veya kadının şiddete ilişkin açıklamalarına duyarlı ve etkili bir şekilde cevap verebilmek için ise şunların yapılması önerilmektedir (71):

- Farklı şiddet türlerine ilişkin damgalanmayı azaltma,
- Kadınların, sağlık hizmetlerinde sorununun ciddiye alındığını bilmesini sağlama,
- Kadının, daha fazla şiddete maruz kalmasını önlemek için yardımcı olma,
- Kadına, kararları konusunda seçim yapma ve şiddetten kurtulma süreciyle ilgili destek sunma,
- Kadının, kendisi için uygun olan hizmetlere mümkün olan en kısa zamanda erişmesini sağlama,
- Zarar görme riski olan çocukların ihtiyaçlarını tespit etmeye ve gidermeye yardımcı olma,
- Zarar görme riski olan savunmasız yetişkinlerin ihtiyaçlarını tespit etmeye ve gidermeye yardımcı olma,
- Sonraki süreçlerde kadının ihtiyacı olan ve kolay bir şekilde ulaşabileceği, sağlık ve sosyal hizmet alabileceği birimleri açıklama.

Tüm sağlık personelinin şiddet neticesinde ortaya çıkabilecek yaralanmalar haricinde, şiddetin doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya çıkan belirtilerinin de farkında olmaları gerektiği belirtilmektedir. Çünkü gastroözofajial reflü, göğüs ağrısı, karın ağrısı, idrar yolu enfeksiyonları, baş ağrısı, kontüzyonlar, sıyrıklar gibi organik rahatsızlıklar ve klinik belirtiler, şiddet maruziyetinin bir sonucu olabilmektedir. Anksiyete, depresyon, kendine zarar verme, intihar teşebbüsü gibi ruhsal sorunların altında da şiddet olgusunun aranması tavsiye edilmektedir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tespitinde altta yatan şiddet olgusunun aranması gerektiği vurgulanmaktadır (71).

Ayrıca bu rehberde göre aşağıdaki soruların cevaplarına ulaşmanın da, risk düzeyini değerlendirmek ve kadına seçenek sunmak ve olası sonuçları bildirmek için yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (71):

- Kadın ne kadar korkuyor?
- Aile ve arkadaşlarından uzak kalmış hissediyor mu?
- Kadının depresyon veya intihar düşüncesi var mı?
- İntihar girişiminde bulunmuş ya da kendisine zarar vermiş mi?
- Partnerin uyguladığı şiddetten dolayı son bir yıl içerisinde ayrılmayı düşünmüş mü?
- Kadına zarar vermek için cisimler ya da silah benzeri şeyler kullanılmış mı?
- Çocukla iletişim konusunda bir çatışma var mı?
- Alkol veya madde bağımlılığı var mı?
- Ruhsal problemleri bulunuyor mu?
- Daha önce mahkemeden veya polisten korunma istedi mi?
- Paraya erişimi kısıtlandı mı?
- Diğer aile bireyleri için potansiyel zarar söz konusu mu?

2.10.2. Ulusal Uygulama Örnekleri

Türkiye’de ilk baskısı 2008 yılında, ikinci baskısı da 2017 yılında çıkan ve TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu tarafından hazırlanan “Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddetin Tanı-Tedavi ve Yönlendirilmesi” başlıklı rapor; acil servislere kadına yönelik şiddet olgu yönetiminin önemine bağlı olarak, acil servis hekimlerine rehber olabilecek önemli hususları içermektedir. Bu raporda acil servislere başvuran ve şiddete uğramış olan kadın hastalara yaklaşım ile ilgili olarak kısaca şu öneriler yapılmaktadır (78):

Yapılması gerekenler (78);

- Yaralanma varsa acil tedavinin yapılması,
- Kadını destekleyen ve güven veren bir yaklaşım sergilenmesi,
- Kadının güvenliği sağlandıktan ve yakınlarından ayrılması sağlandıktan sonra anamnez alınması, yalnız olmadığının hissettirilmesi,
- Şiddet tehdidinin devam edip etmediğinin tespiti,
- Şiddet ile ilgili diğer tıbbi sorunlara yönelme,

- Kayıt yapıp adli rapor tutulması (Kadını adli süreçle ilgili aydınlatma, lezyonların fotoğraflanması, yargı sürecinin başlaması ancak kadının sağlığını bozma tehlikesi yaratacaksa bildirim, uygun sağlık koşulları sağlanana kadar ertelenmesi),
- Kadına yönelik özel güvenlik planı geliştirilmesi,
- Kadının süreçle ilgili alacağı kararlara saygı gösterilmesi,
- Kadına haklarının açıklanması,
- Kadına yönelik şiddete ilişkin kurumun uygulayacağı özel tanı kodlarının geliştirilmesi,
- Şiddetin tekrarının kurumsal anlamda ve acil servis özelinde takip edilebilmesi için kadının takip dosyasına özel işaretler konulması.

Ayrıca bu raporda kadına yönelik şiddet yönetiminin sağlıklı yürütülebilmesi için güvenlik planının nasıl geliştirilmesi gerektiği, şiddet şüphesi uyandıracak klinik bulgu ve tanılar, cinsel saldırıda yapılması gerekenler, şiddet görmüş kadının başvurabileceği kurumlar ve telefon numaralarına dair hekimi yönlendirecek maddelere ulaşmak mümkündür (78).

2016 yılında Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi kapsamında Sağlık Çalışanları Kılavuzu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının öncülüğünde Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti finansal desteği ile hazırlanmıştır. Bu kılavuza göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında, Hastane Acil Servislerinde ve hastane öncesi acil sağlık hizmeti olan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinin görevleri, aşamalı olarak uygulama rehberi şeklinde belirtilmiştir (25).

Bu kılavuza göre öncelikli olarak sağlık çalışanlarının uyması gereken genel yaklaşım 5D prensibi ile şu şekilde açıklanmıştır: **Dinleme**, empati kurarak, dikkatle ve yargılamadan kadının dinlenmesi; **Düşünce ve acil ihtiyaçların değerlendirilmesi**, kadının biyo-psiko-sosyal gereksinimlerine yönelik ihtiyaç tespiti yaparak, gereğini yerine getirme; **Doğrulama**, kadının anlaşıldığını ve kendisine inanıldığını gösterip, şiddete uğramanın kendisinin suçu olmadığını ifade etme; **Duruma uygun emniyet ve güvenlik önlemleri alma**, şiddetin tekrarlama olasılığına karşın kadının korunması için

birlikte plan yapma; **Destekleme**, hakları hakkında bilgiye, var olan hizmetlere ve sosyal desteklere ulaşma konusunda kadına destek olunması (25).

Hastane acil servislerinde kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşım ise sırasıyla şu şekilde önerilmektedir(25):

- 1) Kadını, kendisine refakat edenlerden ayırıp, yalnız olarak bir odaya alma.
- 2) Şiddetle ilgili sorular sorma.
- 3) Öykü alma, tanı, muayene, tedavi ve dosya çıkarma, gerekli durumda ilgili birime sevk etme.
- 4) Şiddete ilişkin risk değerlendirmesi, buna uygun güvenlik planı geliştirme ve kadını bilgilendirme.
- 5) Gerektiği takdirde kadını koruma ve destek hizmetlerine yönlendirme.
- 6) Kadını izleme planı yapma.
- 7) Kayıt tutma, rapor tutma ve ilgili yerlere bildirimde bulunma; paydaş olan diğer sektörler ile işbirliği yapma.

112 Acil Sağlık Hizmetlerinde, kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşımla ilgili olarak sırasıyla önerilenler ise şunlardır (25):

- 1) Kadının güvenliğini sağlama.
- 2) İlk muayeneyi yaparak ön tanı koyma.
- 3) Acil yardım sağlama ve tedaviye başlama.
- 4) Komuta Kontrol Merkezi (KKM), kadını ve yakınlarını bilgilendirme.
- 5) Gerektiği takdirde hastaneye transferi gerçekleştirme.
- 6) Sağlık kayıtlarını eksiksiz ve doğru şekilde tutma, olay yerinde varsa bulduğu kanıtları muhafaza etme.

2.11. Tıp Etiği ve Acil Tıp Etiği

Tez çalışması kapsamında acil tıp alanında çalışan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları tıp etiği açısından değerlendirileceği için tıp etiği ve acil tıp etiği ile ilgili kavramları kısaca açıklamak gerekecektir:

2.11.1. Tıp Etiği

Etik, insan faaliyetleri içerisinde ahlaki kuralların uygulanmasıdır. Biyoetik, konusu canlı olan uygulamalarda karşılaşılan gerçek ya da beklenen ahlaki sorunlara yönelik etik ilkeleri içeren mantıklı çözümler sunmaktadır. Biyoetik konular son elli yıldır büyük ölçüde gelişme kaydetmiştir. Biyoteknolojideki hızlı gelişmeler, çözümü güç olan yeni sorunları ortaya çıkarmıştır. Buna paralel olarak artan sorumluluk, tıp başta olmak üzere diğer meslek çalışanlarının günlük pratiklerinde yaşadıkları etik sorunları çözüme kavuşturmak için bir arayışa sevk etmiştir (79).

Etik, değerleri tanımlayıp, ahlaki görev ve yükümlülükleri belirleyen temel ilkeleri incelemektedir (67). Meslek etiği, bir iş koluna özgü uygulamalara yönelik ahlaki meseleleri kapsamaktadır. Genel olarak meslek etiği mesleki uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Örneğin hekimler, hemşireler, terapistler sağlık çalışanları yaptıkları işin doğasına özgü olarak ahlaki bazı ilkelere sahiptir. Bu ilkeler tıp ve sağlık mesleği etik ilkeleri olarak genel başlık altında tartışılmaktadır. Meslek etiğinin hekimlik meslek topluluğu içerisinde geliştirildiği düşünüldüğünde, “iyi hekim nasıl olunur?” sorusuna verilecek olan cevabın, köklü bir ahlaki düşünce geleneğine sahip olan tıp etiğine ilişkin tartışmalar çerçevesinde geliştirilmeye çalışıldığını söylemek yerinde olacaktır (80).

Tıp etiği en az 2500 yıldır tıbbın ilgi odağındadır. Hipokrat Andı ve devamındaki antlar, hastaların üstün tıbbi çıkarlarını sürdürmek, onlara zarar vermektan kaçınmak ve mahremiyeti korumak için temel etik sorumlulukları ifade etmişlerdir. Yirminci yüzyılın ortalarına kadar, paternalizm bir norm olarak kabul edildi ve geleneksel tıp etiği, hastaların özerkliği ve adalet ile daha az ilgiliydi. Daha sonra gelişen ilkeler ve üzerinde uzlaşılan ahlaki normlar, etik kurallarda mesleki standartlar veya iyi uygulamalarla ilgili rehber ilkeler olarak ortaya konuldu. Sağlık profesyonellerinin karşılaştığı zorluk, genellikle bu genel ilkelere bireysel koşullara kadar olan sorunları saptama ve çözümüne yardımcı olma konusunda oldu. Bununla birlikte bir karara varmak için ahlaki açıdan duyulan endişelerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekliliği de ortaya çıktı (81).

Uygulamalı etik, tıp ve diğer meslek kollarında olduğu gibi, pratik yaşamın bazı alanlarında ortaya çıkan ahlaki sorunları anlamak ve çözmek için tüm sistematik çabaları içeren genel bir çalışma alanıdır. Günümüzde tıp alanında uygulamalı etik, biyomedikal etik başlığı altında tıp ve biyomedikal araştırmalara ilişkin etik uygulamalar çerçevesinde tartışılmaktadır. Biyoetik alanındaki deneyimler özerkliğe saygı, zarar vermeme, yarar sağlama ve adalet gibi etik ilkelerin doğmasına yol açmıştır. Bu etik ilkeler Tom Beauchamp ve James Childress tarafından yayınlanan “Biyomedikal Etiğin İlkeleri” isimli kitapta sistematik olarak geliştirilmiştir ve tıpta pratik ahlaki yargıya rehberlik edecek kadar içerik sunar hale gelmiştir (82).

Farklı bakış açıları ve prensiplere hitap eden zengin bir disiplin olan tıp etiği, tıbbi karar verme sürecinde etik gerekçelendirmelere de yol göstermiştir. Normlar ya da değerler, iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış ve tıbbi uygulama bağlamında yapılması gereken ya da gerekmeyenler ile ilgili eleştirel düşünceleri geliştirmeye katkı sunmaktadır. Farklı ahlaki kaygılar, çıkarlar veya öncelikler çatıştığında, tıp etiği genellikle ahlaki açıdan kabul edilebilir ve akılcı kararlar almaya yardımcı olduğu gibi, burada kararın kendisiyle olduğu kadar kararın verildiği süreçle de ilgilenebilir. Tıp pratiği bağlamında eleştirel ahlaki düşünceye atıfta bulunmanın yanı sıra, konunun daha geleneksel görüşlerine atıfta bulunmak için “tıp mesleğinin üyelerinin beklediği mesleki yeterlilik ve davranış standartları” olarak da açıklanabilir (81).

Beauchamp ve Childress etik ilkeleri temel olarak özerkliğe saygı, zarar vermeme, yarar sağlama ve adalet olarak dört başlık açıklamaktadır (83). Bu ilkeleri kısaca açıklayacak olursak:

Özerkliğe Saygı

Bireylere saygı gösterilmesi anlamına gelmektedir. Kişilerle ilgili tıbbi kararlar alınma sürecinde seçenekler konusunda onların görüşlerini alma gerekliliği bulunmaktadır. Hastaların önerilecek uygulamalar ile ilgili olarak seçim yapma olanağı sunulması, hastaların değerlerine ve inançlarına dayalı saygı gösterilmesi ve buna uygun eylemlerde bulunma haklarını kabul etmek, bu doğrultuda tedavilerini yapmayı beraberinde getirmektedir (83).

Tıp etiğinin yarar sağlama ilkesi en büyük etik değer olarak yüzyıllarca varlığını sürdürmüştü fakat yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra etkisi azalmaya başlamıştır. Özerkliğe saygı çerçevesinde gelişen yeni anlayış hekimin sadece hastasının tıbbi yararını ön plana koymasını değil, aynı zamanda kişi özerkliğinin bir gereği olarak haklarını kullanabilme fırsatı tanımayı da öngörmektedir. Özerkliğe saygı ilkesinin gereğini yerine getirmek, tıbbi uygulama süreci esnasında hastanın bireysel haklarına değer vermek ve tıbbi karar verme sürecine onu dâhil etmek demektir. Bunun da bir sonucu olarak tıbbi sürece ilişkin hastanın da karara katılmasıyla uğrayabileceği zarar riski asgari düzeye inmekte ve hekim hasta ilişkisi düzenlenmiş olmaktadır (84).

Özerkliğe saygı ilkesi, hastanın haklarına ve değerlerine saygı gösterecek şekilde davranmak, alınacak olan tıbbi kararda hastanın söz sahibi olmasını sağlamayı gerektirir. Hastanın özerkliği, hastanın doğru bilgilendirilmiş ve gönüllü olması ile de ilgili olup, tıbbi karar sürecinde ret veya kabulü de barındırmaktadır. Bunun için hastanın özerk karar vermesini sağlayacak olan koşulların hekim tarafından sağlanması da bir etik yükümlük olarak söylenebilir (84).

Zarar Vermeme

Sağlık hizmeti sunarken başkalarına zarar vermekten kaçınmaları konusunda hekimlere sorumluluk yükleyen bu etik ilke Hipokratik gelenekte temel ilke olarak kabul görmekte ve vurgulanmaktadır(83). Hastalığın doğal seyri devam ederken, hastalığa bağlı olumsuz sonuçları önlemek için hekimin müdahale etmesinin ön şartı olarak, tıbbi karara bağlı ya da başka zararları hastaya yaşatmaması esastır. “Primum non nocere!” olarak ifade edilen ve “Önce zarar verme!” anlamındaki özlü söz ile hekimlere etik yükümlülük yüklenmiştir (84).

Zarar vermeme yönündeki bir eylem aslında yarar sağlamayı da beraberinde getirmektedir. Evrensel bir değer olan insana zarar vermeme etik ilkesi bir eylemin olumsuz sonuçlarının olumlu sonuçlarının önüne geçmesini engellemeyi gerektirmektedir (84).

Yarar Sağlama

Hekimlere bireyleri sadece özerkliğe saygı göstererek değil zarar vermekten kaçınmayı değil, aynı zamanda hastaların refahına katkıda bulunmayı da bir sorumluluk olarak yükleyen bir etik ilkedir (83). Tıbbi pratiklerde Hipokrat'tan günümüze hastanın yararını ve iyiliğini zarar vermeme kavramıyla beraber olarak birincil profesyonel değer olarak kabul edildiğini ve bu değere uygun olarak hekimden davranış beklendiğini belirtmekte fayda vardır.

Hipokrat andında da belirtildiği gibi hekimin hasta yararı yönünde beklenen eylemlere mutlak bağlılığı ise günümüzde oluşan dünya ve toplum değerleri açısından artık tek başına yeterli gelmemektedir. Hekim ile hasta arasındaki ilişkiye zarar vermeme ve yarar sağlama etik ilkelerine ek olarak yeni değerler ve etik unsurlar da eklenmektedir (84).

Adalet

Temel olarak adil davranmayı, ayrımcılık yapmamayı, önyargısız ve tarafsız olmayı ve adaletin gerektirdiği gibi eylemde bulunmayı hekimlere yükleyen bir etik ilke olarak açıklanabilir. Hekimleri hastalara ait ırk, renk, inanç, cinsiyet, uyruk veya diğer özelliklerine bakılmaksızın hastalara bakımı verirken, adil olmakla yükümlü kılmaktadır (83).

Toplum yaşamının her alanda varlığı hissedilen adalet ilkesi tıp etiğinin de önde gelen ilkesi haline gelmiştir. Adalet kavramı daha çok hukuk alanında kullanıldığı bilinse de tıp ve sağlık alanında sağlık kurumlarının yönetimi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi, klinik uygulamalarda tanı ve tedavi ile ilgili olarak da kendini fazlaca göstermektedir (84).

Beauchamp & Childress'a göre ise bireylerin sağlık uygulamalarına ilişkin adil fırsat elde etmesi, ayrımcılığa uğramaması, kişilerin örselenebilirliği, istismarı, bilimsel araştırmalarda ayrımcılığa uğramaması, ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının uygulanması ile ilgili olarak bireylerin ve toplumların sağlık hakkının gözetilmesi, kaynakların adil dağıtılması gibi konular tıp etiğinin adalet ilkesinin önde gelen konularını oluşturmaktadır (83).

Sağlık bakımı kararları sadece klinik ve teknik gerekçelere değil aynı zamanda etik gerekçelere de dayanmaktadır. Bir olgunun klinik ve teknik yönleri dikkatli bir şekilde tartışılmış olsa da, ilgili etik meseleler gözden kaçabilir. Hekimin kararlarını ve eylemlerini düzenleyen yasal bir çerçeve veya davranış kuralları, bu sorunun üstesinden gelmeye yardımcı olabilir, ancak genellikle sınırlı sayıda durum için katı kurallar sağlarlar. Ama yine de hekimlerin tıbbi uygulamaların karmaşık bir hal alması nedeniyle ortaya çıkan ya da çıkması muhtemel sorunları çözüme kavuşturabilmesi açısından, tıp etiğini bilmelerinin gerekliliği giderek artmaktadır (85).

2.11.2. Acil Tıp Etiği

Etik ve profesyonellik bağlamında, hastalar ile ilgili acil servisin doğasına özgü sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlarla birlikte sağlık çalışanları, çevresel dinamiklerle değişen koşullarda hastaların güvenini kazanma, iyi iletişim kurma, zor kararları hızlı bir şekilde vermeye zorlanma durumları ile karşılaşmaktadır. Bundan dolayı, acil tıp hekimleri tıp uğraşlarının ahlaki boyutuna uygun davranış geliştirmek için önemli bir konumda bulunmaktadır (67).

Acil Tıp, travma ve akut hastalıkların değerlendirildiği ve ilk hasta bakımı yönetiminin yapıldığı genç ve dinamik bir tıp uzmanlık alanıdır. Etik çalışma alanı ise, bir mesleğin değerlerini tanımlar. Tıpta bu mesleki değerler hastalar, meslektaşlar, öğrenciler, toplum, ilaç firmaları ve tıbbi kurumlar ile ilişkileri de içermektedir. Tıp etiği, profesyonellik kavramları ile iç içedir ve acil tıp hekimlerinin profesyonel davranışlarının temelini oluşturmaktadır. İnsanlığa yararlı olmak olarak tanımlanan temel mesleki yükümlülük, tüm hekimlik yeminlerinde ifade edilmektedir. Bu genel yükümlülüğün yanı sıra, acil tıp hekimleri, branşlarının kendine özgü özelliklerinden kaynaklanan belirli etik yükümlülüklerle de sahip olmalıdır (86).

Acil tıp alanında karşılaşılan vakalar diğer kliniklerde karşılaşılan vakalardan farklıdır. Tedavinin yapıldığı ortam farklıdır ve etik açıdan rutin gereksinimleri (mahremiyet, gizlilik, hekim hasta iletişimi, vs) karşılayacak şekilde organize olmamıştır. Acil tıbbi durumlara müdahale etmek için zaman kısıtlıdır ve uyulması önerilen etik ilkeler daha basit yollarla uygulanmalıdır. Acil durumlar öykü alma, fizik

muayene, aydınlatılmış onam ve diğer etik konularla ilgilenmek için özel yaklaşımlara ihtiyaç duyar. Bu nedenle de etik sorunlara ilişkin acil servis personelinin eğitimi diğer sağlık personellerinin eğitiminden farklı olmaktadır (67).

Acil tıpta hastalarla ilgili verilen tedavi kararları yalnızca tıbbi bilgilere dayanmaz ve her klinik durum için gerçek bir doğru cevap bulunamayabilir. Bu nedenle acil durumların etik sorunlarının diğer klinik durumlara kıyasla farklı olmasının birçok nedeni vardır. Hasta muayenesinin, tedavisinin, tıbbi konsültasyonun yeri ve zamanlaması genellikle acil durumlarda çok farklıdır. Bu farklılık da mahremiyet, gizlilik, tıbbi dokümantasyon, doktor ile hastası arasındaki ilişkiler gibi pek çok etik konuyu tartışılır hale getirmektedir (67).

Acil servise gelen hastalar çoğu zaman tercihindendir dolayısıyla değil, problemin aciliyeti nedeniyle tedaviye gelmektedir. Çoğunlukla acil bir durumda, en yakın kliniğe veya hastaneye gitme kararı verilmesi gerekecektir. Verilen acil bakım, hastalardan veya onların vekillerinden aydınlatılmış onam alınarak yapılması gereken oldukça girişimsel müdahalelerden de oluşabilir. Yani acil tıp uygulamaları da ahlaki birçok uygulamayı içerisinde barındırmaktadır. Bu nedenle mesleki profesyonelliğin gereği olarak acil tıp hekimlerinin teknik açıdan bilgili ve yetkin olmanın yanı sıra, karşılaştığı vakaya uygun etik değerleri ve yaklaşımları benimsemeleri gerekmektedir. Böylece karşılaşılan ahlaki çatışmaların mantıklı analizi yapılacak ve karşılaşılan etik sorunların uygun bir şekilde çözülmesi konusunda beceri gelişecektir (86).

Klinik deneyim arttıkça beceriler gelişir ve karar verme çerçevesinde yeni deneyimler kazanılır. Bu süreçte acil tıp hekimlerinin etik ve profesyonel davranışlar geliştirilmesi, temel etik ilkelerin anlaşılmasını gerektirmektedir. Kültür ve inancın da özellikle acil durumlarda etik konuların yorumlanmasında önemli bir rol oynadığını unutmamalıdır. Beauchamp ve Childress'in önerdiği yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleri doğrultusunda tıbbi bakım standardı belirlemeye çalışırken, acil tıba özgü olarak farklı diğer etik konular, hastanın acil servisteki pozisyonuna özgü olarak göz ardı edilmemelidir (67).

Tıbbi bakım sürecinde, hekim-hasta arasındaki etkileşim, etik değerler de dâhil olmak üzere birçok değer seçeneğine, içgüdüsel olarak bireysel inançlara, taahhütlere

ve alışkanlıklara dayanarak gerçekleşmektedir. Ancak, hastalar ve hekimlerin benimsedikleri değerlerin meydana getirdiği uyumsuzluk etik sorunları ortaya çıkarmaktadır (87). Hekim hasta ilişkileri, biyomedikal etikte ahlaki bir merkez ve ana unsurdur. Bununla birlikte, acil tıp uygulamalarının özgünlüğü ve hastaların çeşitliliği özel durumlar oluşturmaktadır. Örneğin, bir hastanın acil servise gitme kararı kişisel tercihinden çok kurumun itibarına, erişilebilirliğine veya vereceği güvenceye dayanmaktadır (86).

Acil tıbbi bakım, hastane temelli bakımın önemli bir parçasıdır. Onu, diğer tıbbi bakım alanlarından farklı kılan unsurlar arasında, hızlı bir şekilde müdahale etme zorunluluğu, vakanın tıbbi ve etik yönlerini ele almak için zaman darlığı, hastalar hakkında önceki bilgileri değerlendirecek imkânların kısıtlı olması... gibi faktörler sayılabilir. Doğal bir sonuç olarak da alınacak olan tıbbi ya da etik kararı çok kısa bir sürede vermek, hiç de kolay olmamaktadır (87). Bunun için genel anlamda tıp etiği açısından tartışılan etik konuları acil tıp özelinde de açıklamak gerekliliği bulunmaktadır (86);

Tıbbi Tedaviden Önceki Süreçle İlgili Etik Konular

Adalet: Bu etik ilke devletin tüm vatandaşlarına adil sağlık hizmeti sunma ödevini ifade etmektedir ve kurumsal ahlaki uygulamalara ilişkin perspektif sunmaktadır (88). Toplumsal etik yaklaşım açısından ise tıbbi kaynakların adil dağılımı, sağlık hizmetlerinin maliyeti, sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması gibi konuların tartışmalarında temel alınmaktadır (89). Sağlık bakımı sunanların hastalara olabildiğince adil olmaya çalışmasını bekleyen, temel bir etik ilkedir (87). Acil tıp hekimlerinin karşılaştıkları tıbbi olayları geniş ve diğer tüm etik ilkelerle birlikte dikkate alması gerekmektedir. Tüm hastalara standart bakımın altında hizmet sunmada konusunda adil davranmalıdır. Hiçbir hastaya toplumsal cinsiyet, sosyoekonomik statü, sosyokültürel statü, benimsediği değerler özelinde hiçbir şekilde ayrımcılık yapmamalıdır (86).

Damgalanma: Acil servislerde damgalanma sağlık hizmeti almaya gelen kişinin hastalıkları, cinsiyetleri, cinsel yönelimleri, konumları ve onlara eşlik edebilecek

sosyal veya kültürel özelliklerine ilişkin olarak ortaya çıkabilir. Damgalamaya yönelik davranışlar sağlık çalışanları tarafından acil servislerde tıbbi müdahaleden önce kendisini gösterebilir. Örnek olarak kadınlara, madde bağımlılarına, seks işçilerine ve terminal kanser hastalarına karşı tıbbi bakım verme sürecinde risk oluşturmaları, garip davranışlar sergilemeleri, tedaviye uyum sağlamamaları gibi nedenlerle damgalama davranışları ortaya çıkabilir. Damgalama ve ön yargılar acil servislerde ilk temasla birlikte başlar ve acil tıbbi bakım sürecini etkileyebilir. Kişinin damgalanan özelliğine göre hareket edip etmemek, acil servis çalışanları için etik bir çatışma unsuru olmaktadır (87,90).

Savunmasızlık: Kişinin kendi çıkarlarını korumak konusundaki yetersizliğini anlatmak için kullanılır. Savunmasızlığa neden olan etkenler onam verme yetkinliğinin ortadan kalması, tıbbi bakım veya diğer ihtiyaçların elde edilmesinde alternatif seçeneklerin olmaması, bir grubun üyesi olma, hiyerarşik bir yapı içerisinde karar verme hakkının kısıtlanmış olması olarak sıralanabilir. Böyle durumlarda savunmasız kişilerin haklarının ve refahının korunması için özel kararlar almak da gerekebilir (88). Bodenman ve arkadaşları acil servise gelen hastaları savunmasızlık açısından değerlendirmiş ve hastaların farklı özelliklerinin savunmasızlıkla ilişkili olduğu sonucuna şu başlıklar altında ulaşmıştır: *Sosyal faktörler;* işsizlik, kişi refahının bağımlı olması, düşük gelir sahibi olma, sosyal destek yönünden kısıtlı olma. *Somatik faktörler;* yüksek beden kitle indeksi, subjektif olarak düşük iyilik hali. *Ruhsal faktörler;* kronik ruhsal hastalık, ruhsal hastalığa bağlı refah düzeyinin düşük olması, ruhsal komorbiditeler. *Sağlık açısından riskli davranışlar;* tütün, alkol ve madde bağımlılığı, riskli cinsel eylem. *Alınan sağlık hizmetleri;* hastaneye yatışlar, son bir yılda birden fazla acil servis kullanımı (91).

Tıbbi Tedavi Süreci İle İlgili Etik Konular

Yarar sağlama: Başkalarına iyi davranmanın ve özellikle tıbbi bağlamda hastalara iyi davranmanın ahlaki önemini vurgulayan ilkedir. Yarar sağlama ilkesine uygun davranmak hasta için en iyisini yapmanın yolunu açacaktır. Bu, hasta için en iyi olanın kime ait olması gerektiği sorusunu gündeme getirmektedir. Çoğu zaman, ilgili

bir sağlık profesyonelinin objektif değerlendirmesinin hastanın üstün çıkarları için belirleyeceği şeylere odaklanmak olarak da yorumlanmaktadır. Hastanın kendi görüşleri hasta özerkliğine saygı ilkesiyle ifadesini bulur (92). Yarar sağlama ilkesi yaş, engellilik ya da bir hastalık nedeniyle bir kişinin özerk seçim yapabilme kapasitesi zarar gördüğünde, paternalist müdahaleyi de zorunlu kılar (88).

Acil tıp hekimleri, hastaların durumlarını en iyi şekilde değerlendirip tedavi etmek üzere süreci yönetirler. Bu sayede akut hastalıklara hızlı bir şekilde yanıt verir, acıyı önlemek ve en aza indirmek için tedavi eder, gelişmesi muhtemel fonksiyon kayıplarını en aza indirir ve hayatı korurlar. Bu hedeflerin sağlanması, yarar sağlama ilkesi temelinde hastanın refahına katkıda bulunurlar. Hastanın özerk seçim yapamadığı durumlarda acil tıp hekimin yarar sağlama ödevi ön plana çıkar. Burada yarar sağlama ilkesi genellikle hasta için neyin en iyi olacağına dair nesnel bir görüşü ortaya atar. Bu ekseninde ortaya çıkan üstün çıkar kavramı hastanın esenliği ve yararı ile bağlantılıdır, fakat hastanın dini ve kültürel inançları tamamen tıbbi riskler ve faydalardan daha geniş konuları içerir (Yahova Şahidinin kan ürünleriyle yapılacak olan tedaviyi reddetmesi gibi) (86).

Zarar vermeme: Bu ilke sağlık çalışanlarının hastalarına kasıtlı olarak zarar vermemesi gerekliliğini ifade etmektedir. Farklı türde zararlar da vardır. Zarar vermeme ilkesi, isteyerek bir hastanın ölümüne, daha fazla hastalanmasına ya da daha fazla acı çekmesine sebebiyet vermemeyi sorumluluk olarak yüklemektedir. Ayrıca bu ilkeye göre hastanın tedavisinin yapılması hastaya bir yük getirecekse, sonucunda ölüm dahi olsa tedavinin sonlandırılmasını bile etik açıdan uygun bulabilmektedir (88). Bu ilke, yarar sağlama ilkesinin diğer yüzüdür. Genel olarak, zarar vermemenin öncelikli görevimiz olduğu vurgulanırken, yarar sağlama yükümlülüğümüzü de elden bırakmamayı önermektedir (92). Acil tıp hekimleri, hastaların bakımında zarar vermeme konusunda mümkün olduğu kadar güvenilir olmalıdırlar. Zarar vermeme ilkesi içerisinde acil tıp hekimlerine düşen ek sorumlulukları ise; kendilerini, çalışanlarını, hastalarını diğer hastalar ve ziyaretçiler tarafından şiddet eylemlerine karşı korumak olarak da belirtmekte fayda vardır. Şiddet riskine bireysel önlemler almak yetersiz gelecekse güvenlik güçleri ya da

polisten destek alınması gerekecektir ve bu sayede oluşabilecek yeni zararlar önlenmiş olacaktır. Acil tıpta şiddet konusunda eğitim yetersizliği olan hekimlerin ise, tespiti dahilinde eğitim programına dahil edilmesi gerekecektir (86).

Belirli durumlarda, belirli bir hastanın yönetiminde sorumluluk almış olan acil tıp hekimi, bilgi ve becerilerinin yetersiz kaldığı durumda, belirli bir klinik disiplinden(ör; kalp krizi için kardioloji uzmanından destek istemesi gibi) yardım istemek durumunda kalacaktır. Zarar vermeme ilkesi bağlamında bu davranış aslında acil tıp uygulamaları içerisinde çok sık görülmektedir. Bunu da acil hekimleri zayıflık ya da beceriksizlik olarak algılamamalıdır. Çünkü disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışması, hastanın zarar görmemesi için çok değerlidir (86).

Özerkliğe saygı: Özerklik, bir eylem için özgürce ve bağımsız olarak düşünme, karar verme ve hareket etme kapasitesidir. Tartışmalı bir felsefi kavramdır. Özerkliği, Beauchamp ve Childress, bir eyleme karar verme sürecinde dış etkilere bağımsız olarak yapılan kasıtlı seçimler açısından ele almaktadır (88,92). Özerkliğe saygı ilkesi, başkalarının özerk seçimlerine, yanlış olduğu düşünülen bir seçim dahi olsa, müdahale etmemeyi gerektirir (88). Hasta özerkliğine saygı, sağlık profesyonellerinin hastalara kendi kararlarını alma ve bu kararlara saygı duyup buna uygun bir şekilde davranmayı gerektirir (sağlık personeli alınan kararın yanlış olduğuna inansa dahi) (92). Bu da sonuç olarak karar verme kapasitesi olan bireylere karar verme sürecine müdahalede bulunmalarını engeller (88).

Özerkliğe saygı, başkalarının seçimine saygı duyma yükümlülüğüne atıfta bulunarak, hastaların bedenlerine ilişkin konularda egemenliğe sahip olma hakkı olarak da ifade edilebilir. Acil tıp hekimleri, hastaların zihninde mahremiyet ve gizlilik konusunda güven aşılmalıdır. Bunun için bazı zamanlarda ve durumlarda, hastayı aileden ayırmak gerekli olabilir. Aynı zamanda özerk olarak karar verebilmek için acil servis hastalarının yeterli, uygun ve doğru bilgi almaları gerekmektedir (86).

Önerilen tedavi ile ilgili olarak hastanın ciddi bir zarara uğrama riski bulunuyorsa, hastanın rızasına başvurmak gerekmektedir. Bazen ölüm veya ciddi zararı önlemek için tıbbi müdahale gerekli ise (ör; kardiopulmoner resüsitasyon), acil tıp hekimleri özerkliğe saygıyı ihlal ederek tedaviye başlamak zorunda kalabilirler. Bu

durumda da hastaların değerlerine aykırı bir müdahale konusu gündeme geldiğinde (ör; Yahova Şahitleri) özel ahlaki sorunları ortaya çıkarabilir. Hastaların kararları, akut durumu yöneten acil tıp hekimlerine mantıksız görünebilir, ancak bu kararın hastaların inançları ile tutarlı olabileceği gerçeğini göz ardı etmemek gerekir (86).

Acil tıp hekimleri, terminal dönem bir hastanın yaşamını uzatan tedaviden vazgeçme kararına, hastanın yaşayan dileği ya da resüsitasyon yapmama talimatı doğrultusunda, saygı göstermeye istekli olmalıdır. Ayrıca acil tıp hekimleri aynı zamanda görev yaptıkları ülke sınırları içerisinde belirlenen kriterleri anlayarak, organ bağıışı ile ilgili karar vermede hastaya ve aileye yardımcı olmalıdırlar (86).

Aydınlatılmış onam: Tıp etiği ilkelerinin birisi olan özerkliğe saygı ilkesinin tıbbi uygulamalarda önemini arttırması paternalist hekim yaklaşımını değiştirmiştir. Bunun bir neticesi olarak da hekim hasta ilişkisinde önerilen tıbbi kararlar doğrultusunda hastanın kendi sağlığı ile ilgili karar verebilmesi için kapsamlı bir şekilde bilgilendirmeyi gerekli kılmaktadır (84). Aydınlatılmış onam sürecinde hastaya hastalığın ne olduğu, var olan ve hekimin önerdiği tedavi seçenekleri kapsamlı bir şekilde hastaya anlatılmalı ve hastanın da bir seçim yapması beklenmelidir (93). Biyoetik literatüründe aydınlatılmış onam genellikle tıbbi bilginin açıklaması, bilginin anlaşılması, hastanı önerilen tedavi konusunda gönüllü olması, hastanın karar verme yeterliği ve onam olarak beş aşamada değerlendirilmektedir (88). Beauchamp ve Childress ise aydınlatılmış onamın öğelerini üç ana başlığa ayırmıştır: a)Eşik öğeler/önkoşullar (yeterlik ve gönüllülük), b) Bilgi öğeleri (bilgilendirme, öneri, anlama), c) Onam öğeleri (karar ve yetkilendirme) (83).

Aydınlatılmış onam acil hekimlerinin karşılaştığı yaygın etik sorunlarından bir tanesidir. Ancak acil servislerde her zaman hasta karar verme konusunda yeterli olmamakta ve acil tıbbi durumun neticesi olarak da karar vermek için zaman da kısıtlı hale gelmektedir. Bu durumda hasta adına kimin karar vereceği önemli bir etik tartışma konusu olmaktadır (87).

Aydınlatılmış onam acil servislerde de bir hastanın özerk bir seçim yapmak için gerekli tüm bilgileri aldığı süreçtir. Acil serviste bulunan hasta hekimin bilgi ve uzmanlığına dayanarak sunmuş olduğu seçenekleri kabul edip etmeme konusunda

özgürdür. Acil serviste karşılaşma olasılığı yüksek olan bir hasta grubu da seçim yapma konusunda yeterli olmayanlardır. Bu durumda ise bir akraba veya uygun şekilde atanan hasta yakını onam konusunda sorumluluğu üstlenmesi gerekebilecektir. Zaman zaman hastaların acil hekimlerinin kendileri için karar vermesini istedikleri de görülmektedir (86).

Acil serviste sağlık hizmeti sunumunda karşımıza çıkabilecek onam türleri şu şekildedir (94):

- *Genel - Örtülü onam*; acil serviste hastanın kabul edilmesinden sonra hastanın tedavi ihtiyacına uygun olarak yapılabilecek her türlü tıbbi girişimi kapsayan onam türüdür. Bu onamın hastanın acil serviste bulunduğu zaman zarfında bilgisi dâhilinde olsun ya da olmasın bütün tıbbi işlemlere örtülü olarak onam verdiği anlayışına dayanmaktadır. Burada hastanın haklarını devretmede konusunda istekli olup olmadığını anlayamamaktadır. Acil tıp uygulamalarında sıkça kullanılmasına rağmen bu onam türü ciddi etik kaygılar barındırmaktadır.
- *Sözsüz onam*; hastanın alacağı kararları önemli kılmayan, ima edilen onam olarak da adlandırılan bir onam çeşididir. Hastanın acil müdahaleye olan onamının varlığı sözleri, davranışları ya da yapılan tedaviye itiraz etmeyerek karşılık vermesi ile kabul edilmektedir. Bu onam türünün geçerli olduğu durumlar var olsa da hastanın özerkliğini zedeleyecek bir zemin hazırladığı düşünülür.
- *Varsayılan onam*; bu onam türünün temel aldığı görüş hastanın, tıbbi durumuna ilişkin ne yapılacağını bilseydi onam vermesinin kesin olduğu varsayımıdır. Acil tıp pratiğinde hastanın karar verme konusunda yeterli olmadığı ancak yaşam kurtarıcı müdahale için kısıtlı zamanın olduğu durumlar için bu onam söz konusu olmaktadır.
- *Vekil onam*; bilincinin yerinde olmasının yanında karar verme kapasitesi bulunmayan hastaya müdahale için, hastanın üstün çıkarına uygun bir şekilde karar verecek olan bir yakınından onam alma sürecidir.

Triaj; hastaların tedavi için önceliklerini belirlemek için tıbbi bir değerlendirme sürecidir. Tıbbi kaynakların sınırlılığında ve tüm hastaların eş zamanlı olarak acil tedavisi mümkün olmadığında, kaynakları en etkin şekilde kullanmak için hastalar müdahale için bir sıraya konulur. Triyaj, ilk olarak askeri tıpta uygulanmış ve geliştirilmiş daha sonra afet tıbbi ve acil tıpta uygulanmıştır. Tıbbi kaynakların etkin kullanımı günlük tıbbi uygulamalardan farklı olarak, triyaj ile genellikle acil durumlarda gerçekleşir ve bir hasta havuzunun kritik bakımı hakkında hızlı kararlar alınmasını gerektirir. Genellikle bu kararlar faydacı ve eşitlikçi değerlendirmeler ile kendini göstermektedir (88).

Günümüz sağlık hizmetlerinde hastane öncesi bakım da, acil bakım da, yoğun bakım da, bekleme listelerinde (ör. organ nakli gibi yaşam kurtarıcı tedaviler için) yaygın olarak triyaj kullanılmaktadır (95). Hastane acil servislerinde triyaj gerekliliği kısmen acil bakıma ihtiyaç duyan birçok hastanın neredeyse eşzamanlı olarak gelmesine bağlıdır (88). Bunun haricinde acil servislerde triaj afet, salgın hastalıklar ve pandemilerde olduğu gibi, hastaların kitlesel akını sırasında da önemli bir uygulama olarak görülmektedir. Acil bakımdaki yükün artması ile hastaların beklentileri arasında denge kurmak açısından önemi de fazladır (96).

Triyaj yapan bir acil hekiminin rolü kavramsal olarak çok açıktır, ancak pratik ve etik olarak çok karmaşıktır. Triyaj yapmak durumunda kalan bir hekim bir hastanın durumu ve diğer birçok etkili faktör ile ilgili olarak kendilerini bireysel kaygılardan uzak tutmalıdır. Burada önemli olan nokta hekimin genel hedeflerin ve süreçlerin belirginleştiği bir aşamada triyajla ilgili bireysel konulardan uzak kalma motivasyonu sergilemesidir. Tek başına karar alma yetkisine sahip olunan şartlarda bir karar alınırken sadakat, doğruluk, adalet, özerklik ve yarar sağlama etik ilkelerine uygun davranış da acil hekiminden beklenir. Bu etik ilkeler değişmese de, uygulanabilmesi her bir tıbbi duruma göre görecedir (95).

Karar verme kapasitesi: Çok yönlü değerlendirilmesi gereken bir konudur ve hastanın seçim yapma yeteneğini ifade eder. Gerçek bir karar verme kapasitesi, bilişsel ve duyuşsal işlevleri yansıtır. Klinik uygulama içerisinde akıl, hafıza, yargı, iç görü, dil, dikkat, duygu, hesaplama, anlatım ve iletişim becerileri ile kendisini gösterir.

Karar verme kapasitesine sahip bir kişiden verilen bilgiyi alabilme, bilgiyi işleme ve anlayabilme, tartışabilme, seçimleri söyleme, yapma ve savunma yeteneklerini bulundurması beklenir (97).

Bu konu ayrıca özerkliğe saygı ile ilgilidir. Bazı durumlarda, hasta kendi kararını alamaz hale gelmektedir ve acil hekimleri hastanın karar verme kapasitesinin bozulduğunun farkında olmalıdır. Acil servislerde hastanın karar verme kapasitesini değerlendirmek bazen güç ve karmaşık hal alabilmektedir (87). Çünkü ahlaki açıdan yetkin bir kişiyi değerlendirmek için gerekli olan karar verme kapasitesinin eşiği hakkında bir uzlaşma bulunmamaktadır (88).

Yetkinlik, hasta seçimine saygı duymak için gerekli bir ön koşuldur. Fakat yetkin olmama, var olan klinik anlayışın aksine hasta seçimine saygı duymak için her zaman yeterli bir ön koşul olamamaktadır. Bazen hekim, karar verme kapasitesi olmasa bile hastasının tercihlerine saygı göstermek isteyebilir. Bazen de acil servislerde hekim, hastanın itirazına muhalif hareket etmek isteyebilir. Bu kararı vermeden önce, uygulamayı planladığı tıbbi kararın risklerini, faydalarını, potansiyel zararlarını ve alternatiflerini özel olarak değerlendirmesi gerekmektedir (88).

Acil hekiminin, acil tıbbi duruma müdahalede rıza aranmayan durumlar haricinde, hastanın karar verme kapasitesindeki bozulmanın var olduğunu tespit ettiği zaman bir sonraki adımı bir vekil karar vericiyi tanımlamak olmalıdır. Bazı durumlarda bir hasta vekiline alınacak tıbbi kararlarla ilgili özel istek belirten bir belge, yaşayan dilek veya ileri direktif, bırakmış olabilir. Bu durumda karar verme sürecinde başvurulması ve onam alınması gereken bir kişi bu vekili olabilir. Çoğu zaman ise hastaların vekil tayin etmediği bilinmektedir. Bu durumda aile üyelerinin onamına başvurmak gerekmektedir. Ancak ihtiyaç duyulan tıbbi müdahalenin uygulanmasıyla ilgili zamanın kritik olduğu durumlarda, acil hekiminin bir vekilden onam alma sorumluluğu ortadan kalkmaktadır (97).

Tedavi reddi: Acil tıpta tedavinin reddedilmesi durumunda, hasta özerkliğine saygı ve yarar sağlama etik ilkeleri çatışmaktadır. Bu çatışmanın çözümündeki ana nokta hastanın karar verme kapasitesini iyi değerlendirmektir (87). Çünkü karar verme kapasitesi, hastanın özerk bir şekilde kendisiyle ilgili tıbbi kararı verebilmesi

için gereklidir. Bu nedenle acil tıp hekimleri hastalarının karar verme kapasitesinin değerlendirme konusunda beceri sahibi olmaları gerekmektedir (98).

Karar verme kapasitesini değerlendirme hasta ile ilgili farklı dinamikleri değerlendirmeyi önemli kılar; bu nedenle acil servis ortamında karar verme kapasitesinin çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Hasta yararı açısından tedavi reddi düşünüldüğünde, uygun karar verme kapasitesine sahip olmayan hastaların, karar verme kapasitesi düzelene kadar gerekli tıbbi tedaviyi reddetmelerine izin vermek de etik açıdan tartışma konusu olacaktır (98). Ayrıca tıbbi işlemde tedaviyi reddetmek sağlık çalışanlarının, hastanın tedaviyi reddetme hakkı ile hastayı tedavi etme sorumluluğu arasında bir ikilem yaşamasına da sebebiyet verecektir (99).

Diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler: Her mesleki uygulama içerisinde meslek üyeleri, aynı mesleğin diğer mensupları ve farklı meslek mensupları arasında bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sürecinde de ise bu ilişkinin hasta merkezli yaklaşımı aksatmayacak şekilde devam etmesi kritik bir öneme sahiptir. Çünkü farklı sağlık mesleği mensupları kendi uzmanlık alanları özelinde hastalara farklı önerilerde bulunabilir ve ilişkinin niteliği hastanın üstün yararı doğrultusunda hareket için iyi bir işbirliği ortaya çıkarabilir (88).

Acil tıp uygulamalarının temelde diğer uzmanlık alanlarından çok farklı olmayıp, hayati tehlike barındıran tıbbi koşullarda disiplinler arası işbirliğini iyi bir ekip ruhuyla uyumlu bir şekilde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bir acil sağlık hizmetleri sürecinde acil tıp hekimlerinin yanı sıra acil hemşireleri, acil tıp teknisyenleri, diğer uzmanlık branşlarındaki hekimler de diğer farklı sağlık çalışanları da bu sağlık işleyişinin paydaşları olmaktadır. Dürüst olma, saygı duyma, diğer mesleki disiplinlerin acil sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin görüşlerini dikkate alma vb. gibi etik ilkelere hastanın yararını en üst düzeyde tutmak için uyulması acil tıp uygulamalarında hayati önem arz etmektedir (100).

Zor klinik durum yönetimi: Zor klinik durumları ortaya çıkaran hekim, hasta ve çevresel durumların kombinasyonuyla meydana gelen ilişkiler olabilmektedir. Zor klinik durum hastanın ve hekimin beklentileri, algıları veya eylemleri arasındaki uyumsuzlukla gösterir. Zor klinik durumun yönetiminde hekime ait olan hekimin

geçmişi, bilgi ve beceri düzeyi, kişiliği; hastaya ait olan karmaşık tıbbi ihtiyaçlar, kişilik, sağlık okuryazarlığı; çevresel olarak da uygulama ortamı ve sağlık sisteminin işleyişi gibi birçok etken sıralanabilir (101).

Acil servisler, dikkat dağıtıcı ve sağlık hizmeti sunumunun sık kesintilere uğradığı bir ortamdır. Ancak nadiren de olsa birçok hastanın beklediği ve hak ettiği rahat bir ortamla karşılaşmak da mümkündür. Aciliyet ve zaman darlığının yoğun yaşandığı acil servislerde, hasta değerlendirmek bazen koridor gibi uygun olmayan ortamlarda gerçekleşebilmektedir. Dolayısıyla hastaların tanı, tedavi ve takip süreçleri hakkında yeterli bilgi sunma ve iletişim sorunlarının yaşanması kaçınılmaz olmaktadır (102). Bu nedenle hastayı merkeze koyan bir yaklaşım sergileyebilmek için acil hekimi iyi bir teknik bilginin yanında etkili bir iletişim becerisine sahip olması gerekmektedir (87).

Hastanın mahremiyeti/bilgi gizliliği: Hastaların mahremiyet ve bilgi gizliliği hakkı vardır. Hekim, yasalara uymak, bireyin ya da kamu yararını koruma gerekliliği doğmadıkça, hastanın izni olmaksızın hasta bilgilerini muhafaza etmekle yükümlüdür (88). Acil servis hastaları da mahremiyet ve bilgi gizliliği hakkına sahiptirler. Tüm hekimlerin olduğu gibi acil tıp alanında çalışan hekimlerin de hasta-hekim ilişkisini güvenceye almak ve saygı duymak için önemli etik sorumluluğu bulunmaktadır (103).

Özel odaların mahremiyet ve gizliliğin korunmasında yardımcı olduğu diğer hastane birimlerinin aksine, acil servis bölümleri genellikle birden fazla hastanın uzun süre boyunca, sadece perde ile birbirinden ayrılan tedavi alanları içermektedir. Acil servis kalabalıklaştığı zaman, hastaları tedavi alanlarına ve koridorlara yakın bir yerde birbirine yakın olarak yerleştirmek, mahremiyetin korunmasına ilişkin problemleri de arttırmaktadır (104). Sağlık hizmeti almak için acil serviste bulunan bir hasta bireysel yararını teminat altına almak için kişisel bilgilerini hekimine açıklamakta, hekimin muayene ve tedavi yapabilmesi için de bedenlerine müdahale edilmesine müsaade etmektedirler. Bu süreçte hastalar kişisel bilgilerinin ve bedensel mahremiyetlerinin yetkisi olmayan kişilerden doğal olarak korunmasını isteyeceklerdir. Acil hekimi hastalarının bilgi gizliliği ve mahremiyetini güvence altına alarak yarar sağlama etik ilkesine uygun davranmış olacaktırlar (100).

Gerçeği söyleme: Kişisel bütünlüğe saygı, kişinin mantıklı ve savunulabilir değerlerini ve ahlaki standartlarına bağlı kalmayı gerektirir ve ahlaki açıdan düşünmek ve hareket etmek için temel bir şarttır (79). Diğer sağlık meslek mensupları gibi, acil hekimlerinin de hastalara karşı dürüst olması beklenir. Ancak gerçeğin söylenmesi mevzu bahis olduğunda hastanın üstün çıkarı tartışması ortaya çıkmaktadır. Makul bir kişinin tedavide meydana gelecek olan bir gecikmenin ölüme veya ciddi zarara yol açabileceği gerçeği göz önünde bulundurulduğunda tedaviye rıza göstermesi beklenir. Bu nedenle zaman ve hastanın durumu kritik olduğunda, acil hekimleri hastaya müdahalenin gerçeği söylemekten daha önemli olduğunu düşünebilirler (87). Fakat hastaların çoğunluğu sağlıkları hakkında gerçek bilgiyi öğrenmek isteseler de tıp pratiğinde doğruyu söyleme ve doğruyu öğrenme tercihlerinin kültürel boyutu olduğunu unutmamak gerekir. Gerçeği söylemenin hekime, sağlık çalışanlarına ve hastaya bakan yanları olarak da özerkliğe saygı, fiziksel ve ruhsal yarar gibi etik konularda karşıt olan ve destekleyen görüşlere de ulaşmak mümkündür (105). Son olarak da gerçeği söylemenin etik bir mesele olduğu kadar aynı zamanda hukuki bir mesele olduğunu da unutmayıp, her bir acil hekiminin çalıştığı ülke sınırları içerisinde bu hususu da göz ardı etmemesinde fayda vardır (87).

Yaşam Sonu İle İlgili Etik Konular

Terminal dönem hasta: İleri dönem kanser, demans ve çoklu organ yetmezliği gibi sağlık sorunları öngörülebilir bir prognoza her zaman sahip değildirler. Bunun bir sonucu olarak, sağlık hizmeti sunanlar altı aylık bir prognozu belirlemek ve hastalığa ilişkin tedavi alma kararı noktasında isteksiz davranabilmektedir. Ancak BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, kronik ve ölümcül hastalara dikkat ve özen göstermenin, onları kaçınılmaz acıdan korumanın ve onurlarıyla ölmelerine olanak sağlamanın kritik olduğunu söylemektedir (106).

Geleneksel olarak, acil tıp, hayatı tehdit eden akut hastalıklar ile ilgili tedavilere odaklanırken, terminal dönem hastaların acil servise müracaatlarının artmasıyla bu hastaların bakımını üstlenmek etik açıdan bazı rol ve sorumlulukları da gündeme getirmiştir (107). DSÖ'nün palyatif bakım tanımıyla sunduğu perspektifle

terminal dönem hastanın yaşam kalitesini bozan fiziksel, ruhsal, ve psikososyal sorunlarına müdahale ederek hastanın acı çekmesinin önlenmesi ve rahatlatılması acil servis bakımı açısından da gerekmektedir. İnsan onuruna yakışır bir yaklaşımla hastanın ihtiyaçlarına cevap verirken ortak karar alma konusunda gerek hasta gerekse hasta yakınları ile iyi bir iletişim içerisinde bulunmak hastaya yarar sağlama, zarar vermeme ve özerkliğine saygı göstermek açısından süreci iyi yönetmeye yardımcı olacaktır (107)(108).

Yaşamı sürdüren tedaviler: Terminal dönem hasta bakımı sürecinde klinik kararlar verme, ilgili herkes için zorlu ve stresli bir görevdir. Etik olarak da karmaşık olan bu sürece ilişkin kararların sadece hastanın tercihlerine veya klinik koşullarına değil, aynı zamanda hekimin kişisel özelliklerine de bağlı olduğu gösterilmiştir. H. Hinkka ve arkadaşlarına göre hekimlerin yaş, cinsiyet, uzmanlık, medeni durumları ve kendi ailelerinde ciddi hastalıklara ilişkin deneyimleri, terminal bakımında palyatif veya aktif tedavi ile ilgili kararlarıyla ilişkilidir (109).

Acil tıp hekimleri sıklıkla ölmekte olan hastalara bakım vermektedirler. Genellikle yeterli tıbbi öykü ve hastanın yaşam sonu bakım tercihleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadan zamana duyarlı bir şekilde kararlar almaktadırlar. Bu hastalar hekimle iletişim kuramayabildikleri gibi, resüsitasyon yapmama ve entübasyon yapmama gibi hastanın ileri direktifleri de genelde kritik müdahaleler hakkında karar verirken hekime yeterince rehberlik yapmamaktadır. Yaşlanan nüfusun karmaşık tıbbi koşulları ve müdahale için artan sayıda seçenek sunan teknolojik ilerlemeler, acil serviste yaşam sonu bakımına ilişkin sorunları bir araya getirmektedir. Türkiye’de uygulamada olmasa da yaşamı sürdüren tedavilere yönelik hekim talimatları bazı klinik uygulamalarda yerini almıştır. İlk olarak 1991’de Oregon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Etik Merkezi hidrasyon, resüsitasyon, entübasyon, antibiyotik ve suni beslenme dâhil olmak üzere yaşamı sürdüren tıbbi tedavi konusunda ilerleyici, kronik hastalıkları olan hastalar için standardize taşınabilir tıbbi talimatları düzenlemiştir. Bu uygulama, hastalara özel tedavi tercihleri hakkında bakım verenleri bilgilendirmek ve ölüm gerçekleşmeden önce bazı konulara açıklık getirmek üzere geliştirilmiştir (110).

Ölüm anı geldiğinde aile üyeleri ve sağlık hizmeti sunanlar hastayı kurtarmak adına, tıbbın var olan tüm imkânlarını kullanabilmek üzere bir arayış içerisine girmektedirler. Yaşamı tehdit eden tıbbi durum için etik olarak gerekçelendirilmesi gereken tıbbi müdahalelerin başlatılması veya devam ettirilmesi olarak iki konu bulunmaktadır. Yaşamı sürdüren tedavilerin uygulanması, tıbbi olarak gerekli olması ve aydınlatılmış onamın varlığı durumunda etik olarak haklı çıkarılabilmektedir (111). Öyle ki ACEP de önerilecek olan tıbbi kararın gerekçesini hastaya açıklamayı ve hastanın da tercihlerini göz önüne alarak, mümkünse özerkliğine saygının bir gereği olarak onamını almayı ve bunları belgelendirmeyi önermektedir (112). Ancak yaşamı sürdüren tedavilere yönelik olarak acil tıp hekimlerinin tıbbi kanaatlerine uygun bir şekilde davranıp davranmamalarının hekimlik yaptıkları ülkelere has yasal düzenlemelerden de etkilendiğini unutmamak gerekir (113).

Nafile tedavi: Belirli bir hastalığın tedavisi için düşünülen ancak, hastalığa ilişkin hedefe ulaşmada yarar amacı taşımayan klinik eylem olarak tanımlanmaktadır. Bu klinik eylem ölüm sürecini uzatıp hastaya rahatsızlık verirken iyileşme sağlamamaktadır ve sonuç olarak tedavi amacına ulaşamamaktadır. Hal böyle olunca nafile tedavi ile ilgili olarak hastanın yaşam kalitesi ve yaşam beklentisi gibi meseleler gündeme gelmektedir (114). Nafile tedavide etik açıdan tartışılan bir başka konu da hastanın özerkliğine saygıdır. Özerkliğe saygı ilkesi aynı zamanda yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet etik ilkelerini de barındırmaktadır (115).

Acil tıp alanı, nafile tedaviyi yönetmenin ve mümkün olan en iyi ölümü sağlamanın ön safında yer alan bir tıp disiplindir. Acil hekimleri sadece klinik becerilere değil aynı zamanda nafile tedavi yapmaya direnen ahlaki mevcudiyete sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda hastaya konfor sunan bakımı teşvik ederek ve iyi ölüm sürecine katkı sunarlar. Bu da hastanın, bir hekimden aldığı en iyi bakım olabilir ve hastaya, ailesine ve acil tıp hekiminin bir iç huzur kaynağı olabilir (115).

Tedaviyi esirgeme/ tedaviyi geri çekme: Ciddi yaralanmalarda veya hastalıklarda ve ölüme yaklaşırken, tıbbi müdahaleler bir hastanın yaşamını koruyabilmekte veya uzatabilmektedir. Fakat hastalar ve yakınlarını pek çok konuda etkileyecek olan bu tedavilerin uygulanması/ uygulanmaması ya da geri çekilmesiyle

ilgili kararlar ile karşılaşmak sağlık pratiğinde mümkün olabilmektedirler. Konu karar vermeye geldiğinde tedaviyi esirgeme/ tedaviyi geri çekme kararından en çok etkilenecek olan hastalar çoğu zaman kendileri için alınacak olan karar konusunda görüşlerini bildiremeyecek durumdadırlar (108).

Yaşam sonuna ilişkin tıbbi kararların alınması ile ilgili hekimlerin temel düzeyde bir beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Tedaviyi esirgeme/ geri çekme konusunda kabul edilebilir klinik uygulama tıbbi, etik, kültürel ve dini konuların anlaşılmasına dayanmaktadır. Bu konuda özellikle hekimlerin, hem hastalar hem de hasta yakınları ile çok iyi iletişim kurmaları lazımdır. Hasta ve/veya yakınlarının da dahil olduğu karar verme sürecinde hastanın özerkliği ve refahı hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir (116).

Tedaviyi esirgeme/ geri çekme konusu acil servislerde resüsitasyon, ventilasyon cihazı kullanma, suni beslenme, hidrasyon, antibiyotik tedavileri gibi konular gündeme geldiğinde var olan kritik bileşenleri görmezden gelmek ya da hafife almak yaşanacak olan karmaşıklığı arttıracak ve bazı sorunların oluşmasına neden olacaktır. Karar sürecinde ideal bir etik yaklaşımı zorunlu bir şekilde öneren uygulamalar da bulunmamaktadır. Ancak önerilerin, sağlık hizmetlerindeki en karmaşık karar alma süreçleri için basit algoritmalar sunmaktan ziyade, konular hakkında eleştirel düşünmeyi sağlamaya çalıştığı da unutulmamalıdır. Etik açıdan daha sağlıklı karar verebilmek için, değerlendirme sürecinde temel etik ilkeler olan zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğe saygı ve adaleti referans olarak kabul etmenin yanı sıra, şu ahlaki soruların da cevabını aramakta faydalı olacaktır: Yarar nedir? Zarar ve risk nasıl minimize edilebilir? Ölüme yüklenen değer nedir? Sağlık çalışanları, bir hastayı vicdani duygularla tedavi edebilecek midir? Kaynak tahsis etmek için tıbbi tedaviyi esirgeme veya geri çekme eylemleri tercih edilebilir mi? (108,117).

Hasta yakınlarının resüsitasyona tanıklığı: Acil servislerde, kritik veya yaralı hastalara neredeyse her gün resüsitasyon yapılmaktadır. Resüsitasyon uygulaması sağlık personeline göre hastanın hayatını kurtarmak için farklı görevlerin eşzamanlı entegrasyonunu olarak değerlendirilebilirken, hasta yakınları için de anlaması zor

olan bir prosedür olarak algılanabilir. Bu nedenle sağlık ekibinin, hasta yakınlarının resüsitasyon odasının dışında beklemelerini istemesi, uygulamalarını rahat yapabilmeleri açısından gerekebilmektedir (118).

Resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının varlığı sağlık ekibinin hastaya müdahaleyi olumsuz etkileyeceği, müdahalede gecikme ya da müdahaleyi uzatmaya neden olacağı yönündeki kaygısı, sağlık ekibinin konsantrasyonunu bozma ve üzerlerinde stres oluşturma olasılıkları gibi bazı sorunlar ortaya çıkabilecektir (119). Ancak hasta yakınlarının varlığı, acil servislerde gündelik hayatın bir parçası haline de gelmiş durumdadır. Hasta yakınlarının, resüsitasyon ve invaziv prosedürler sırasında bulunmanın sakıncası olmayacağı belirtilse de, bazı kültürlerde önemli bir gereklilik olarak kabul edildiği söylenmektedir (87). Sonuç olarak hasta yakınlarının resüsitasyona tanıklık etme arzuları ile sağlık personellerinin kaygıları hastayı merkeze koyan yaklaşım konusunda karar verme süreçlerini acil servislerde etik açıdan tartışmalı hale getireceğini söylemek yerinde olacaktır.

Her klinik problemin olduğu gibi etik problemin de çözüme kavuşturulması beklenir. İdeal olan, ahlaki karar verme süreçlerinde alınan karar için harekete geçmeden önce, geniş bir zamanda kapsamlı bir şekilde düşünmektir. Ancak bu acil tıp pratiğinde her zaman mümkün olmayabilmektedir. Ancak acil hekimlerinin çabuk karar vermek durumunda kalmaları, onları vaka özelinde yapılması gereken etik değerlendirme sürecinden muaf tutmamaktadır. Bu nedenle karşılaşılan sorunun çözümünde etik değerlendirme yapmak için çözüme ilişkin ilkeyi temellendirmede kullanmaya azami gayret göstermelidir. Bunun için de göz önünde bulundurulması gereken bir dizi sistematik adım bulunmaktadır ve vakaya uygun bir şekilde şu soruların cevapları da hekime karar alma sürecinde yol gösterecektir: İlgili olan diğer kişiler (hasta, akrabalar, vs.) kimlerdir? Zaman baskısı var mıdır? Olayın kronolojisi nedir? Karar vermeyi kolaylaştırmak için hangi tıbbi, sosyal ve yasal bilgiler gereklidir? Takip edilecek en iyi iletişim yolu nedir? Hangi değerler dikkate alınmalıdır? Karar verme sürecinde paydaşlarla fikir birliği var mıdır? (86).

Acil Tıp Hekimlerinin Etik Kodları

Sağlık bakımına ilişkin kararların sadece klinik ve teknik gerekçelere değil, aynı zamanda etik gerekçelere de dayandığı bilinmektedir. Klinik ve teknik yönleri dikkatli bir şekilde değerlendirilse de, karara ilişkin etik meselelerin gözden kaçması olasıdır. Hekimin kararlarını ve davranışını düzenleyen yasal bir çerçeve veya davranış kuralları, bu sorunu çözmeye yardımcı olsa da, genellikle sınırlı sayıda durum için katı kurallar sağlarlar (85).

Hekimler, farklı etik ilkeler arasında, etik ve yasal düzenlemelerdeki gereklilikler arasında veya kendi etik değerleri ile diğer tarafların talepleri arasında sorun yaşayabilirler. Hekimlerin, bu sorunlarla başa çıkabilmek için ihtiyaç duydukları bilgi, beceri ve tutumları geliştirmeleri için tıp eğitiminin her aşamasında etik analiz ve karar verme eğitimi almaları önemlidir. Hekimlerin karşılaştıkları sorunlar karşısında karar vermede sorun yaşadıkları takdirde meslektaşları, etik uzmanları, etik kurullar veya ilgili uzmanlığa sahip diğer kişilerden danışmanlık talep etmeleri önerilmektedir (120).

Etik Kodlar ise hekimlere karar alma süreçlerinde yol gösteren etik bir belgedir. Kaynakları, Hipokrat Andının yanı sıra insan hakları alanındaki gelişmeler, geleneksel tıp etiği kodları ve güncel biyoetik tartışmalardır. Yasal düzenlemeler ve yargı kararları hekimlerin etik karar verme süreçlerini etkilemektedir. Bu nedenle hekimlerin yasal düzenlemeler temelinde bir davranış sergilemesi de kaçınılmaz olmaktadır. Bununla birlikte kodlar da yasalardan farklı olarak hekimlerin mesleki etik tutum ve davranışlarını belli standartlara kavuşmasını sağlayabilmektedir (88).

Hekimler için geliştirilen etik kodlar özellikle merhamet, yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet gibi tıbbın temel etik ilkelerine dayanmaktadır. Bu kodların çok detaylı bir şekilde yazılması pek de mümkün değildir. Her bir etik ilke doğası gereği genel olarak yorumlanabilir ve belirli durumlarda o duruma özgü olarak uygulanabilir. Bu ilkeleri hekimlerin hastalara, aileye, diğer önemli kişilere, meslektaşlarına, diğer sağlık profesyonellerine ve topluma karşı sorumlulukları ile ilgili olarak da yorumlamaları beklenir (88). Profesyonel ve etik davranışların sorumluluğu, tüm hekimleri ilgilendiren bir konudur ve hekimlik mesleği adına ciddiye

alınmalıdır. Hekimlerin etik kodları bilmesi, anlaması, düşünce ve eylemlerini temellendirmesi için bir rehber olarak kullanması şart olmaktadır (121).

Acil hekimi hastayı değerlendirme sürecinden sonra acil tıbbi müdahaleler konusunda hızlı bir şekilde kararlar alır. Farklı düşünce biçimleri, dini, politik, kültürel ve kişisel inançları olan her yaştan hastaya yönelik çok çeşitli yaralanma ve hastalıkları tedavi etmek için birçok beceriye ihtiyacı vardır. Acil servisler etik sorunların sık yaşandığı birimlerdir. Acil hekimleri aynı zamanda yasal faktörlerin de yer aldığı acil tıbbi uygulamalarda, ortaya çıkması muhtemel etik kararlar vermesi gerektiği için, vereceği bu etik kararın temelini oluşturacak çerçeveye ihtiyacı vardır. Burada acil hekimlerinden beklenen ise, öncelikle etik konuları göz önünde bulundurmaları ve daha sonra eylem için yasal düzenlemelerden faydalanmalarındadır (122). Bu açıdan uzmanlık derneklerinin hazırladıkları etik kodlar, acil hekimlerine kararlarında rehberlik yapması açısından önemlidir.

Türkiye’de Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK), uzmanlık dernekleri ve klinisyenlere rehber olması amacıyla tıp etiği bağlamında klavuz hazırlamayı planlamıştır. Bunun için 2007- 2009 çalışma döneminde Etik Çalışma Grubu oluşturmuştur. Uzmanlık dernekleri ve klinik uygulama içerisindeki hekimlerin ihtiyaç hissettikleri konular özelinde Aydınlatılmış Onam, Hasta Hakları, Etik Kurullar ve Hekim-Endüstri İlişkileri başlıklarında çalıştaylar düzenlenmiştir. Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) de dâhil olmak üzere 40’tan fazla uzmanlık derneğinin temsilcilerinin düşünce ve katkılarıyla tıp etiğinin temel kaynakları incelenmiş ve geniş bir uzlaşıyla “Uzmanlık Dernekleri İçin Etik Klavuzlar” oluşturulmuştur (123).

Türkiye’de Acil Tıp uzmanlık alanında faaliyet gösteren Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) ve Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) olmak üzere iki tane bilimsel dernek bulunmaktadır. TATD bünyesinde Etik ve Hukuk Komisyonu, ATUDER bünyesinde ise Etik Uygulamalar Komisyonu bulunmasına rağmen acil tıp uzmanlık alanına ilişkin etik kodların oluşturulmadığı görülmüştür (124,125). Ancak ATUDER’in sayfasında Acil Tıpta Etik başlıklı bir yazı kaleme alınmış ve bir nevi acil tıp hekimleri için oluşturulacak olan etik kodların ön çalışmasının sinyali verilmiştir (126).

İnsanlığa yararlı sağlık hizmetlerine ilişkin temel mesleki yükümlülük, hekim antlarında ve mesleki etik kurallarda belirtilmektedir. Genel yükümlülüğe ek olarak, acil tıp hekimleri, acil tıbbi uygulamaların kendisine özgü dinamiklerinden kaynaklı ortaya çıkan özel etik yükümlülükleri olduğunu da bilmelidirler. American Collage of Emergency Physicians (ACEP) 'in hazırlamış olduğu Acil Tıp Hekimlerinin Etik Kodları, acil tıbbi bakımın etik temellere dayalı olarak sürdürülmesi için rehber olmaktadır. Acil hekimlerin mesleki sorumluluklarının temel ilkelerini özetleyen bu kodlar tüm acil hastalara yüksek kalitede bakımın sağlanması için temel hedefleri ortaya koymaktadır (127).

Üç bölümden oluşan bu etik kodların ilk bölümü "Acil Tıp Hekimleri İçin Etik İlkeler" olarak belirlenmiştir. Bu bölümde aşağıda listelenen ilkeler, acil tıp hekimlerinin temel ahlaki sorumluluklarını ifade etmektedir (100):

- Acil tıp hekimleri, birincil mesleki sorumlulukları olarak hasta refahını benimsemelidir.
- Acil tıp hekimleri, acil tıbbi bakım ihtiyacına karşı önyargısız ve tarafsız olarak derhal ve ustalıkla cevap vermelidir.
- Acil tıp hekimleri özellikle en savunmasız ve karar verme kapasitesi bozulmuş olanlar olmak üzere tüm hastaların haklarına saygı duymalı ve çıkarlarını korumak için gayret göstermelidir.
- Acil tıp hekimleri hastalar ile dürüst bir şekilde iletişim kurmalı ve tedavilerine ilişkin aydınlatılmış onamlarını almalıdırlar. Ancak hastanın durumu acil müdahale ihtiyacı gerektiriyorsa aydınlatılmış onam uygulamasının istisnası ortaya çıkmaktadır.
- Acil tıp hekimleri, hasta mahremiyetine saygı göstermeli ve hastaya ait bilgileri, yalnızca hastanın onayı, üçüncü kişileri korumak veya yasalara uymak gibi zorunlu bir görevin gerektirdiği durumlarda ilgili yerlere bildirmelidir.
- Acil tıp hekimleri meslektaşları ile adil ve dürüst bir şekilde ilgilenmelidir. Savunmasız ya da yetersiz olan hastaları dolandırıcılık ya da aldatmaya çalışan sağlık hizmeti sunucularından korumak için uygun önlemleri almalıdır.

- Acil tıp hekimleri, acil hastalarla ve bu acil hastalarla ilgilenen diğer kişilerle işbirliği içerisinde çalışmalıdır.
- Acil tıp hekimleri, acil hastalar için yüksek kaliteli bakım sağlamaya yönelik gerekli bilgi ve becerileri sürdürmek üzere devam etmekte olan araştırmalara katılmalıdır.
- Acil tıp hekimleri kendilerine emanet edilen sağlık bakım kaynaklarına karşı sorumluluk duygusu ile davranmalıdır.
- Acil tıp hekimleri, halk sağlığını ve güvenliğini arttırmak, yaralanma ve hastalık etkilerini azaltmak ve herkes için acil ve diğer temel sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamak için toplumsal çabaları desteklemelidir.

İkinci bölüm “Acil Tıpta Etik: Genel Bakış” başlığı altındadır. Bu başlık altında acil tıp hekimlerine “Şiddete karşı durma yükümlülüğü” etik sorumluluk olarak verilmesi de tez çalışmamız kapsamında daha da anlamlı bir hal almaktadır. Bu etik koddaki diğer başlıkları da Tablo 2.7’de görmek mümkündür (128):

Tablo 2.7. Acil Tıpta Etik

Acil Tıbbın Etik Temelleri	Ahlaki çoğulculuk Acil tıp hekimlerinin ahlaki zorlukları Acil tıpta erdemler
Acil Tıp Hekimi ile Hasta İlişkisi	Yarar sağlama Zarar vermeme Hastanın özerkliğine saygı Adalet
Acil Tıp Hekiminin Diğer Profesyoneller İle İlişkisi	Diğer hekimlerle ilişkiler Hemşire ve diğer paramedikal personel ile ilişkiler Tecrübesiz veya yetersiz hekimler Ahlaksızlık suçları Kurum ve yönetimle ilişkiler Öğrenciler, stajyerler ve diğer öğrencilerle olan ilişkiler Uzman bilirkişi olarak hukuk sistemiyle olan ilişkiler Araştırma topluluğu ile ilişkiler
Acil Tıp Hekimlerinin Toplumla İlişkileri	Acil tıp hekimi ve toplum Kaynak dağıtımı ve sağlık hizmetine erişim: adalet sorunları Acil tıp hekiminin toplumla olan ilişkisindeki temel ilkeler: <ul style="list-style-type: none"> - Acil sağlık hizmetlerine erişim temel bir haktır - Acil hastanın çıkarlarını korumak için, hastane içi ve ayakta tedavi kaynakları yeterli ve erişilebilir olmalıdır - Acil tıp hekimleri kaliteden ödün vermeden ekonomik kaynak yönetimini geliştirmelidirler - Hastane dışı aciller ve afetlere müdahale yükümlülüğü - Şiddete karşı durma yükümlülüğü - Halk sağlığını geliştirme yükümlülüğü

2.12. Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi

Nispeten genç bir uzmanlık alanı olan acil tıp, son otuz yılda lisansüstü tıp eğitimi alanında önemli değişiklikler geçirmiştir. Acil tıp hekimleri ileriye düşünen, esnek ve uyum yeteneği yüksek klinisyenler olarak kabul edilirler. Hızla değişen lisansüstü eğitim ihtiyaçlarıyla birlikte eğitmenlerin, acil tıbbın güncel ihtiyaçlarına uygun olarak yeni yaklaşımları eğitimin bir parçası olarak sunmaları beklenir (129).

Acil tıp uzmanlık eğitiminin, acil tıp pratiğinin temellerini oluşturan bilgi, temel beceri ve ahlaki tutumları acil tıp hekimi olmak isteyen hekimlere kazandırması beklenir. Eğitim sürecinde acil tıp asistanları acil tıbbı uygulamak için gerekli olan klinik olgunluk, muhakeme, teknik beceri düzeylerini, kariyerleri boyunca yeni bilgi ve beceri birikimleri de dâhil olmak üzere fiziksel ve zihinsel iyilik hallerini izleme becerisini de geliştirirler (130).

Herhangi bir eğitim müfredatı, bir uzmanlık eğitim programının amaç ve hedeflerini, içeriğini, deneyimlerini, sonuçlarını ve süreçlerini belirtmelidir. Giriş koşulları, programın esneklikleri de dâhil olmak üzere programın uzunluğu, değerlendirme sistemi ve beklenen öğrenme, öğretme, geri bildirim ve denetim yöntemlerinin tanımı gibi eğitim yapısının tanımını içermelidir. Müfredat, hem genel profesyonel hem de uzmanlık alanlarını kapsamalıdır (131). Bu açıdan tez çalışmamızla ilgili olarak acil tıp alanında etik eğitimi ve kadına yönelik şiddet eğitimlerinin uzmanlık müfredatına nasıl yansıdığını değerlendireceğiz.

2.12.1. Acil Tıpta Etik Eğitimi

Mesleki etik, özellikle insanla doğrudan ilgili mesleklerde izlenecek mesleki davranış kuralları olarak tanımlanmaktadır. Meslek ahlakının en önemli yönlerinden birisi de dünyada nerede olursa olsun, aynı meslekte çalışan bireylerin bu davranış kurallarına uygun davranmaları gerekliliğidir. Meslek etiği eğitimi, acil tıp hekimlerinin etik davranabilmelerini, meslek yaşamında etik kararlar verebilmelerini ve bunun da bir sonucu olarak hastaları merkeze koyan bir yaklaşımla ahlaki karar vermeye rehber olacak tutum geliştirir. Etik eğitimi ile meydana gelen olumlu davranış değişikliği aynı zamanda icrası yapılan mesleğin de onurunu koruyacaktır (132).

Çoğu eğitimci, tıp etiği eğitiminin temel amacının hasta bakımında mükemmelliği teşvik etmek olduğu konusunda hemfikir olmasına rağmen, bu hedefe ulaşmanın en iyi yolu hakkında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bazı eğitimciler, hekim adaylarının karakterini geliştirmenin önemini vurgularken, bazıları da davranışlarını şekillendirmenin daha uygun bir yaklaşım noktası olduğunu düşünmektedirler. Farklı bir görüşe göre de etik ve profesyonelliğin öğretilmeyeceğine yönündedir ve erdemli hekimlerin tıp fakültesi kabul sürecinde seçilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (133).

Var olan bu görüş ayrılıklarına rağmen uzmanlık eğitime ilişkin olarak ABD’nde Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (LÜTEAK) altı temel yetkinlik tanımlamıştır. Bu çerçevede uzmanlık programlarını tamamlayan hekimlerin her bir yetkinlik için göstermesi gereken davranışlara yönelik ölçütler oluşturan kilometre taşlarının geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur. Altı temel yetkinlikten bir tanesi özellikle profesyonelliğe odaklanmış ve asistanların, mesleki sorumlulukları yerine getirmelerini ve etik ilkelere bağlılığını göstermelerini zorunlu tutmuştur. Bu bağlamda hastalara merhamet ve saygı göstermeleri, hastaların ihtiyaçlarına cevap vermeleri, hastaların özerkliğine saygı göstermeleri, sorumlu davranmaları ve farklı geçmişlerden gelen hastalara karşı duyarlılık göstermeleri beklenmektedir. LÜTEAK, bu temel yetkinliği oluşturan kilometre taşlarını uzmanlık alanlarına özgü olarak tanımlamayı ise uzmanlık birimlerine bırakmıştır (133).

European Society For Emergency Medicine (EUSEM) tarafından 2017 yılında revize edilen Avrupa Acil Tıp Çekirdek Eğitim Müfredatı, European Board Examination in Emergency Medicine (EBEEM) tarafından önerilen konulara acil tıp hekimlerinin uyum sağlamasına olanak tanınmasının yanı sıra acil tıp uygulama alanı için gereken tüm yeterlilikleri bilmelerini sağlamaktadır. Müfredatın “Profesyonellik ve Diğer Etik ve Yasal Konular” ana başlığı altında “Profesyonel Davranış ve Nitelikler, Takımın Bir Parçası veya Takım Lideri Olarak Çalışma, Hastayı İlgili Birimlere Yönlendirme, Hastanın Mahremiyeti ve Bilgi Gizliliği, Hasta Özerkliği ve Aydınlatılmış Onam, Yeterliği Olan/ Olmayan Hasta, İstismar ve Şiddet, Resüsitasyon Yapmama ve Terapötik Müdahalelerin Sınırlandırılması, Medikolegal Konular ile Acil Tıpta Mevzuat

ve Etik Konular” alt başlıklar ve yeterlik hedefleri yer almaktadır, ancak bu hedefler bu müfredatta detaylandırılmamıştır (131).

Müfredatın “Acil Tıpta Mevzuat ve Etik Konular” alt başlığı altında hekimlerin acil tıp özelinde etik ve hukuki bakış açılarına sahip olmalarının yanı sıra biyoetik konuların hukuki boyutları ile ilgili bilgi sahibi olmaları gerektiği belirtilmiştir. Böylece acil tıp hekimi etik sorunların mantıklı bir analizini yapabilecek ve uygun bir şekilde çözme becerisi geliştirecektir. Ayrıca her bir etik soruna ilişkin yasalar uygun bir çözüm yolu göstermese bile pratik uygulamalara ilişkin yasal düzenlemelerin de göz ardı edilmemesi yönünde davranılması tavsiye edilmektedir (131).

Acil tıpta etik eğitimi, hekimlerin uygulamalarında karşılaştıkları etik ikilemlerle yüzleşmelerine yardımcı olmaktadır. Eğitimde etik analiz yöntemi kullanmak ahlaki görev, yükümlülük ve davranışları belirleyen çerçeveyi sağlamaktadır. Bunun için de Avrupa Acil Tıp Çekirdek Eğitim Müfredatı hekimlere genel ahlaki ilkeleri tanımlamayı, iyileştirmeyi ve uygulamayı aşağıdaki etik başlıklar altında mesleki pratiklerine yansıtmayı önermektedir (131):

- *Hasta özerkliği*; aydınlatılmış onam ve tedavi reddi, hastanın karar verme kapasitesi, küçüklerin tedavisi, ileriye dönük hasta talepleri, vs.
- *Yaşam sonu kararları*; resüsitasyonun sınırlandırılması, uygun bakım kararları verilmesi ve ölmekte olan hastaya uygun palyatif bakım verilmesi.
- *Hekim-hasta ilişkisi*; gizlilik, mahremiyet, doğru söyleme, iletişim, merhamet, empati, vs.
- *Adalet ile ilgili konular*; sorumluluk, resüsitasyonun etik sorunları, sağlık hizmeti sunumu/alma, afet tıbbında ahlaki konular, araştırma, gebelikte resüsitasyon, vs.
- *Organ bağıışı*; bir hastayı potansiyel organ vericisi olarak tanımlamak, yerel organ bağıışı birimlerine bildirmek, bağıış kararı verilen hastaya bakım veren klinisyenlerle uygun iletişim kurmak, organ bağıışı konusunda hastanın isteklerini uygun bir şekilde ortaya çıkarmak, vs.

Türkiye’de ise Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) tarafından hazırlanan 2013 tarihli Acil Tıp Uzmanlık

Eğitimi ekirdek Müfredatı acil tıp uzmanlık eğitimi standardize etmeyi amaçlamaktadır. Bu müfredatta acil tıp uzmanlık eğitimi veren kliniklerin eğitim standardı oluşturması, acil tıp uzmanı olmak isteyen uzmanlık ğrencilerinin güncel uluslararası standartlarda bilgi, beceri ve tutumlarına yönelik eğitime tabi tutulmaları amaçlanmaktadır. Bu amaçla acil tıp eğitiminden geçen her bir hekimin belirlenen yedi temel yetkinliği kazanması beklenir. Bu yetkinlikler arasında etik başlığı altında bir yetkinlik tanımlaması yapılmamasına karşın “Değer ve Sorumluluk Sahibi” başlığı altında bir temel yetkinlik ifade edilmiş ancak içerik hakkında bir açıklama yapılmamıştır (134).

Türkiye’de acil tıp uzmanlık derneği olan TATD’nin Acil Tıp Yeterlilik Kurulu tarafından ise Acil Tıp Uzmanlık Eğitim Kılavuzu 2007 yılında hazırlanmış ve acil tıp eğitimine katkı sunacak perspektif sunmuştur. Bu kılavuza göre ise “Acil Tıbbın Temel Konuları” ana başlığı altında “Acil Tıpta Yönetim” alt başlığı açılmış asistanlık yıllarına göre alması gereken etik eğitim şu şekilde sadece başlık olarak verilip içeriğe dair bir açıklama yapılmamıştır (135):

- *Etik ilkeler*; zarar vermeme, karar verme kapasitesi, gizlilik/ mahremiyet ve sırdaşlık, otonomi, etik karar verme, adalet, sağlık kaynaklarının dağılımı.
- *Profesyonel ilişkiler*; hekim hasta ilişkisi, hekim hekim ilişkisi, akran değerlendirmesi, zarar, inkompetans, hekim acil tıp profesyoneli ilişkisi, hekim hastane, hekim toplum ilişkisi.
- *Yaşam kurtarıcı tedavi*; ileri direktifler, tıbbi kararlar.
- *Akademik etik*; araştırma sorumluluğu, yayın etiği.
- *Medikolegal konular*; onam (bilgilendirilmiş, bilgilendirilmemiş), inkompetan hasta, küçükler, yasalar.

2.12.2. Acil Tıpta Kadına Yönelik şiddet Eğitimi

Rosenberg ve ark, kadına yönelik şiddet eğitiminin aslında hekimlere tıp fakültesindeki eğitim sürecinde verilmesi gerektiğini söylemektedir. Tıp eğitimi mfredatlarındaki eğitim eksikliği mesleki pratikte hekimlerin karmaşık ve çözümü zor olan şiddet olgusuna yaklaşımda yetersiz kaldığını belirtmektedir. Bunun için tıp

eğitimi s¼recinde mezuniyet sonrası uygulamalarda hekim adaylarının Şiddet tanımı, Şiddet d¼ng¼s¼, kadının yaşamı boyunca maruz kalabileceği Şiddet t¼rleri, g¼venlik planı geliştirme, ilgili diğer birimlerle iletişime ge¼me, olgu bildirimi ve yasal s¼re¼ler konusunda eğitilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (136).

T¼rkiye’de Ulusal ¼EP’te hekim adaylarına klinikte ve diğer ortamlarda Şiddet olgusuyla karşılaşıldığında olgu y¼netme becerisi kazanmaları i¼in eğitim verilmesi ¼nerilmiŐtir. Ayrıca kadına y¼nelik Şiddet olgularında kayıt tutma, raporlama ve bildirim konularını klinik eğitimin bir par¼ası olarak anlatılması tavsiye edilmiştir (137).

Bir acil tıp uzmanlık derneği olan ACEP ise, tıp fak¼lteleri ve acil tıp uzmanlık m¼fredatlarının yakın partner Şiddeti, ¼ocuk ve yaşlılara y¼nelik istismar ve ihmal konularında tanı koyma, değerlendirme ve kanıta dayalı m¼dahalelere ilişkin eğitim ve ¼đretimi i¼ermesi gerektiğini savunmaktadır. Şiddeti tanıma becerisi, deneyim ve daha dar kapsamda hastayı değerlendirmenin bir par¼ası olarak Şiddete y¼nelik bakış a¼ısını i¼eren eğitime dayanmalıdır. Kadına y¼nelik Şiddet konusunda eğitim, ne tıp fak¼ltelerinde ne de acil tıp asistan eğitim programlarında standartlaŐtırılmamıŐtır. Dolayısıyla bu eğitimin tıp fak¼ltesinde başlayıp ve asistan eğitim programlarıyla devam etmesi acil tıp pratiğinde kadına y¼nelik Şiddet olgusuna hekimlerin yaklaşımı a¼ısından ¼nem arz etmektedir (138).

ACEP, acil servis personeline kadınlara, ¼ocuklara, yaşlılara y¼nelik olası her t¼rl¼ Şiddet maruziyeti a¼ısından hastaları değerlendirmeyi ¼nermektedir. ¼¼nk¼ bu hastalara yardım edebilmek ve uygun bir Şekilde y¼nlendirebilmek i¼in değerlendirme neticesinde Şiddet tanısının atlanmadan konması gerekmektedir. Ancak Şiddet ve k¼t¼ muamele ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, finansal s¼m¼r¼ ve yıldıрма da d¼hil olmak ¼zere bir¼ok bi¼imi kapsadığından hekimler a¼ısından değerlendirme ve tanı koyma g¼¼l¼ ortaya ¼ıkmaktadır. Konunun karmaşıklığı nedeniyle diğer paydaş gruplar ile koordineli olarak ¼alıŐmanın yanı sıra acil tıp hekimlerinin s¼rece ilişkin eğitimleri ¼nem kazanmaktadır (138).

Aile İ¼i Şiddet Protokollerinin Temel Unsurları Hakkında 1993-94 yıllarında Acil Tıp Uygulama Komitesinin Alt Komitesi hem uygulama hem de raporlama amacıyla

acil servis aile içi şiddet protokollerinde ele alınması gereken, eğitim de dâhil olmak üzere, kilit unsurların şu şekilde listesini oluşturmuştur (139):

- *Şiddeti tanımlama kriterleri:* Fiziksel şiddet, cinsel şiddet, ihmal veya istismar olgularına yönelik bulguları değerlendirmek kadının hangi şiddet türüne maruz kaldığının tespitini yapmayı açıklar.
- *Hastayı değerlendirme prosedürleri:* Tıbbi muayene, delil toplama, bilgiyi ilgili birimlerle paylaşma, fotoğraf çekme gibi uygulamalarda ilk olarak onam almayı önermektedir. Rol ve sorumluluk açısından ise acil servis personelleri, güvenlik personelleri, hasta kabul personelleri, triaj ve sosyal hizmetlerin hasta değerlendirme sürecindeki tutum ve uygulamalarını içerir. Sağlık hizmeti sunanlar açısından hasta ile görüşme, muayene, fiziksel delilerin toplanması, lezyonların fotoğraflanması, olayın bildirilmesi, hasta mahremiyeti ve tedavi planlaması süreçlerini kapsamaktadır. Hastanenin sorumluluğu ise kurum dışı paydaşları bilgilendirme ve görevleri ile ilgili olarak harekete geçmesini sağlamayı içermektedir.
- *Güvenlik:* Hasta ve sağlık personelinin güvenliği sağlanmalıdır.
- *Sürece ilişkin yardım talep etme:* Uygun görüldüğünde değerlendirme ve tedavi için başka bir klinik birimden destek talep etme.
- *Taburculuk sonrası:* Hasta ihtiyaçlarına uygun destek hizmetleri ve sivil toplum kuruluşlarına yönlendirme.
- *Tıbbi kayıt:* Muayeneler, yapılan tedaviler, yönlendirmeler ve yasalar gereği yapılması gereken bildirimleri içermelidir.
- *Eğitim:* Sağlık personeli için şiddet olgu yönetimi eğitim planı ve duygusal destek sağlamayı içermelidir.
- *Şiddeti önleme:* Risk değerlendirmesi, şiddet gösteren kişi ile etkileşim, kadının eğitimi, toplumun şiddete ilişkin sorunları konusunda çalışma yaparak şiddet tekrarı önlenmeye çalışılmalıdır.
- *Değerlendirme ve yönetim programı:* Kurumsal anlamda şiddete yönelik değerlendirme ve yönetim programları oluşturulmalı ve personelleri bu

program dâhilinde görev ve sorumluluğuna uygun bir şekilde uygulama yapmaya teşvik etmeli.

EUSEM tarafından 2017 yılında revize edilen Avrupa Acil Tıp Çekirdek Eğitim Müfredatında “Profesyonellik ve Diğer Etik ve Yasal Konular” ana başlığı altında “İstismar ve Şiddet” alt başlığına göre; acil tıp hekimleri, çocuklara veya yetişkinlere fiziksel veya cinsel istismar veya aile içi şiddet neticesinde ortaya çıkan hastalık veya yaralanma kalıplarını tanıyabilmeli, uygun çocuk veya yetişkin koruma prosedürlerini başlatabilmeli, ayrıca gereken durumda personele yönelik şiddet ve istismarı ve risklerini önleme ve sınırlamayı da öğrenmelidirler demektedir (131).

Ayrıca “Acil Tıbbın Özel Yönleri” ana başlığı altında “Erişkin ve Çocuklara Yönelik İstismar ve Saldırı” alt başlığı altında şiddete ilişkin şu eğitim hedeflerini ele almış ancak içeriği hakkında bir açıklama getirilmemiştir; Yaşlı ve Engellinin İstismarı, Çocuk İhmali ve İstismarı, Yakın Partner Şiddeti ve İstismarı, Cinsel Saldırı, Acil Tıpta Hasta Güvenliği, Acil Serviste Şiddet Yönetimi ve Şiddeti Önleme (131).

TUKMOS tarafından hazırlanan 2013 tarihli Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında “Yetişkin ve Çocuklarda İstismar” ana başlığı altında “Yaşlı ve Engelli İstismarı, Çocuk İstismarı ve İhmali, Fiziksel İstismar, Cinsel Saldırı” olarak dört alt başlık altında yapılandırılmış eğitim etkinlikleri, uygulamalı eğitim etkinlikleri, bağımsız ve keşfederek öğrenme etkinlikleriyle klinik yeterliği sağlamak amaçlanmıştır. Bu klinik yeterlilikler ise şiddete özgü olarak tanı ve tedavi süreçlerini yönetebilme, mevcut sağlık sorununa ilişkin özel acil tedavi uygulayabilme, hastanın korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyi olarak belirtilmektedir. Ancak kadına yönelik şiddete ilişkin bir başlık bulunmamaktadır (134).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu doktora tez çalışmasının amacı Acil Tıp alanında çalışan hekimlerin acil servise gelen kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını tıp etiği açısından değerlendirmektir. Bu çalışma “birebir derinlemesine görüşme” ve “gözlem” yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen niteliksel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma acil tıp alanında çalışan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını tıp etiği açısından değerlendirmeyi kapsamaktadır. Bu nedenle acil tıp hekimlerinin bilgi, tutum ve uygulamalarına ilişkin verilerin elde edilmesinde birebir derinlemesine görüşme ve çalışma ortamlarındaki dinamiklerin belirlenmesinde gözlem yönteminin kullanılması tercih edilmiştir. Araştırmada öncelikle tez konusuna yönelik ulusal ve uluslararası literatür taranmış, konuya ilişkin güncel kuramsal bilgilere ve araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu doğrultuda araştırmada kullanılacak yarı yapılandırılmış soru önergesi oluşturulmuştur. Çalışmaya katılacak gönüllüler belirlenerek birebir derinlemesine görüşme yarı yapılandırılmış soru önergesi üzerinden yürütülmüştür. Yapılan görüşmeler ağırlıklı olarak katılımcının çalışma ortamı olan acil serviste ve katılımcının belirlemiş olduğu zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Birebir derinlemesine görüşmelerin tamamlanmasının ardından, görüşmeler neticesinde oluşturulan başlıklar (fiziksel ortam, ortamın sosyal boyutu, ortamda oluşan etkileşimler, ortamda konuşulan dil) doğrultusunda acil servislerde gözlem yapılmıştır. Gözlem, acil servise giderek gün içerisinde belirlenen zaman aralıkları boyunca acil servis ortamında hekimleri ve çalışma ortamına ilişkin dinamikleri, belirlenen başlıklar altında gözleyip yazılı olarak not alma şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ilinde Acil Tıp Anabilim Dalı bulunan ve acil tıp uzmanlık eğitimi veren 5 kamu ve 2 vakıf üniversitesi olmak üzere toplam yedi üniversite hastanesinde yapılmıştır. Bu üniversitelerin isimleri ise sırasıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'dir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Tez önerisi verildiği tarihte (13.12.2016), toplamda çalışma grubu 2 Profesör, 15 Doçent, 5 Yardımcı Doçent, 115 Asistan Hekim olmak üzere toplam 137 hekimden oluşmaktadır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri şu şekilde yapılandırılmıştır:

- I) Hekim olmak.
- II) Acil Tıp uzmanlık eğitimine devam etmek.
- III) Acil Tıp uzmanlık eğitimini tamamlamak.

Görüşmeye katılmayı kabul eden gönüllüler aşağıda belirtilen üç grupta toplanmıştır:

- I) Acil Tıp uzmanlık eğitimine devam eden asistan hekimlerden birinci yılında olanlar.
- II) Acil Tıp uzmanlık eğitimine devam eden asistan hekimlerden dördüncü yılında olanlar.
- III) Acil Tıp alanında çalışan öğretim üyeleri.

Niteliksel araştırmada seçilen örneklemin temsil gücünden ziyade örneklemden elde edilecek verilerin toplumu nasıl aydınlayacağı üzerinde durulmalıdır. Buradan anlaşılacağı üzere niteliksel araştırmada örneklemin asıl amacının araştırılan konuyla ilgili olarak olaylar, eylemler ya da örnekler toplamak olduğunu söylemekte yarar vardır. Niteliksel araştırma yapmaya karar vermiş bir araştırmacının amacının ise, seçtiği örneklem üzerinden araştırma konusu ile ilgili

belirli bağlamda toplumsal yaşam süreçlerini geliştirmeye katkı sunacak örnek olaylar bulmak olmalıdır (140). Araştırma kapsamında örneklem oluşturma, niteliksel verileri toplama yöntemi olan amaçlı örnekleme ile oluşturulmuştur (141). Niteliksel araştırmada araştırma kapsamında sorulan sorulara verilen yanıtlara ilişkin cevaplar tekrarlamaya başladığında örnekleme dâhil edilen kişilerin sonlandırılması gerekir (142). Araştırmaya dâhil edilen örneklemin ise sorulara verdikleri yanıtların veri doygunluğuna ulaştığı kanaati getirildiğinde sonlandırılmıştır.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında birebir derinlemesine görüşme yaptığımız gönüllülerden veri toplamak için hazırladığımız demografik veriler, kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalara yönelik yarı yapılandırılmış soru yönergesi kullanılmıştır (EK-1). Ayrıca görüşmeler neticesinde belirlenen başlıklar doğrultusunda her bir acil serviste gözlem yapılmış ve gözlemlere ilişkin notlar tutulmuştur (EK-2). Gözlem için her bir acil servisin 24 saatlik periyodu içerisinde 4 saatlik kesitler rastgele belirlenmiş, gözlem yapılan her bir kesitin farklı saat dilimleri olması sağlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması üç pilot görüşme ile yapıldı. Bu pilot görüşmelerde veri toplama aracı olarak hazırlanan yarı yapılandırılmış soru yönergesindeki açık uçlu soruların veri toplanmak için yeterli olup olmadığı değerlendirilmiştir. Soru yönergesinin veri toplamak için uygun olduğu kanaati oluştuktan sonra araştırmaya geçilmiştir. Ön uygulama kapsamında 2 tane ikinci ve 1 tane üçüncü yıl acil tıp asistanı hekim ile görüşme yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulamasının birinci aşamasında birebir derinlemesine görüşme yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler ile isteklerine uygun zaman ve mekânda görüşme sağlandı. İki katılımcı görüşme yerini araştırmacının

belirlemesini istemiştir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında uygun görüşme ortamı sağlandı. Görüşme kapsamında 12 tane birinci yıl acil tıp asistanı, 10 tane dördüncü yıl acil tıp asistanı, 10 tane öğretim üyesi olmak üzere toplam 32 hekim ile görüşüldü ve her görüşme ses kayıt cihazı ile kayıt altına alındı. Yapılan görüşmelerde sorulara ilişkin cevaplar doygunluğa ulaştığında görüşmeler sonlandırıldı. Araştırmaya katılanlarla en az görüşme süresi 34 dk, en uzun görüşme 74 dk, ortalama ise 47,96 dk olarak kaydedildi. Araştırmaya katılanlardan dördüncü yıl asistanı 1 hekim ile 2 öğretim üyesi, ses kaydı alınmasına müsaade etmedi. Bu katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar yazılı olarak kayıt altına alındı.

Gözlem, her bir acil servis için farklı günlerde 01.00-05.00, 05.00-09.00, 09.00-13.00, 13.00-17.00, 17.00-21.00, 21.00-01.00 saat aralıklarında yapılmış ve her bir gözlem başlığına ilişkin gözlem notları tutulmuştur.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Kavas ve ark.'na göre niteliksel araştırmalarda elde edilen veriler veri kaybı yaşanmadan yedi basamakta değerlendirilebilmektedir: 1) Verilere aşına olmak için kabaca okumak. 2) Sorulara verilen ilgili cevapları ortaya çıkarmak için ham verileri yapılandırmak. 3) Tematik bir çerçevenin tanımlanması için temaların çapraz kontrolünü yapmak. 4) Temalar üzerinde tartışma ve uzlaşma belirlemek için içerik oluşturmak. 5) Bağlam, tema ve alt temalar ile tablo oluşturmak. 6) Bağlam, tema ve alt temalar arasındaki ilişkilerin örüntüsünü tanımlamak için verileri tanımlamak. 7) Veriyi anlamak ve derinlemesine bakış kazanmak için yorumlamak (143).

Veri analizine başlamadan önce ilk aşamada araştırmaya katılan gönüllülerle yapılan görüşmelerin ses kayıtlarının transkripsiyonu yapıldı. Katılımcıların kullandığı her bir ifade olduğu gibi metne döküldü ve hiçbir veri kaybı yaşanmamasına özen gösterildi. Oluşturulan transkripsiyon metinleri veriye hâkimiyeti sağlamak açısından detaylı bir şekilde okundu. Soruların cevaplarına ilişkin söylemlerde öne çıkan kavramlar belirlendi ham veriler kabaca yapılandırıldı. Tematik bir çerçeve oluşturmak için kavramlar tekrar sayılarına göre değerlendirildi sık tekrar eden kavramlar belirlendi. Görüşmelerde temalara ilişkin sık tekrarlayan kavramlar

özelinde içerik oluşturuldu. Analiz edilen tüm veriler ışığında ilişkili bağlam, tema ve alt temalar tablolandırıldı. Bağlam, tema ve alt temalar birbiriyle ilişkilendirilerek veriler daha anlaşılır kılındı. Son olarak veriler yorumlandı.

Gözlem süresince araştırmacının bizzat tuttuğu notlar da benzer bir süreçten geçti. Gözlem notlarına ilişkin ortaya çıkan temalar ise her bir acil servis özelinde gözlem yapılan başlığa ve acil servisin gözlenen bölümüne ilişkin sorunlu noktalar tablolandırıldı. Bu sayede görüşmeye katılanların söylemlerine ilişkin tartışma temelini oluşturan veriler daha da anlaşılır kılındı.

Verilerin analiz sonuçları yazılırken veri kaynaklarının anonimleştirilmesine dikkat edildi. Bağlam, tema ve alt temalara ilişkin örnek teşkil edecek olan söylemler kullanılırken pilot katılımcılar P, birinci yıl acil tıp asistanları ATA1, dördüncü yıl acil tıp asistanları ATA4, öğretim üyeleri ise ÖÜ olarak belirtildi. Söylemi alınan katılımcının araştırmaya katılırken imzaladığı aydınlatılmış onam formunun üzerine yazılan protokol numarası (ATA1-3, ATA4-7, ÖÜ-9 gibi) kullanılan kodlar söylemin sonuna eklendi. Gözlem notlarına ilişkin anonimleştirme ise, gözlem yapılan her bir acil servise verilen (H1, H2, gibi) kodlarla sağlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Niteliksel araştırmaya ait sınırlılıklarının yanında bu araştırmaya ilişkin sınırlılıklarla da karşılaşmıştır.

Araştırmaya katılan 35 gönüllüden 3 tanesi ses kaydı alınmasına müsaade etmemiş fakat sorulara verdikleri yanıtların yazılı olarak kaydedilmesine müsaade etmişlerdir. Bu durumda ortaya çıkan veri kaybı araştırmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca konunun yasal boyutunun, etik boyutun üzerini örtebilmesi endişesi nedeniyle, hukuki boyut irdelenmemiştir. Hekimin etik ve yasal sorumluluklarının çatıştığı ve çifte yükümlülük nedeniyle ikilem yaşadığı durumlar olduğu bilinmektedir, ancak bu durumların tez bağlamında, tezin primer konusu olmayacak şekilde bir planlama yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması 13.12.2016 tarihinde yapılan tez öneri sınavında jürilerin oyları ile kabul edilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna etik kurul izni için müracaat edildi. 14 Mart 2017 tarih ve GO 17/238-26 karar no ile çalışma, araştırmanın yapılacağı kurumlardan idari izinler alındıktan sonra etik açıdan yapılmaya uygun görüldü (EK-3). Araştırma etik kurul izni alındıktan sonra başlamıştır ve etik kurula araştırmanın Aralık 2018'e kadar tamamlanması taahhüdü verilmesine rağmen Haziran 2018'de veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Alınan etik kurul izni sonrası araştırmanın yapılacağı kurumlardan idari izin almak üzere müracaat yapıldı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışmaya izin verirken, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışmanın yapılmasına izin vermemiştir (EK-4).

Çalışma kapsamında bire bir derinlemesine görüşmeye katılan gönüllülerden araştırmaya katılırken daha önce hazırlanan aydınlatılmış onam formu aracılığıyla onamları alınarak ses kaydı alınmıştır (EK-5).

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

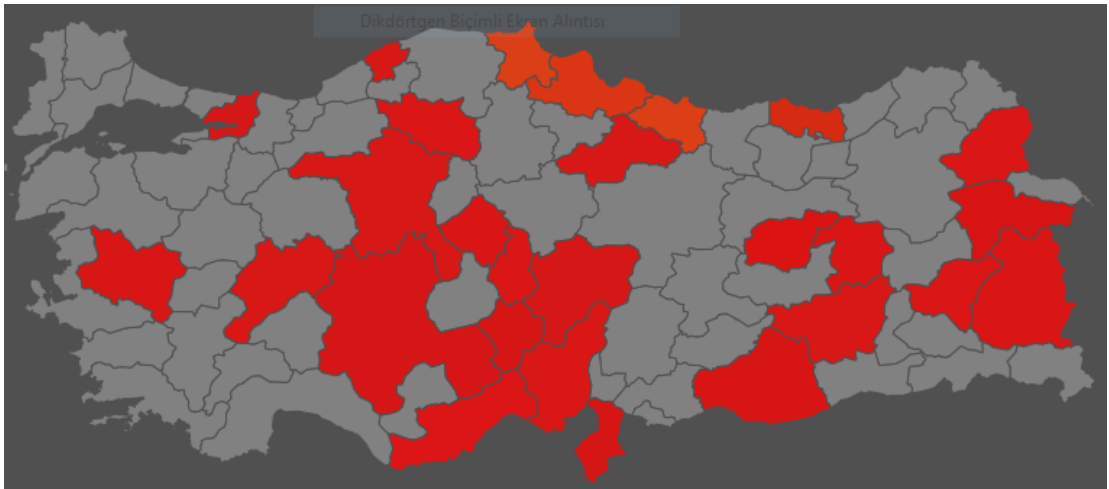
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=35)

Sosyo-demografik özellikleri	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	10	29
Erkek	25	71
Mesleki deneyim süresi (Ortalama: 8,25±6,58, min: 1 yıl, max: 25 yıl)		
0-5 yıl	12	34
5-10 yıl	15	43
10-15 yıl	1	3
15-20 yıl	3	9
20-25 yıl	4	11
Etik eğitimi		
Eğitim alanlar	35	100
Eğitim almayanlar	0	0
Kadına yönelik şiddet eğitimi		
Eğitim alanlar	7	20
Eğitim almayanlar	28	80
Toplumsal cinsiyet eğitimi		
Eğitim alanlar	2	6
Eğitim almayanlar	33	94
Daha önce çalışılan kurumlar*		
Hastane Acil Servisleri	29	
112 Acil Sağlık Hizmetleri	4	
Toplum Sağlığı Merkezleri	4	
Sağlık Ocağı, Aile Sağlığı Merkezi	3	
Askeri Birlikler	2	
Diğer Birimler	6	
Acil tıp deneyimi (Ortalama: 8,38±6,95, min: 12 gün, max: 25 yıl)		
Mezuniyet yılı		
En erken mezun olan	1993	
En geç mezun olan	2016	

*n katlamıştır.

Araştırmaya katılanların mezun oldukları fakülteler sırasıyla şöyledir:

- Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi (Bolu)
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi (Antalya)
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (Ankara)
- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (Erzurum)
- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (İzmir)
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (Kayseri)
- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (Eskişehir)
- Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi (Elazığ)
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (Ankara)
- Gülhane Askeri Tıp Akademisi (Ankara)
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (Ankara)
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (İstanbul)
- Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi (Trabzon)
- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi (Mersin)
- On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (Samsun)
- Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi (Konya)
- Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi (Kahramanmaraş)
- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (Bursa)



Şekil 4.1. Araştırmaya Katılan Gönüllülerin Daha Önce Mesleki Deneyimlerini Edindiği İller

Araştırmaya katılan gönüllülerin daha önce mesleki deneyimlerini edindiği iller sırasıyla Adana, Afyonkarahisar, Ağrı, Ankara, Bartın, Bingöl, Bitlis, Çankırı, Diyarbakır, Hatay, Kars, Kayseri, Kırşehir, Kocaeli, Konya, Manisa, Mersin, Nevşehir, Ordu, Samsun, Sinop, Şanlıurfa, Tokat, Trabzon, Tunceli, Van illeri olup Türkiye'deki dağılımı haritada gösterildiği gibidir (Şekil 4.1).

Araştırmaya katılanların daha önce çalıştıkları ve mesleki deneyim edindikleri kurumlar aşağıdaki gibidir:

Hastane Acil Servisleri

- Afyon, İlçe Devlet Hastanesi Acil Servis
- Ağrı, Ağrı Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Ankara, Özel Hastane Acil Servisi
- Ankara, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi
- Ankara, Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Bartın, Ulus Devlet Hastanesi
- Bitlis, Hizan Devlet Hastanesi Acil Servis
- Çankırı, Şabanözü Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Diyarbakır, Diyarbakır Devlet Hastanesi Acil Servis
- Hatay, Kırıkhan Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Kırşehir, Kaman Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Kırşehir, Kırşehir Devlet Hastanesi
- Kocaeli, Darıca Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Kocaeli, Gebze Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Manisa, Alaşehir Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Mersin, Özel Hastane Acil Servisi
- Nevşehir, Ürgüp Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Ordu, Gürgen Tepe Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Samsun, Vezirköprü Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Şanlıurfa, Akçakale Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Şanlıurfa, Akçakale Süleyman Şah Mülteci Kampı Sahra Hastanesi Acil Servisi

- Tokat, Turhal Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Trabzon, Araklı Bayram Ali Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Tunceli, Tunceli Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Tunceli, Pertek Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Van, İpekyolu Devlet Hastanesi Acil Servisi
- Van, Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi

112 Acil Sağlık Hizmetleri

- Nevşehir, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İl Ambulans Servisi
- Sinop, 112 İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi
- Tokat, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İl Ambulans Servisi
- Van, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İl Ambulans Servisi

Toplum Sağlığı Merkezleri

- Tokat, Toplum Sağlığı Merkezi
- Kırşehir, Boztepe Toplum Sağlığı Merkezi
- Bingöl, Yayladere Toplum Sağlığı Merkezi
- Sinop, Dikmen Toplum Sağlığı Merkezi

Sağlık Ocağı, Aile Sağlığı Merkezi

- Adana, Aile Sağlığı Merkezi
- Konya, Taşkent Sağlık Ocağı
- Şanlıurfa, Viranşehir Aile Sağlığı Merkezi

Askeri Birlikler

- Bingöl, Askeri Tugay Reviri
- Diğer Askeri Birlikler

Diğer Birimler

- Bitlis, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)
- Kayseri, Adli Tıp Kurumu
- Kayseri, Verem Savaş Dispanseri
- Ankara, Türkiye Elektrik Kurumu, Kurum hekimliği
- Ankara, Tüberküloz Daire Başkanlığı
- Kars, İl Sağlık Müdürlüğü

4.2. Bilgi Sorularına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların Lisans Döneminde Aldıkları Etik Eğitimine İlişkin Konu Başlıkları

Bağlam	Temalar	
	Ana tema	Alt tema
Lisans Dönemi Etik Eğitimi Konu Başlıkları	Zarar Vermeme	
	Özerkliğe Saygı	- Aydınlatılmış onam
	Adalet	- Ayrımcılık yapmama - Triaj
	Hekim İlişkileri	- Hekim hekim ilişkisi - Hekim hasta ilişkisi - Hekim hasta yakını ilişkisi - Hekimliğin toplumla ilişkisi
	Uygulamalı eğitim	- Olgu tartışmaları *Ötanazi *Geriatrı ve etik
	Deontoloji	- Hasta hakları *Bilgi gizliliği hakkı *Mahremiyet hakkı - Hekimin sorumlulukları - Hastanın sorumlulukları - Hekim hakları - Hastaya yaklaşımda hukuki boyut
	Etik değerler	- Tıp mesleğinin ilkeleri
	Tıp etiği	- Yaşam sonu kararları - Cerrahide etik - Zor hasta yönetimi

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda lisans döneminde aldıkları etik eğitimindeki konu başlıkları ve bu konulara ilişkin söylemleri aşağıdaki gibidir:

Zarar vermeme;

“Önce zarar verme onu hatırlıyorum.”(ATA1-6)

“... onun dışında önce zarar vermemek, hastaya zarar vermemek.” (ATA4-6)

Özerkliğe saygı;

“...aydınlatılmış onam almanın yani hastanın tıp etiği bahsediyor bunu. Ne yapılacağından bilgisinin olmasının çok önemli olduğunu biliyorum. Hani kendinde ne olduğunun bilmesinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Hatta daha çok kendini ve yakınlarına bilgi vermenin önemli olduğu konusunda bir şeyler...”(ATA1-5).

“Hastadan yeterli düzeyde bilgilenmesi, hastadan onamının nasıl alınacağı, yakınına nasıl onam verileceği, hangi şartlarda hastadan aydınlatılmış onam kendisiyle de yakınıyla hangi şartlarda kendisinin vermesi gerektiği çocuk hastada onam nasıl olur onla ilgili bir şeyler hatırlıyorum.”(ATA1-6)

“Hatırladığım en önemli şey aydınlatılmış onam zaten. Tam başlıkları da hatırlayamıyorum ama. İki hani bir şeyde hani hastanın ya da işte her hangi bir işlem yaparken gönüllülük esası, üçü, onun dışında da açıkçası çok da detaylı şimdi şey yapamıyorum yani hatırlayamadım.” (ATA4-3).

Adalet;

“Hatırladığım temel bağlam şu; bizim için hastanın cinsiyeti, yaşı, ırkı, dili, dini hiç bir önem fark etmeksizin her hasta bizim için eşit statüde önemlidir. Deontolojik olarak biz eğitimde bunu aldık. Mutlaka hastaların triaj ve önem sıraları vardır. Hangi hastayı önce, hangi hasta bekleyebilir bu mutlaka var. Ancak eşit durumdaki hastaların hepsi maddi durumuna yahut olanağına bakılmaksızın bizim için aynı önemdedir.” (ÖÜ-8)

Hekim ilişkileri;

“Tıbbi etik ve deontoloji eğitimini lisans dönemine aldık ancak detay hatırlamıyorum. Hatırladığım kadarıyla hekim-hekim, hekim-hasta ve hekim-hasta yakını ile olan ilişkinin yanı sıra hasta ve hekim haklarına dair etik ve deontoloji eğitimi aldık.” (ÖÜ-2)

“Hasta hekim ilişkileri yönünden etik vardı yani hastanın hakları, hekimin hakları, hasta ile hekimin ne şekilde ilişki yani o da bir ilişki durumu, hangi durumda mahremiyet yaklaşabileceğini kime bakılıp kime bakılamayacağını yapılan davranışlarda etik yani örneğin bir cinsel istismar olup olmaması. Bizim hocamız şey derdi ‘hastan sevgilinde olsa yine etik olarak ona bir şey olması çok uygun değildir’ şeklinde. Yani hastanla mesleki olarak yaklaşımın olması başka hiçbir münasebetin kurulamamasından bahsederdi.”(ATA1-12)

“Ya temel başlıklar, ee, hekim-hekim ilişkisi. Hekim-hasta/hasta yakını ilişkisi birde hekimlik mesleğinin genel topluma olan kurallarıyla ilgili, görevleriyle ilgili, iletişimiyle ilgili, hizmetleriyle ilgili genel bilgiler.”(ÖÜ-9)

Uygulamalı eğitim;

“Daha çok hekim-hasta ilişkisi. Hatta böyle uygulamalı derslerimiz falan olurdu. İ işte şey hani gerçekte hasta olmayan ama hasta rolüyle işte bizim hekim olarak ona yaklaşımımız özellikle anamnez kısmında tabi okulun ilk 1. ve 2. sınıfında olduğu için muayeneden çok anamnez kısmında daha kaliteli bir iletişime girmeye ilgili, etik yaklaşımla ilgili dersler aldığımızı uygulamalı olarak hatırlıyorum.” (ATA4-9)

“Tabi mezun olalı baya uzun zaman oldu ama daha çok olgu üzerinden gittiğimiz dersler oluyordu.”(ATA1-9)

“Yani o ara ötenazi popüler bir konu olduğu için muhtemelen o yüzden daha çok ötenaziye yönelik konularımız olmuştu olgu konularımız olmuştu onun dışında çok tabi çok fazla hatırlamıyorum ama vurucu olarak ötenazi.”(ATA1-9)

“Şöyle türk filmlerinde şeydi yaşlılara bakış açısıyla ilgili bir şeydi. Arkadaşlarla toplanmıştık bir yaş şeyi olarak hani senelere ayırmıştık. Türk filmlerini izleyip hani

yaşlılarla ilgili bakış açısı yaşlılar hani iş yapamaz, artık şey hani bu tarz hani toplumun bakış açısını gerektiren şeyleri belirleyecek bir şeydi.”(ATA1-11)

Deontoloji;

“Öğrencilik hayatımızda tabi deontoloji derslerimiz vardı.” (ÖÜ-9)

“...sadece birinci sınıfta bizim Eskişehir’deki ilk dönemin özellikle ilk sınav her sınav kurulunda deontoloji dersimiz olurdu ama özellikle birinci kurulumuzun yani ilk girdiğimiz bir aydan olduğumuz sınavın en ağırlıklısı tıbbi deontolojiydi biyoistatistikle beraber.” (ÖÜ-6)

“Deontolojiden çok bahsetti hocamız bize. Onun dışında hatırlayabildiğim çok fazla bir konu yok ne yalan söyleyim uzun süre almadım. Bizim eğitim araştırma en fazla toplasan üç gün lük süredir yani tüm tıp eğitiminiz sürecinde.”(ATA1-10)

“İşte hasta hakları, doktor hakları, hasta mahremiyeti gibi şeyler aklımızda. Daha çok acilde de bunlarla karşılaşıyoruz zaten. “ (ATA4-10)

“En çok hatırladığım şey bu tıp eğitimin den en çok hatırladığım yani etik kısmından hatırladığım hastaların mahremiyeti olur.” (ATA1-6)

“Genelde hasta etiğinden çok fazla vurgu olmuştu işte özellikle hasta fotoğraf çekmeyin hastaların yanına girip ya da işte hastaların mahremiyeti olsun bu tarz şeyler aklımda kalan” (ATA1-8)

“Gizlilik hakkı hastalara, mahremiyet hakkı, ı onun dışında önce zarar vermemek, hastaya zarar vermemek. Ee hasta bilgilerinin gizli kalması. Bunun dışında yani çok daha aklımda kalan bir şey olmadı üzerinden de 8 yıl geçince.” (ATA4-6)

“Hani çok ayrıntılı olarak dediğim gibi konu başlıkları hatırlamıyorum ama ağırlıklı olarak hatırladığım konu başlıkları hasta hasta ilişkileri üzerine, hastanın mahremiyeti üzerine, hekimin hastaya olan sorumluluklarına, hastanın hekime olan sorumluluklarına ilişkin başlıkları hatırlıyorum ağırlıklı olarak.” (ÖÜ-1)

“Deontoloji daha çok hatırlamaya çalıştığım. Tabi birinci sınıfta olduğu için üzerinden baya zaman geçti. Deontoloji ağırlıklı aldığımızı hatırlıyorum. İşte hekimlerin haklarını koruma işte o tarz şeyler.” (ATA1-2)

“Yani hastaya yaklaşımlar nelere dikkat etmemiz gerektiği hukuki süreçte neler olacağı hukuksal olarak nelere dikkat edilmesi gerektiği bunlar anlatılmıştı hatırladığım kadarıyla.” (ATA1-3)

Etik değerler;

“Hasta hekim ilişkisi üzerine etik değerler tartışılıyordu. Hekimlik üzerine etik değerler tartışılıyordu.”(ÖÜ-5)

“Tabi o kadar ayrıntısını şuan bakınca geriye hatırlayamıyorum ama hani sonuçta tıp mesleğinin profesyonel ilkelerini kapsayacak şekilde hedef hekimin sahip olması gereken nitelikleri öngören başlıklarda eğitim almışsınız diye düşünüyorum.” (ÖÜ-1)

Tıp etiği;

“Dönem üçte mersin üniversitesinde tıp etiği ile ilgili ders verilir. Birinci dönemde de bir komitede verilir tıp etiği dersi. Ayrıca özel mesela bir genel cerrah hocamız vardı, kendisinin yan dalı deontolojiydi tıp etiğiydi...” (ATA1-11)

“Tıbbi etik ve deontoloji eğitimini lisans dönemine almıştır, ancak detay hatırlamıyor.” (ÖÜ-2)

“...daha çok bizde mahremiyet üzerine şeyler vardı ve ölüm kararıyla ilgili dersler konuyordu ve yurt dışıyla ülkemiz arasındaki ölüm kararı farklılıklar üzerine dersler görmüştük.” (ATA1-9)

“İstanbul Tıp Fakültesi birinci sınıfta ve yanlış hatırlamıyorsam üçüncü sınıfta derslerimiz vardı. Onun haricinde bazı bölüm derslerinde de, mesela Genel Cerrahi dersinin içerisinde de etiğe ayrılmış 1 ders vardı.” (ATA4-1)

“Hasta hekim ilişkileri o açıdan sorumlulukları ve hastaların işte onlar, aydınlatma ile ilgili sınırlar onlar, sonra hasta vardı zor hasta yönetimi gibi onlardı ama...” (ÖÜ-7)

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Şiddet Türleriyle İlgili Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddet türleri	Fiziksel şiddet	- Kadın cinayeti
	Cinsel şiddet	- Tecavüz
	Psikolojik şiddet	- Mobbing - Uyuşturucu madde kullanmaya zorlama - Kadından toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin beklentiler - Duygusal
	Sözel şiddet	- Sözlü taciz
	Ekonomik şiddet	
	Çocuk ihmal ve istismarı	
	Yaşlı ihmali ve istismarı	

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddet türleri bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

“Fiziksel, mobbing (duygusal), cinsel şiddet türleri bulunmakta, ayrıca yaşlı ve çocuk istismarı da şiddetin başka boyutlarını oluşturmaktadır.” (ATA4-5)

“Tabi fiziksel şiddet, ondan sonra psikolojik şiddet, sosyal olarak şiddet değişiyor mobbingten tutun öldürmeye kadar bir spektrumda oldukça da geniş. Yani ihmal etmek dahi bile şiddet kabul edilebiliyor artık.” (ÖÜ-7)

Fiziksel şiddet;

“Yani fiziksel şiddet zaten insanın fiziksel özelliklerini etkilediği için belki yani normal işte hani her şey olabilir fiziksel şiddette. Beyin kanaması geçirebilir. Hayatı tehdit edebilecek bir şey olabilir diye düşünüyorum. “ (ATA1-2)

“Fiziksel şiddet oluyor yani. Daha çok acilde doktora gelenler darp raporu için olsun, basit muayene şeyleri için olsun, tedavileri için olsun birçok fiziksel şiddetler görüyoruz.”(ATA1-3)

“Şöyle bunlarla alakalı hani çok şey bilgimiz aslında biz işin fiziksel kısmıyla ilgilendiğimiz için şiddetin. Daha çok onunla alakalı bir şeyler biliyoruz. Hani

yaralanmalarla alakalı veya neden şüphe edeceğimiz böyle bir şey var mı diye bununla alakalı bildiklerimiz var.”(ATA4-2)

“Etkileyen bir vaka, mecburi hizmet yaparken. Göreve ilk başladığım zamanlarda bir karı koca kavgası, iki tarafın ailesinin de dâhil olduğu büyükçe bir kavga. 7-8 darp. Polis bunları toplayıp adli rapor aldirmaya getirmişti. Sonrasında aynı kızın kocasından ayrıldığını ve başka bir adamla ne çeşit bir ilişkisi vardı bilmiyorum. Adam daha sonra kadını öldürdü. Adamla İstanbul’da tanışıyor, sonrasında kız köyüne Bartın’a dönüyor. Bartın’da adam peşinden geliyor, köy meydanında kızı resmen infaz etti. Saçından tutup yatırıp ensesinden ateş etti.” (ATA4-1)

Cinsel şiddet;

“Şimdi genelde şiddet insan hani toplumu düşününce sadece fiziksel bir zarar hani bedene zararı olarak düşünüyor. Ama daha çok ruhsal psikolojik etkileri daha büyük, zararları daha büyük bu şey gibi. Biraz belki absürt bir örnek olacak ama hani mesela tecavüze affedersiniz bir tecavüze uğrayan bir kadın var, bir de şey var hani tutulmuş kolundan sürüklenmiş mesela ormana götürülmüş ama o sırada yakalanmış mesela ikisinin cezası farklı şeyler ama kadının gördüğü işte şey aynımı aynı ama cezalar şey hani sonuçta ama o bedensel şey daha ön planda. Tıpta da öyle toplumda da öyle ama ruhsal durumunu pek düşünemiyoruz düşünsek bile yeteri kadar empati kuramıyoruz bu konuda.” (ATA1-11)

“Cinsel şiddette de ben mesela asistanken bir genç kızcağızın, ee, cinsel şiddete bağlı cinsel bölgesinde hani, himen değil, yırtıklar ve travmalar olduğunu görmüştüm.” (ÖÜ-8)

“...yoksa bir travmatik yani bir tecavüz olabilir, bir yani yaralanmanın beklenmedik gasp tarzında bir şiddete maruz kalmış olabilir. Ya da bir sözel tacizin etkisine kalmış olabilir bu tarz hem madden hem de manevi etkilediği için olan hasarları uzun ömürlü genelde de hiçbir zaman geçici olduğunu düşünmüyorum kalıcı hasar bırakıyor.” (ATA1-12)

Psikolojik şiddet;

“...ruhsal yani psikolojik mobbing olayları gibi bunlar da bir şiddet benim için olduğunu düşünüyorum.” (ATA1-6)

“Ruhsal şiddetle alakalı da daha çok iş, çalışma ortamı içerisinde mobbing falan böyle şeylerle alakalı hep gündeme gelir ama.” (ATA4-2)

“...hani bunu mobingi bence bu iş yerindeki bir kişinin uyguladığı mobing o karşı tarafa bence şiddet olarak algılayabilirim.” (ÖÜ-6)

“...18’i geçmişti artık o sürekli geliyormuş hani oradakileri daha kalıcı hekimlerle konuştuğunda sürekli geliyormuş zaten. En son gelişi eşi zorla eroin kullandırmış o yüzden gelmişti ve bundan ben çok etkilenmiştim. Hani tamam belki dövebilir hani hakaret edebilir ama zorla eroin kullandırmak. Bilmiyorum herhalde onla aynı kafada olmasını istedi sonra işte dövmüş baya bir vücudunda zaten eskiden kalan morlukları falan vardı onun dışında hani psikoloji olarak zaten çocuk yaşta evlenmiş yani anne babası kabul etmiyor kaçarak evlendiği için öyle o çok etkilemişti.” (ATA1-8)

“...şiddet konusunda dediğim gibi sadece şey olmaması gerekiyor. Cinsel şiddet ya da fiziksel şiddet düşünülmemesi gerekiyor. Şurada bir kadın sıra beklerken benim evde çocuğum var yemeğim yanıyor bilmem ne yemek yapmam lazım deyip bekleyemiyorsa sırasını oda bir şiddettir bence. Hani bir erkek tutup da demez benim evde yemeğim var gitmem lazım demez hani boş vakit genelde çoktur ama kadınlarda öyle olmuyor.” (ATA1-11)

“Duygusal şiddet olarak da insanın psikolojisini bozup hayatını etkileyebilecek bir şey olacağını düşünüyorum. Hepsi bildiğim kadarıyla cinsel şiddette o şekilde hani bütün hayatını etkileyebilecek şeyler.” (ATA1-2)

Sözel şiddet;

“Mesela şöyle deyim, hasta yakınlarından birebir hakaretimiz küfürler olsun hani normalde çok sakın bir insandım ben hasta yakınlarından bu sözel şiddetleri duya duya hani sinir katsayısı da artıyor insanın. Sonra siz şöyle ölmeyi hak ediyorsunuz siz böyle ölmeyi hak ediyorsunuz hani bu da bir şiddet.” (ATA1-1)

“Yani işte biz daha çok fiziksel şiddet olarak hani görüyoruz. Sözel ve psikolojik şiddetler daha çok bizi ilgilendirmediği için daha çok psikiyatriye girdiği için onlar oraya gidiyor.” (ATA1-3)

“Kadına şiddet anlamında en çok sözlü taciz yani birebir gördüm. Sözlü tacizler ve darp edilmeler gördüm yani eşi tarafından darp edilmiş son altı ay içerisinde daha az çünkü burada daha az zaten beş aydır burada çalışıyorum. Daha öncesinde zaten yine denk geliyoruz ama hatırladığım kadarıyla beni çok etkileyen vakalar oluyordu.” (ATA1-6)

“...ya da bir sözel tacizin etkisine kalmış olabilir bu tarz hem madden hem de maneviyen etkilediği için olan hasarları uzun ömürlü genelde de hiçbir zaman geçici olduğunu düşünmüyorum kalıcı hasar bırakıyor.” (ATA1-12)

Ekonomik şiddet;

“...işte ekonomik şiddet olabilir yani işte çalışmayan bir bayanın eşine bağımlı olması gibi ekonomik olarak kısıtlamalar getirebilir.” (ATA1-7)

Çocuk ihmal ve istismarı;

“Şimdi özellikle bizimle alakalı, bizim acil servisimizle alakalı imm, yaşlı hastalar çok geliyor. Güncel olan bilgilerimden başlayayım öncelikle. Geriatrik hastalar, yaşlı hastalarda bizim gördüğümüz ihmal. Ondan sonra onun haricinde nadiren de görsek direkt darp gibi şiddet. Bunları görüyoruz. İıı, en çok dikkat etmemiz gereken şeyler bunlar. Onun haricinde acil içerisinde çocuğa şiddet, ihmal, istismar yine bunları dikkat etmemiz gereken şeyler.” (ATA4-2)

Yaşlı ihmali ve istismarı;

“...ayakaltında izi olan ve hiç bakılmamış kadın kendine geldi. Hani böyle bakım çünkü susuz bırakılmış yemek verilmemiş her tarafı yara bere içinde. Yani aslında belki de yatalak olmayacaktı bir kadın yatalak olmuş o şekilde. Çünkü primer bir sebebi yok yatalak olması için ve bunu bir kız kardeşi yapmış. Kız kardeşi de niye yapmış parasını alıyor emekli ikramiyesini ikramiye demeyim de emekli maaşı var

çünkü sonra hani sosyal hizmet falan polis bir şekilde onu evine komşularına falan gittiler. Komşulardan şey diye haber geldi. Çünkü hasta bizde baya yattı düzenli ne kadar tedavisi komşuları şey demişler mesela evden bağırma sesleri duyuyoruz, ağlama sesleri duyuyoruz falan. Hani bir kişinin kız kardeşi tarafından böyle bir maruz kalması...” (ÖÜ-4)

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Nedenleri İle İlgili Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddetin nedenleri	Güç eşitsizliği	
	Toplumun gelenekleri	<ul style="list-style-type: none"> - Toplumun kadına bakışı - Kadın eylemine olumsuz bakış - Erkek egemenliği - Sosyokültürel yapı - Bekâret sorunu - Ata erkillik
	Düşük sosyokültürel düzey	
	Alkış alan bir eylem olarak kabul edilmesi	

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddetin nedenleri bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Güç eşitsizliği;

“Onlarda da artık eşler anlaşılamadığı şeylerde durumlarda herhalde ya da ben çok fazla niye böyle oldu niye şöyle yaptı falan diye sormuyoruz tabi ki. Ama kişilerin anlattığı kadarıyla anlaşılamazlık durumlarıyla karşılaştıkların da erkeğin gücü yetiyorsa bir şekilde eline bulduğunu karşısındakine atmak, ne biliyim vurmak bizzat vurmak ya da elindeki bir cisimle karşısındakine vurmak gibi fiziksel şiddetle şey yapıyorlar kadınlara zarar veriyorlar.”(ATA1-4)

“Karşılaşıyoruz fiziksel şiddetle çok karşılaşıyoruz. Genelde bu karşılaştığımız şiddet türü iki eş arasında olan şiddet türü oluyor. Ama bunun dışında tabi ki mesela

işte kadına fiziksel gücü olarak zayıf görüp toplum tarafından da herhangi başka bir kişi tarafından da erkek tarafından da şiddet uygulandığını görüyoruz.”(ÖÜ-5)

Toplumun gelenekleri;

“ya çok uzatmak hani zamanınızı almak istemem ama içimden geçen şeyler hep şudur; hani ben fikir biz bu topraklarda yaşamış büyümüş insanız. Belli örflerimiz geleneklerimiz var. Hani doktorun bile bunu yapmış olduğu örneklerini görmüşken hayatımızda, yani ben bunu gördük duyduk bir kere ataerkil bir toplumuz kim ne derse desin. Yani erkekler her zaman bu ülkede biraz daha güçlü her anlamda zaten fiziksel olarak güç bunu kıyaslamıyorum bile toplumdaki yer olarak fazla kurumlar olarak bakarsak olaya hekimler olarak bakarsak olaya çok eksiziz. Yani kesinlikle çok eksiziz bu konuda.”(ATA1-10)

“Tek geldi. İı, kız Mamak'ta oturuyor. Babası evinin, gecekondu da oturuyorlarmış. Satılık kız vardır diye yazı asmış. Kız bir oğlanla kaçmış bunun üstüne. Babasının evinden kaçmış. Oğlanı severek mi kaçtın dedim. Yok hocam babam satılık kız vardır deyince ben de baktım hani düzgün sayılabilecek biri diye kaçtım dedi. Zengin miydi hani sana rahat bir dünyada hayat mı vaat ediyordu dedim. Yok hocam dedi, ama ekmeğini kazanırdı diye düşündüm, genç adamdı dedi. Babam satılık yazmış, beni belki 50-60 yaşında adam isteyecek, alacaktı dedi. Onun için kaçtım dedi. E sonra ne oldu dedim. Hocam biz kaçarken ben onunla anlaşmıştım dedi. Hani benle zorla birlikte olmayacaktı, ben onun yemeğiyle, ekmeğiyle, çamaşırıyla ilgilenecektim. Birlikte yaşayacaktık, ben istediğim zaman onunla birlikte olacaktım hani evlenecektim, kocam olacaktı ama ben istediğim zaman olacaktı. O da adam gibi ekmeğini kazanacaktı, böyle anlaşmıştık dedi. Kaçtım oğlanla, onun evine gittim dedi. Sonra telefonumu aldı dedi. Bana tecavüz etti dedi. Bilmem kaç gün beni evden dışarıya hiç bırakmadı dedi. Ee, sonra ben oradan da kaçtım babamın evine gittim tekrar dedi. Babam dövdü beni dedi. Vücudundaki en son morluklar ondanmış, kız gösterdi. Ee, sen bu evden kovuldun daha giremezsin dedi bana, dedi. Ben o kızı mesela hiç unutmam.”(ÖÜ-8)

“Arkandayız diye alkışlıyorlar. Yani aynı durum bir erkek yaptığı zaman mesela bir kadın bir erkeği bastığı zaman bir kadınla toplum bunu bir şey saymıyor, bunu yine övüyorlar. Yani bir marifetmiş gibi insanlar gelip bir kadın rahat rahat bir eşini aldattığından bahsedemiyor veya bir erkek gelip rahat rahat sizin yanınızda eşini aldata bildiğini ve bunu bir marifet gibi gösterebiliyor. Yani o toplumun bakış açısı değişmedikçe bu olaya bence yani bunu nasıl sonuçta toplumun bu konudaki şey düşüncesi bakışı onu etkiler herhalde değişimi.”(ATA1-6)

“Kadına yönelik şiddet kadından çıkan ve daha büyük sorunların parçası olan bir sorun aslında. Yani toplumun kadını nasıl gördüğüyle, işte erkek egemen ideolojinin hâkimiyet derecesi ile bu hâkimiyet derecelerini belirleyen sosyokültürel altyapıyla din olgusuyla yani pek çok kavram ve gerçekle ilintili.”(ÖÜ-1)

“9 yaşında bir kız çocuğu olan hastam oldu. Hasta parkta oynarken düşmüş ve bacak arası ile vajinal bölgede kanaması vardı. Kadın doğum konsültasyonu istediğimde annesi yıkılmıştı, ağlamıştı. Küçük kızının bekâretine zarar geldiğinden endişe etmiş, korkmuştu ve ağlıyordu.”(ATA4-5)

“Hani benim gördüğüm daha çok bu dedelerden kalma eskiden nedensiz yere hep bi evde şiddet oluyormuş şimdide gene daha az ama onların daha çok yansıması yani bunlar dededen babadan görme şeklinde olduğu için diye düşünüyorum.”(ATA1-3)

Düşük sosyokültürel düzey;

“Sonuçta daha ağır vakalara gidiyorduk tırnak içerisinde daha ağır. Ama devlet hastanesinde bire birçok karşılaştım ve bunun sosyo-kültürel seviyeyle orantılı olduğunu düşünüyorum. Sonuçta ı doğuda çok eşlilik, maddi durum düşüklüğü, ağılık sistemi hani bu bize çok uzak gelse de Ankara'nın göbeğinde olduğumuz için. Hala mevcut olduğu için aşiret ya da doğu kültürü ı inanın çok karşılaştım yani. Çocuk şiddeti, kadın şiddeti, yaşlı şiddeti ı sayısız diyebilirim yani.”(ATA4-4)

Alkış alan bir eylem olarak kabul edilmesi;

“Hala kadına şiddet çok ciddi bir mesele bizim ülkemiz için. Hala insanlar ben mesela geçen gün bir haber gördüm adamın teki eşini yatak odasında bir adamla görüyor gece geldiğinde adam eline bıçağı alıyor adamı öldürüyor, kadını öldürmek üzere yaralıyor ve bu adamı insanlar oturup şeyde götürüldüğünde yani tutuklandığında herkes alkışlıyor.”(ATA1-6)

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddetin kadın sağlığı üzerine etkileri	Sosyal hayat üzerine etkileri	<ul style="list-style-type: none"> - İş gücü kaybı - İkili ilişki sorunu - Beceri kaybı - Şiddete meyilli hale gelme - Yaşam kalitesinde düşme
	Fiziksel sağlık üzerine etkileri	<ul style="list-style-type: none"> - Sakatlıklar - Hastalıklar - Ciltte kalıcı izler - Basit yaralanma - Hayatı tehdit eden yaralanma - Azalmış öz bakım
	Ruhsal sağlık üzerine etkileri	<ul style="list-style-type: none"> - Kişilik üzerine etkileri *Kişilik bozukluğu *Öz güveni zedeleme - Ağır psikolojik etki - Ruhsal çöküntü - İletişime geçmeme - Korku - Usanmışlık - Küskünlük - Üzüntü - Ömür boyu yaşanacak acı - Kendini ifade edemez hale gelme

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddetin kadın sağlığı üzerine etkileri bağlamında öne çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir;

“Şiddet türlerinin insan sağlığı üzerindeki fiziksel duygusal sosyal yönden bir sürü aslında şiddetin etkilerini sayabilirim. Ama en basitinden bir kere fiziksel olarak insanlarda bir hayat kalitesini düşürme koyabiliriz, sakatlanmaları koyabiliriz, ruhsal olarak gene depresyon anlamında.”(ATA1-10)

Sosyal hayat üzerine etkileri;

“Sağlığı çok boyutlu tanımadığımız için aslında şiddette sağlığın her boyutunu etkileyen bir olgu olduğu için hem fiziksel hem sosyal hem psikolojik boyutları olan ve bireyin olay sonrasında hayatına kaldığı yerden devamına engel teşkil edecek nitelikte ve nicelikte olabilen bir unsur.”(ÖÜ-1)

“Anladım hı hı anladım yani şöyle, mesela fiziksel şiddette bu yaralarını berelerini aldığı hasarları bir kenara bıraksak bile şeyini etkiliyor sosyal hayatını etkiliyor o kadının.”(ATA1-1)

“ben bunu acilde hastalarda uzun süre görmediğimiz için çok deneyimleyemedim. Bunu ama verem savaş dispanserindeki çalışmamda bunu çok örneğini gördüm. Özellikle böyle şey yapılmış, toplumdaki uzaklaştırılmış ya da hor görülmüş kişilerin, psikolojik travmaya fazlaca maruz kalmış kişilerin altta yatan sıkıntılarını ilk bakışta anlamamız çok güç ve adamlara gerçekten hem sağlık açısından hem sosyal yaşantısını kısıtlanması açısından çok büyük zorluklar doğuruyor.”(ATA1-4)

“Bence şiddetin en basitinden düşündüğümde büyük iş gücü kaybı olduğunu düşünüyorum en basitinden hem fiziksel olarak hem duygusal olarak insanların hayata bakış açısı hakkında gene değişik düşüncelere sokabildiğini düşünüyorum gördüm yaşadım tanık olduğum var. Onun dışında şiddetin iyi bir özelliğini görmedim yani açıkçası...” (ATA1-10)

“Bir kere şey grubunda oluyor genç yaş grubunda oluyor. Yani bizim genç yaş grubu dediğimiz işte 20 ile 50 yaş arasındaki bir grup oluyor. Bu grup genelde de şey hasta olmayan kronik hastalığı olmayan ve çalışan üretime katkıda bulunan kişiler. Bunlara uygulanan şiddetle eğer şey olursa ne deyim her hangi bir uzuvlarını

kaybederler ya da mobidite kalırlarsa hayatlarının devamında iş gücü kaybına da sebep olabiliyor. Bu kişilerde ölümden bahsetmem zaten ölüm olabiliyor artı iş gücü kaybına sebep olabiliyor ya da sistematik yapılan şiddetler var aile içinde çok oluyor onlar.” (ÖÜ-4)

“Eğer tedavi alınmazsa ııı, benim eşim de çocuk psikiyatri asistanı. Ömür boyu sürebilir bu çocuksa eğer. Eğitim dönemi, sosyal yaşantısı süresince ikili ilişkilerini, becerilerini, ıı hani kendi içerisinde var olan cevherini bile değiştiriyordur yani bence.”(ATA4-4)

“İnsanların sonra tekrar onlarda şey olabiliyor, yani devamlı şiddet gören birisi bunu normal gibi algılayıp kendinden sonrakilere de şiddet uygulayabiliyor. Yani kendinden güçsüzlere yani toplumda öyle oluyor.”(ÖÜ-4)

“Ama sağlık alanında da dediğim gibi insanların ölümüyle sonuçlanabiliyor. Bir iki kalıcı hasar oluşabiliyor. Kalıcı hasar derken bir uzvunu kaybedebiliyor ya da yetisini kaybedebiliyor. Yani bir piyanistin ya da bir cerrahın mesela bir doktorun parmaklarının kırılması falan sonuçta parmağını kullanarak hayatını kazanıyor. Ciddi bir şey hani normalde yemeğini yiyebiliyor ama işini yapamaz bu kişi ve hayatının kalitesi düşer işte. Veya iş kazalarını görüyoruz bu şiddet değil ama parmakları kesiliyor insanların bir daha o işini yapamıyor hani o tarzda bir de dediğim gibi fiziksel ruhsal olarak etkilenme çok daha fazla aslında.”(ÖÜ-4)

Fiziksel sağlık üzerine etkileri;

“Kayseri de verem savaş dispanserinde çalışırken aynı zamanda adli nöbetlerimiz oluyordu bizim orada darp cebir olayını çok gördük yani kadınlara özellikle uygulanmış fakat benim genel görüşüm kadına uygulanan şiddet kadar erkeklere de uygulanan şiddetle karşılaştım. Yani tabi ki kadınlara uygulandığında kadınların genel vücut yapılarında biraz daha hassas oluyor daha fazla etkileniyorlar. Benzer bir darptan daha çok etkileniyorlar.” (ATA1-4)

“Psikolojik ve fiziksel olarak be en azından ben kendim hatırladığım kadarıyla yorumlarımla ayırabilirim. Burada daha çok en azından kendi asistanlığım da gördüğüm kadarıyla dört ayda ya da tıp fakültesi eğitimimde gördüğüm kadarıyla

fiziksel olanlarıyla daha çok ne yazık ki ilgilenmek zorunda kalıyoruz. Ama kısa süreli yaptığımız psikiyatri stajlarında gördüğümüz kadarıyla psikiyatrik boyutlarının daha fazla olduğunu görmüştüm öyle iki tür olarak kendimizi gördüğüm kadarıyla aldığımız eğitimde ayrı biliyorum.”(ATA1-9)

“Öncelikle ım, fiziksel şiddeti ı diğer şiddetlerden ayrı tutarsak eğer yani akut bir etkisi zaten travmaya bağlı ı penetran yaralanma, iç organ yaralanması, ı kafa travması olduysa hani organik sebeplerine çok değinmek istemiyorum. Bir fiziksel şiddetse eğer zaten etkisi şiddetin derecesine ve vücudun hangi organına yapıldığına göre değişir. Gerekli görüldüğü takdirde ameliyata bile alınabilir ama duygusal, psikolojik, istismar boyutunda bir şiddetse eğer ı muhtemelen uzun dönem psikiyatrik etkisi ı çok daha derin ve daha anlamlı bana göre.”(ATA4-4)

“Şiddetin zaten bir darpla olan bir şeyi var formu var yani bu darpla olan şiddet kişiyi ölüme kadar götürebilen çeşitli sakatlıklara yol açabilen hastalıkları oluşturur yani onu ayrıntılı olarak şey yapmanın espirisi var mı bilmiyorum ama psikolojik şiddeti de tabi şey yapmamız lazım göz önünde bulundurmamız lazım.”(ATA1-4)

“Evet, çünkü eninde sonunda o iyileşecek yani kişide sadece o sıradaki şiddet değil acı değil ömür boyu göreceği bir iz bırakacağından dolayı ona üzüldüm. Yoksa kırık falan oluyor onlarda kötü ama en azından onları bir şekilde tedavi ediyoruz hasta o sıradaki rehabilitasyondan sonra olayı fark etmiyor ama kalıcı yani cilt üzerindeki kalıcı izler kişilerin ömür boyunca olayı da hatırlattırıyor hani acı duymasa bile psikolojik acısı ömür boyu devam ediyor.”(ATA1-12)

“Ee fiziki tabi ki bunun derecelendirmesi var yani basit bir yaralanma mı? Ciddi hayatı tehdit eden bir yaralanma mı? Bunlar var tabi.” (ATA4-6)

“Şiddet genelde bize başvuru olarak geldiği için çok daha bizim gördüğümüz kısmı fiziksel olarak oluşan bozukluklar oluyor. Ruhsal kısmı belki ileriki dönemde ortaya çıkıyor ama bizim ilk olarak acilde müdahale ettiğimiz şey hastaların fiziksel durumuyla alakalı şeyler oluyor. Bunlarda genelde hayati tehlikeyi içeriyor ya da içermiyor ona göre bir şey yapıyoruz notlandırıyoruz.”(ATA4-10)

“Hmm mesela hani kendi öz bakımını da mesela azaltmış olabilir.”(ATA1-1)

Ruhsal sağlık üzerine etkileri;

“Şiddet türlerinin sağlık üzerindeki etkileri, fiziksel travma varsa onun etkileri dökümante edebildiğimiz maddi şeyler. Yani bir kırık varsa onu görebiliyoruz, dökümante edebiliyoruz ama şiddetin psikolojik boyutu daha çok önemli. Benim şahsi fikrim. Bunu çok dökümante etme şansımız olmuyor. Bizim mesleki pratiğimiz içerisinde de acilde o konuya işin açığı yoğunluktan dolayı, belki biraz da bu konuyla ilgili farkındalık oluşmadığından dolayı çok dikkat etmiyoruz.”(ATA4-1)

“Şiddetin insan sağlığı üzerinde en çok psikiyatrik etkisi olmaktadır, olaya özgü ise fiziksel etkiler görülmektedir.”(ATA4-5)

“Ya hani tabi psikolojik boyutu geliyor aklıma ilk etapta. Direkt travmadan bahsetmiyorsak eğer. Fiziksel bir şiddet değilse bahsettiğimiz şey zaten eğer bir travma varsa bir çok travma olabilir birçok bölgeye. Ama psikolojik olarak etkileri daha fazla oluyordur herhâlde yani.”(ATA4-9)

“Tabi ki en basiti kolunda dahi ağrı olsa, eğer sizin için uygunsa kolunuzu muayene edeyim. Mutlaka ben bu cümleyi özellikle şiddet hasta, şiddete uğrayan, travma geçiren hastaya yani bun sadece psikolojik, fiziksel travma diye düşünmemek lazım. Fiziksel travmaya ek daha büyük majör psikolojik travma geçiriyor zaten o hasta.”(ÖÜ-8)

“Birde ruhsal etkileri psikiyatrik etkileri olabilir kısa vadede belki fiziksel etkileri gelip geçici olabilir ama uzun vadede bir ömrü etkileyen kişiliğini etkileyen etkiler olduğunu düşünüyorum.”(ATA1-6)

“Derin etkileri olabilir. Şöyle olabilir yani hani psikolojik uygulanan şiddet insanı bazı hastalıklara itebilir, işte depresyon olabilir. Onun dışında kişilik bozuklukları yaratabilir ekonomik şiddet yine aynı şekilde ekonomik olarak bağımsız olmayan bir bireyin ııı nasıl söyleyelim kendine güvenini etkileyecek şeylere sebep olabilir yani bunların olduğunu düşünüyorum başka da yok.”(ATA1-7)

“Yani fiziksel etkiler her şiddet olduğu gibi olabilir ama psikolojik olarak daha ağır etkiler bıraktığını biliyorum. Ya tabi bu aile için de kadın olsun çocuğa olsun yani daha doğrusu bireyler arası olsun şiddet her bireyi psikolojik olarak etkiliyor diye düşünüyorum.”(ATA1-7)

“Yani hem fiziksel hem psikolojik olarak ortaya çıkan belirtiler oluyor sonuçta. İli, fiziksel şiddete girdiği zaman vücutta genelde bulgular ortaya çıkıyor. Onun dışında sözel şiddet de yine psikolojik maruziyete neden olabiliyor yani. Hastalarda çöküntüler, depresyon o tarz şeyler görülebiliyor.”(ATA4-8)

“Şöyle, cinsel saldırıya uğrayan ı tanımadığı birisi tarafından uğrayan bir hastam vardı. Beni çok etkilemişti. Yani onun o psikolojik, ruhsal bozukluğuna da şahit olmuştum doğal olarak. Bundan gerçekten etkilenmiştim. Fiziksel olarak bir şeyi yoktu hani. İli hani bir kırık, bir kanama falan gibi bir bulgusu yoktu ama psikolojik olarak gerçekten çökmüş durumdaydı. Zaten çok az iletişime geçiyordu. Konuşmak istememesi bile bu durumla ilgili. Çünkü ben muhtemelen onun konuştuğu bu konuyla ilgili 3.kişi olabilirim. İşte hani ilk polise gitmişti orda konuştu falan. Ki ben daha sonra kadın doğum doktoruna yönlendirdim. Yani tekrar tekrar bunu anlatacak olması ve benim konuştuğu 3.kişi olmam beni çok etkilemişti.”(ATA4-9)

“Birde artık insanlardan korkmaya başlıyor. Hani gördüğüm kadarıyla en azından ya da artık bir usanmışlık mı diyeyim küskünlük mü deyim hani geliyor mesela işte hep aynı şeyler oluyor hocam deyip raporunu alıyor, üzgün üzgün evine gidiyor.”(ATA1-1)

“Yoksa kırık falan oluyor onlarda kötü ama en azından onları bir şekilde tedavi ediyoruz hasta o sıradaki rehabilitasyondan sonra olayı fark etmiyor ama kalıcı yani cilt üzerindeki kalıcı izler kişilerin ömür boyunca olayı da hatırlattırıyor hani acı duymasa bile psikolojik acısı ömür boyu devam ediyor.”(ATA1-12)

“Şoktaydı yani çok böyle sözel bir ifade alamadık. Hem acının şoku olabilir hem de korkunun şoku olabilir. Kişiden kocam yaptı falan ifadesini alamadık ama komşuların da verdiği ve evde zaten başka yapabileceği kimsenin olmamasından dolayı kocası tarafından biz ifadeyi net ifadeleri çevresel şeylerden aldık kişi kendini anlatamadı.”(ATA1-12)

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Belirtileri Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddetin belirtileri	Akut/kronik fiziksel belirtiler	<ul style="list-style-type: none"> - Tırnak izi - Yüzde kızarıklık - Ekimoz - Kesi - Skar dokusu - Kızarıklık - Şişlik
	Akut/kronik ruhsal belirtiler	<ul style="list-style-type: none"> - Anksiyete - Depresyon - Korku - Kaygı - Panik atak - Sinirli olma - Duygu durum bozukluğu - Şok - Ajitasyon - Ağlama - Sıkıntılı olma - Ruhsal çöküntü - Huzursuzluk - Mutsuzluk - Öfori - İçe kapanıklık - Soğukluk - Mutsuzluk - Hayattan zevk almama - Sinirli olmama
	Psikosomatik belirtiler	<ul style="list-style-type: none"> - Konversiyon - Baş ağrısı - Karın ağrısı - Çarpıntı - Göğüs ağrısı - Kollarda uyuşma - Boğaz ağrısı - Psikolojik atak - Kasık ağrısı - Somatizasyon - Temaruz
	Yaşlı ihmali	<ul style="list-style-type: none"> - İştahsızlık - Kaşeksi - Zayıf turgor - Kuru cilt - Saç dökülmesi

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddetin belirtileri bağlamında öne çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Akut/ kronik fiziksel belirtiler;

“Akut belirtileri zaten çok belli olur morarma falan hani çünkü onun dış cildin de olan şeyler çok belli olur hani kronik şeyler de psikolojik olarak bence ortaya çıkar. Onda da az çok anlaşılabilir yani akut artı kronik belirtileri bir arada olabilir hastada yani eski yara izleri kapanmaya başlamış işte ya da önceki izler falan belli oluyor.” (ATA1-2)

“Akut ayırt edebiliyoruz adli tıp derslerinden ekimozlarının yeni olup olmadığını travmaya laserasyonlar olabilir yaralar olabilir hastada ekimoz morlukları bunların süresinin ne kadar olduğunu az çok yani aynı gün olup olmadığını veya hatta birkaç gün üstünden geçtiğini anlayabiliyoruz yani o konuda onda bir sıkıntımız yok.” (ATA1-6)

“Bu açıdan fakültede aldığımız eğitimin hala aklımızda kalan kısmıyla ve uzmanlardan aldığımız destekle bunu ayırmaya çalışıyoruz ama genellikle bu ayrımı yapıyoruz yani akut ya da kronik yaraları tespit edebiliyoruz raporumuzu da ona göre tutuyoruz.” (ATA1-9)

“Hani yaraya baktığımız zaman yeni mi olmuş işte biraz daha eskiden mi olmuş o konuyla ilgili fikir yürütebiliriz.” (ATA4-1)

“elindeki cisimleri karşısındakine atarak ya da bir şekilde erkek kendini savunmaya geçmediği zamanlarla karşılaştım erkek o sana ne yaptı diye sorduğumda o bana bir şey yapmadı vurmadı bir şey yapmadı ben ona vurdum diyor. Erkeğe bakıyoruz işte tırnak izi ne biliyim yüzünde bir kızarma tokat ya da başka bir şekilde yaralandığını gördüm yani”(ATA1-4)

“Akut dönemde genel de olacağı en fazla şey kızarıklık şişlik maksimumda morluk oluyordu ama kronik dönemde hani eğer bir birim evrelerde morluklar olabilir onun dışında benim farklı gördüğüm bir şey yok.” (ATA1-8)

“şiddetin akut ve kronik belirtilerini yani fiziksel olarak ayırt edebiliyoruz yani örneğin bir travmanın rengi kızarık mor yeşil sarı bunların günleri ve sürecin işleyişi

yani yenimi olmuş eskimi olmuş örneğin kesiyse kesiden sonra skar dokusu denen doku oluşur onla ilgili problem oluşmuşsa oluşmamış mı bunların hepsinin yani izlerin iyileşme süreci bunların hepsi kendisini gösteriyor.”(ATA1-12)

“Yani ekimotik lezyonlarına göre tekrarlı ya da geçmiş bunlar ayırt edilir.” (ATA4-8)

“...fiziksel travmalarda kalıcı olanların sekenlerini görüyorsunuz yara yerlerinde işte skar dokuları görebiliyorsunuz yani başka daha majör şeyler olabilir tabi.” (ATA1-6)

Akut/ kronik ruhsal belirtiler;

“Yani şiddet eğer kişinin ajitasyonuna göre şiddet arıyoruz ama kişi çok bunun ayrıntısını irdeleyip farklı sorularla kişiyi söyletmeye çalışırız.” (ATA1-12)

“İkincisi ee yani fiziksel değil ruhsal şiddette. Yani bu hastalarımızda tabii farklı şekilde ortaya çıkıyor. En önemlisi de sinir krizi. Olmayan semptomların uydurulması, epilepsi nöbetleri, epilepsi nöbetlerine benzer. Epilepsi nöbeti demeyelim de epilepsi nöbetlerine benzer bulgular. Bunlar tabii kronik olduğunu düşündürüyor bana bazı şeylerin yani ruhsal olarak. Yani yeni yeni gelişmiş bir şiddette ruhsal olarak da tabi daha gürültülü fark edebiliyoruz bunu. Yani gürültülü diyorum, hastanın bağırıp çağırmasını kastetmiyorum hani çok daha ı içe kapanık, daha ee az konuşan, daha az tepki veren, yüz durumunun kütleşmesi gibi durumlardan birazcık daha akut olduğunu anlayabiliyoruz.” (ATA4-6)

“Yani anksiyete, korkak olur depresif olur kaygılı olur yani sürekli bir kaygılı havası olur.” (ATA1-2)

“Şöyle o anda bir sekel yoksa bile hastada işte konversiyon var mesela olabiliyor farklı bir şekilde farklı bir hastalığını farklı bir şekilde dile getirme sürekli başım ağrır sürekli karnım ağrır ve hiçbir şey bulamazlar o tarz şeyler olabilir. Sürekli çarpıntı oluyor bir anksiyete sürekli devam eden bir anksiyete bir fobi diyebiliriz bir şeyde olabilir bazısında panik atak tarzında bulgular verebiliyor bazı hastalarda göğüs ağrısı kollarda uyuşma sürekli devam eden sürekli olan ama hiç bir şey bulunamayan bunlar kronik travmaya işaret edebilir.” (ATA1-6)

“Tabi ki genelde onlar da anksiyete ile geliyor. Hani bir darp edilmemiş bir şey yok fiziksel şiddet yok ama anksiyete ile geliyorlar. Biraz altını deştığımız zaman altından bir depresyon çıkıyor onunda nedenine yaklaştığımız zaman ya şiddet çıkıyor ya bir aldatılma var kocasının onla ilgilenmemesi vs var. Onları da biz mümkün olduğunca psikiyatri ile konsülte etmeye çalışıyoruz zaten. Eğer anksiyetesi yoksa ya da duygu durum bozukluğu falan yoksa bizim onlara çok yapabileceğimiz bir şey yok. Hani acil hekimi olarak da daha çok biz fiziksel şeylerle ilgilendiğimiz için hani çok da bir şey yapabilir miyiz yapamaz mıyız bilmiyorum en iyi yapabileceğimiz şey onlara psikiyatrye yönlendirmek diye düşünüyorum.” (ATA1-8)

“bir kadında kronik şiddette anksiyetesi daha şiddetli oluyor bazı şeylere reaksiyon hiç beklemeden reaksiyon verebildiğini görüyorsunuz yani bir korkunun artık kalıcı olduğunu görüyorsunuz fobi oluşmuş oluyor.”(ATA1-12)

“Ama şöylede olabilir; hasta size başka bir hastalıkla gelmiştir karın ağrısı ya da işte göğüs ağrısı ya da başka bir problemle gelmiş olabilir. Ama yaptığınız fizik muayenede vücudunda faklı lezyonlar görebilirsiniz ve bunu geliş şikâyeti ile anlamlandıramazsınız uyuşturmazsınız ve öyküyü biraz daha derinleştirdiğiniz zaman hakikaten öyküde anksiyete bir huzursuzluk ya da bir depresyon belirtisi hayattan keyif almama durumuna işaret eden bulgular görebilirsiniz.”(ÖÜ-1)

“Bir iki tane vakada karşılaştım; özellikle gece kulüplerinde falan böyle yerlerde dediğim gibi yine akşam çalışan gece çalışan kadınlarda 1-2 kere şeyle karşılaştım hem darp edilmiş ı bıçaklanmış, ondan sonra acil servise geliyor. Ama hala şeyden korktuklarını hatırlıyorum gelip beni burada bulacaklar gibi. Hala o endişe içerisindeler.” (ATA4-2)

“Genel de akut dönemlerinde çok sinirli oluyorlar ve yapmayacakları şeylerden bahsediyorlar. İşte burda bitti işte şöyle böyle falan ama daha sonra kronik dönemde genelde bir mutsuzluk böyle bir mecburiyet onun dışında hayattan zevk almama, yani şiddete uğramış ama herhangi bir şeyi yok işte mesela bağırıyor çağırıyor ya da işte sinirli değil. Bu zaten hep böyle şeklinde artık bir alışkanlık olmuş onlarda herhalde kronik olanlar o şekilde geliyordu ama dediğim gibi böyle yeni olmuş

daha yeni başlayan onlar çok sinirli geliyorlardı bağırp çağırıp işte şöyle yapacam böyle yapacağım vs diyorlardı ama kronik dönemde o tür şeyleri geçiriyor.” (ATA1-8)

“...onun dışında nadiren de olsa mesela çalıştığı ortamla ilgili şiddet görüp duygu durum bozukluğuyla gelen hastalarımız oluyor ve hani bunu biraz konuşturunca konuşunca mevcut iş ortamında yaşadığı psikolojik şiddetten bahsediyorlar bunlardan da bahsediyor yani duygu durum bozukluğuyla gelip ardından bu tür tanılar koyduğumuz... bu acil servise nasıl yansıyor işte kişi aşırı anksiyete duygu durum bozukluğuyla işte hani genelde konversiyon davranışla konversifikal davranış çok yakışık kalmıyor hani sözel olarak söylesen de ama duygu durum bozukluğu demeyi tercih ederim duygu durum bozukluğuyla geliyorlar akut duygu durum bozukluğuyla geliyorlar akut yaşadığı anksiyete ile geliyorlar yaşadığı ortamdaki durum nedeniyle ama bunlar tabi şey arasında ilişki açısından kadın erkek arasında yaşanan daha az bir oranda geliyor.” (ÖÜ-5)

“Bununla ilgili fikir yürütebilirim kişi zaten şoktaysa o anın şokunu yaşıyorsa muhtemelen ilk kez yaşamıştır. Ama onun dışında şeyse özellikle alışa gelmişse daha bir sakin karşılıyor ya da kişi kendisi öyküden zaten anlaşılıyor daha öncede yapmıştı gibisinden ama bu tarz ruhsal bir şey olarak ben hani ilk kez şiddete maruz kalan bir kadının daha panik halde bir ruh halinde olacağını düşünüyorum.” (ATA1-11)

“Şöyle daha ajite geliyorlar. Mesela çok dikkat çekmek istiyor olabilir hani ilgi görmek bakım görmek amacıyla. Normalde mesela eli çizilmiştir o kadar ağrıyıyordur. Ama hani en azından bakılsın diye biraz daha ajitasyonu artırıyor olabilir mesela.” (ATA1-1)

“Bunu şöyle fark ediyoruz kişi evliyse örneğin ağlayarak bir bayan ya da ağlayarak olmasa bile çok basit bir hastalığındaki gösterdiği ajitasyonla yanındaki ilgili kişilerin kim olduğuna bağlı örneğin biraz önce bir bayan geldi siz içerdeyken 27 yaşında evli bir bayan kasık ağrısı vardı gösterdiği reaksiyon çok şiddetli bir reaksiyon yani ağlamalı çok böyle şeyli acitasyon dediğimiz bir olay bu hastalıkta o kadar çok şey olmaz normalde...” (ATA1-12)

“Çok az onlarla karşılaşıyoruz mesela daha çok ağlamalı krizler şeylerle geliyor hastalar bize bunlarda aile ve aile içindekilerin tartışma sonrasında geliyor .” (ÖÜ-7)

“Aaa, şimdi aklıma hep şeyler geliyor ee böyle ıı şiddetle gelen kadın hastalar geliyor aklıma. Genellikle ıı şöyle endişeli duruşlarından. Ondan sonra korkak tavırlarından ya da acelelerinden fark eder ve sorgulamaya çalışırız niye böylesin diye. İı belki de biz daha rahat bir aciliz. Hani günde bin hasta bakılan bir acil olsa bunu bile sormuyorlardır ondan eminim. Niye böylesin? Bir sıkıntın mı var? Falan. Fiziksel bir şey olmadığına emin olduğumuz zaman artık o işin başka bir sıkıntı olduğunu fark eder onun dediğim gibi daha detaylı sorgulamaya çalışırız.” (ATA4-2)

“Eğer şeyse, şöyle söyleyim, ruhsal çökkünlüğü olduğunu düşünüyorsa direkt zaten psikiyatriyle konuşuyoruz.”(ATA4-10)

“Hasta acil servise fiziksel yaralanmaların haricinde, somatik yakınmalar, huzursuzluk, mutsuzluk gibi şikâyetler ile gelebilmektedirler.” (ÖÜ-3)

“tabi işte acilde darba uğramış bir hasta geldiği zaman onun yansıması hem fiziksel olarak, hem de gelen hasta ya çok öforik oluyor. Nasıl söyleyeyim böyle ajitasyonu oluyor ya da böyle içine kapanık oluyor yani...”(ÖÜ-6)

“...psikolojik şiddetin kronik belirtilerini ancak tahmin edebilirim içe kapanıklık soğukluk gibi şeyler söyleyebilirim.” (ATA1-4)

“...ama daha sonra kronik dönemde genelde bir mutsuzluk böyle bir mecburiyet onun dışında hayattan zevk almama yani şiddete uğramış ama herhangi bir şeyi yok işte mesela bağırıyor çağırıyor ya da işte sinirli değil. Bu zaten hep böyle şeklinde artık bir alışkanlık olmuş onlarda herhalde kronik olanlar o şekilde geliyordu.” (ATA1-8)

Psikosomatik belirtiler;

“Hani stres artması durumunda gördüğümüz bazı durumlar oluyor. Hani psikolojik olarak da diyelim konversiyon dediğimiz aslında şey olarak olmasa da, hani tıbbi bir bulgu olmasa da hastanın tıbbi bulguları taklit etmesi diyelim en çok bunlar geliyor.” (ATA1-3)

“Şöyle o anda bir sekel yoksa bile hastada işte konversiyon var mesela olabiliyor farklı bir şekilde farklı bir hastalığını farklı bir şekilde dile getirme sürekli başım ağrır sürekli karnım ağrır ve hiçbir şey bulamazlar o tarz şeyler olabilir. sürekli

çarpıntım oluyor bir anksiyete sürekli devam eden bir anksiyete bir fobi diyebiliriz bir şeyde olabilir bazısında panik atak tarzında bulgular verebiliyor bazı hastalarda göğüs ağrısı kollarda uyuşma sürekli devam eden sürekli olan ama hiç bir şey bulunamayan bunlar kronik travmaya işaret edebilir.” (ATA1-6)

“...yani işin sözlü şiddetine de psikolojik baskısını psikolojik şiddet türünü hani daha az yaşıyoruz. Nadiren hani böyle ev içi yaşadığı durumla gelmiş oluyor. Bazen bize genelde işte kadınlarda şey konversif atak amaçlar daha fazla olur gözüyle bakılır, bir miktar gerçekten de böyle istatistiksel olarak fazladır. Ama bu sanki hem bir sözel şiddet sonrasında mı geliyor böyle hani bu ev içi şiddetle mi bağlı bunla ilgili bir şeyimiz yok hani bir bağ kuramama ama sanki bunda onla bağlantılı olduğu durumlarda oluyor.” (ÖÜ-5)

“Bir tane öyle bir hastam var mesela ama ben o hastalığın şimdi siz söyleyince böyle bir şeyi düşünmemiştim. Hani böyle bir şeyden dolayı mı acaba bunu olabilir böyle bir şeyde olabilir ama hiç düşünmemiştim yani bir gün boğazım ağrıyor diyerek bir gün başım ağrıyor diyerek ki hastanın tüm tetkik tedavisi uygulanmasına rağmen böyle gelen hastalarımız olabilir. Ama tabi hani hiçbir kadın hastamda şuana kadar böyle bir şey düşünmedim. Yani şiddete maruz kalıpta acaba böyle bir sekonder kazanç somatizasyon bozukluğu mudur yani bunumu geliştirmiştir savunma mekanizması olarak hiç düşünmemiştim bu olabilir.”(ATA1-10)

“...şöyle şiddet olabilir gözden kaçırdığımız sözel baskı tarzı şiddete maruz kalıyor olabilir. O kadınlarımızda fark ediyoruz ama bunu çok şey yapamıyoruz, çünkü Türk kadınlarının çoğu mevcut maruz kaldığı şiddeti çok dile getirmiyorlar. Sadece bunu şey olarak gösteriyorlar o sırada olmadığı bir sebepten dolayı kaçmak amaçlı, kaçmak derken evden kaçmak değil bir olaydan unutturmak için olmadığı hastalığının varlığını düşünüp psikolojik ataklar geçiriyorlar bu sözel ve baskı yöndeki şiddetin etkisinden dolayı.” (ATA1-12)

“Bize genellikle gelenler fiziksel şiddet, darp. Genelde bunlarla karşılaşıyoruz. Nadirattan bazen böyle konversif bozukluklar, somatizasyon gibi durumların altından da aile içi sıkıntılar şeklinde ifade edebileceğimiz şeyler çıkıyor.” (ATA4-1)

“Fiziksel şiddetin haricinde ve şimdi diğerk şiddet ı öngörerek hareket ediyoruz açıkçası. Atıyorum aa, psikolojik problemi olan bir kadın başvurduysa anamnezini detaylandırıyoruz mesela hani daha önce psikiyatriye başvurmamış ama kadın temaruz, konversiyon, ı somatoform bozukluğuyla başvuruyor. Kullandığı ilaçlarda bir anti-psikotik veya antidepresan bir durum yok. Belli ki daha önce psikiyatriye gitmemiş. Özellikle ardışık tekrarlı olarak gelen vakalarda ı psikolojik şiddet düşünülebilir ama bu biraz farazi kalıyor haliyle.”(ATA4-4)

Yaşlı ihmali;

“Şöyle ilk ihmale yönlendirecek bulgularım oldu. Kaşektikti hasta. Hani tabii bunu bilemezsiniz belki hastanın iştahı yok. Sonuçta hastalıkta fizyolojik bir şey. Kendi tezimde buna benzer bir çalışma olduğu için daha dikkatli bakıyor olabilirim. Kaşektik, deri turgoru ı zayıf, kuru cilde sahip, saçlarında dökülme olan bir yaşlı bir teyzeydi.” (ATA4-4)

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Şiddet Gören Kadının Özellikleri Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddet gören kadının özellikleri	Davranış özellikleri	<ul style="list-style-type: none"> - Dikkat çekmeye çalışır - Muayene olmak istemez - Geliş amacının dışında problem anlatır - Kendini ifade edemez - İçte kapanık olur - Olmayan semptomlarla hastaneye müracaat eder - Sürekli hastaneye gelir - Sekonder kazanç sağlamaya çalışır - Çekingen olur - Şiddeti gizler - Şiddeti gizlemez - Adli kayıt oluşturma amacı güder - Adli rapor düzenlenmesini istemez - Tedavi olmak için gelir - Acile geç gelir - İletişim kurma gücünü çekerler - İlgiye ihtiyaç duyar - Öz güven eksikliği olur - Eşine bağlı - Şiddet uygulayana karşı sevgi besler
	Ruhsal özellikleri	<ul style="list-style-type: none"> - Üzüntülü - Aşırı sinirli - Ajite - Tepkili - Kabullenmiş - İçine kapanık - Korkulu - Endişeli - Ağlar - Durumunu utanç kaynağı olarak görür - Sıkıntılı - Güvensizlik yaşar - Savunmasız
	Fiziksel özellikleri	<ul style="list-style-type: none"> - Öz bakımı azalmıştır - Hızlı soluk alıp verir

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddet gören kadının özellikleri bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Davranış özellikleri;

“Mesela çok dikkat çekmek istiyor olabilir hani ilgi görmek bakım görmek amacıyla. Normalde mesela eli çizilmiştir o kadar ağrıyordur. Ama hani en azından bakılsın diye biraz daha ajitasyonu artırıyor olabilir mesela.”(ATA1-1)

“Yani iletişim sürecinde öncelikle şiddete maruz kalan kadının dışarıya kapalı olması bekleriz yani çok şey anlatmayabilir iletişime geçmek istemeyebilir muayene olmak istemeyebilir.”(ATA1-7)

“Ya en azından kendini ifade etmesinde bir eksikliği oluyor. Yani zaten hastalığıyla korele bir şey olmasa bile o hastalarda bir sıkıntı olduğunu anlıyorsunuz hani. Esas problem buradan kaynaklanıyor bence o tarz hastalarda. Şöyle ki hasta geliyor mesela konuşmaya başlıyorsun. Bir anda bambaşka yere aslında biliyor musun aslında benim de şöyle bir sıkıntım vardı diye geçebiliyor hani. Genel sağlık problemleri yani tıbbi olarak oluşan sağlık problemleri dışında işte karnı ağrarak geldi vs falan. Ama esas sıkıntısının o olmadığını başka bir şekilde şiddete maruz kalıp buraya geldiğinde anladığım zamanlar oluyor.”(ATA1-5)

“...çok aşırı içine kapanık öyle olabilir belki.”(ATA1-1)

“Daha ıı nasıl anlatayım, hastalar olmayan semptomları bile ruhsal bir travmaya maruz kaldığı zaman olmayan semptomlarla hastaneye başvurabiliyor.”(ATA4-6)

“...mesela tekrarlayan sürekli yakın şikâyetlerle sürekli hastaneye geliyorsa hasta atıyorum şurası ağrıyor burası ağrıyor sürekli o zaman bunun gizli bir şiddet bulgusu gizli bir yardım çağrısı olabilir diye algılayabiliyoruz.” (ÖÜ-7)

“Tedaviyi kabul etmeyen hastalar oluyor. Lezyonun izi kalsın ya da görünsün diyenler oluyor. Bu da belki de hastanın sosyal ortamda kendine destekçi bularak bir savunma mekanizması ya da yeni bir şiddetin önüne geçme güdüsü olarak değerlendirilebilir.” (ÖÜ-2)

“...tekrar söylüyorum şiddet gören insanların en büyük şeyi çekinmeleri yani söylememeleri hele çevresinde biraz daha insanlar varsa tamamen bundan utanma gibi etkiler olduğundan dolayı...”(ATA1-12)

“Yani ıı hastalar şikâyetlerini dile getirirken bile çekindiklerini fark ettim. Travmayla gelen bir bayanın ıı sorguladığınız zaman düştüm çarptım deyip birazcık üsteledikten sonra darba maruz kaldığını, şiddete maruz kaldığını fark edip ama bunu söylemeye bile çekindiğini fark ettik.”(ATA4-6)

“...ama gördüğüm böyle o an gelmiyor, hani basit hakikaten çok büyük bir fiziksel mağduriyeti varsa o hasta hani hakikaten sıkıntı ile geliyor ama onun dışında genelde böyle çekingen oluyolar.” (ÖÜ-6)

“Kadına yönelik şiddet söz konusu olduğunda travma ve istismar vakaları olarak acil servislerde karşımıza çıkmaktadır. Şiddete uğradığını açık bir şekilde bağırip çağırarak gelen hasta olduğu gibi hiç söylemeyen hasta da olmaktadır.”(ÖÜ-2)

“Ama aile bireylerinden biri tarafından şiddete maruz kalmış bir kadın genelde hemen gelmeyebiliyor. Yani böyle bir gün sonra 3 gün sonra bir hafta sonra gelmiş vakalar var hani benim buramda morluklar var hocam ben hani çekindim bunu adli raporunu, rapor almak için artık o süreden sonra çoğu şunu söylüyor bunu bir oran verebilirim %50 si %40-50 si şikayetçi olmak için değil yani bu da elinin altında olsun yani aslında gelmeyecek hiç gelmeyecek önemsemiyor yani muhtemelen bir eşi dostu ona diyor ki ne olur ne olmaz belki ayrılırsınız çocuklar falan vs ona bir akıl veriyor...”(ÖÜ-6)

“Ben ağlamakta olan, çoluğu çocuğuyla gelmiş eşi tarafından işte ne şikayetiniz var şeklinde derinleştirdiğim zaman özellikle şunu söyleyeyim psikolojik şiddet ee mesela şöyle bir, şöyle bir tecrübem oluyor benim. 20 tane karşılaştıysam en az 10 tanesi 12 tanesi böyleydi açık söyleyeyim. Hasta adli rapor açtırmak istemiyor, belli bir problem var hani kadın göz teması kurmuyor, ağlamaklı, ıı hani psikiyatrik olarak bir problem var dedirten bir tabloda karşılaştım ben bu tür vakaları.” (ATA4-4)

“Evet, tabi en çok o geliyor. Yani şöyle gelen yok ben psikolojik olarak mağdurum çok kötüyüm o genelde psikiyatriye giderler. Biz genelde acil serviste bir

bunu dışa yansımalarıyla gelmez ya rapor almak için gelir ya da ağrısı çok fazlaysa ya da kırığı varsa vs.” (ÖÜ-6)

“Şöyle, normal bir hastaya göre kesinlikle zor. İki şöyle söyleyeyim böyle gelen vakalardan 10 tanesinden 1-2 tanesi zor oluyor çok zor oluyor. Dediğim gibi onlarda genellikle ya alkol etkisi altında ya da madde etkisi altında oluyorlar. Genellikle böyle bir şeyin etkisi altında olmayan vakalar ya da hayati riski gerçekten çok yüksek hastaneden kaçıp gitme ihtimali olmayan vakalar, onlar daha anlayışlı ve karşılıklı iletişime daha açık oluyorlar. Güvence verince de daha bir rahatlıyoruz en azından dediğim gibi 10'un 2'si kötü, zor vaka oluyor. Geri kalan da normal vakalara göre yine daha zor olmakla birlikte çokta aşırı zorlanmıyoruz.”(ATA4-2).

“...ama direk emniyete gitse bu sefer kocası da oraya gelecek beraber bir yüz yüze bir şeyleri olacak. Ama acile geldiği zaman emniyete giden kocası kendisi acilde biraz ilgi görüyor. Psikiyatri ile onların rahatlatma şeyleri çok daha farklı konuşmaları çok daha farklı oradan bir şey alıyor bence o yüzden geliyorlar acile çünkü hepsi adli olacağını hepsi biliyorlar direk emniyete gitmiyorlar.” (ATA1-8)

“Genel toplumsal olarak söyleyebilirim toplumsal olarak erkeklerle hemen hemen her alanda hatta hemen hemen her alanda işleri yapabilen bir kadın profili aklımda canlanıyor. Şiddete uğrayan kadında travma sonrası böyle bir özgüven eksikliğinden kaynaklanan bir geri çekilme söz konusu olabilir bu da özerkliğini mevcut özgürlüğünü ve özerkliğini yitirmiş bir kadın olarak karşımıza çıkabilir diye düşünüyorum.”(ATA1-9)

“Sürekli geliyor üç ayda bir geliyor dört ayda bir geliyor bazıları hani böyle şey bir sendrom var adını unuttum yok diyor, ben eşimi seviyorum bağılım bilmem ne yani o şiddetten de artık zayıf olmaya başlamış.”(ATA1-8)

“Merdivenden düşme olgusu olarak ambulans ile bir kadın hasta getirdiler. Vücudunda çok fazla lezyon bulunuyordu. Merdivenden düşmeye benzemiyordu. Kocasından darp edildiğini öğrendik. Ambulansta kocası tarafından darp edildiğini söylemiş ancak ambulandan inince kocasının darp ettiği hakkında konuşmuyor. Hasta muayene, tedavi ve diğer işlemler sürecinde kocası ile sarmaş dolaştı ve mutlu görünüyorlardı.”(ATA4-5)

Ruhsal özellikleri;

“Yani ederim gibi geliyor şuanda ama öyle hiç düşünmedim. Hani ilk defa mı olmuş sürekli mi olmuş? Hani çünkü ilk olan çok çok tepkili geliyor. Hani diğerlerinde artık özellikle o gördüğüm kadında bir kabullenişlik var yani. Hani zaten yine geldim hiçbir şey olmayacağını ezikliği ile geliyor yani onun üzüntüsüyle geliyor belki.” (ATA1-1)

“Şöyle daha ajite geliyorlar.”(ATA1-1)

“Şiddete uğrayan bir kadın geldiğinde açıkçası biraz ı onlar hani içine kapanık geliyorlar biraz. Hani çok söylememeye şey yapıyorlar. Açmamaya çalışıyorlar. Ne oldu, ne bitti, şöyle. Yani düşme bile geliyor yani hocam ben düştüm diyor. Ama olayı biraz açtığın zaman ne oldu? Ne bitti? Ağlayarak anlatmaya başlıyor genelde hani bu tarz şeyler de geliyor.” (ATA4-3)

“Direkt aklıma gelen 1-2 tane var ama direkt şey yapamayacağım hani ıı hatırladığım kadarıyla şöyle şeyler oluyordu. 1-2 tane vakada karşılaştım; özellikle gece kulüplerinde falan böyle yerlerde dediğim gibi yine akşam çalışan gece çalışan kadınlarda 1-2 kere şeyle karşılaştım hem darp edilmiş ıı bıçaklanmış, ondan sonra acil servise geliyor. Ama hala şeyden korktuklarını hatırlıyorum gelip beni burada bulacaklar gibi. Hala o endişe içerisindedir.”(ATA4-2)

“Hasta adli rapor açtırmak istemiyor, belli bir problem var hani kadın göz teması kurmuyor, ağlamaklı, ıı hani psikiyatrik olarak bir problem var dedirten bir tabloda...”(ATA4-4)

“Daha önce dediğim gibi iletişim kurarken bir kere hastanın ee en önemlisi onurunun zedelenmemesi. Çünkü hasta bunu bir utanç kaynağı olarak çoğu zaman. Geldiği zaman yani ben eşimden dayak yedim, yani her zaman böyle gelmiyor. Bir kere hastanın onurunu korumamız gerekiyor. İkincisi bunun maalesef ülkemizde herkesin başına gelebilecek bir durum. Onun utanmaması gerektiğini bu durumdan utanmaması gerektiğini ifade ediyorum ben genelde. Yani bunlara özen gösteriyorum.”(ATA4-6)

“...genelde ama gördüğüm böyle o an gelmiyor hani basit hakaten çok büyük bir fiziksel mağduriyeti varsa o hasta hani hakaten sıkıntı ile geliyor.”(ÖÜ-6)

“...hani çok güvenemiyorlar onlarda bizim güvenlik güçlerimize hani sonuçta haberlerde de koruma altındayken tekrar şiddet gören şeyler olgular gösterildiği için...”(ATA1-3)

“Yani kadınların şöyle bir durumu var dediğim gibi aynı oranda şiddetten daha fazla etkileniyorlar. Bir de Türkiye’deki kadın popülasyonunun biraz daha böyle ev hanımı olarak karşımıza çıktığını görüyorum. Ben biraz daha savunmasız görüyorum onları böyle yani. Kişi şiddet görse de o evden o şiddet kaynağından kendini alıkoyamayacak ve uzaklaşamayacakmış gibi hissediyorlar.”(ATA1-4)

Fiziksel özellikleri;

“Hmm mesela hani kendi öz bakımını da mesela azaltmış olabilir.”(ATA1-1)

“Muhtemel tespit edilemeyen ama muhtemelen bu nedenden dolayı acil servise gelen kişiler daha az. Yani bunlar acil servise çok nadiren gelir. Yani bir somatik bir bulgu meydana geliyor ki işte aşırı ıı işte soluk alıp vermesi ile CO2 şeyini alkoloza işte elleri üşümesi vücudu üşümesi vücudunda başka türlü hani sekonder bulgularla da gelmiş oluyorlar. Konversiyal somatizasyon diyoruz somatizasyonla gelmiş oluyorlar ki siz konuştuğunuz zaman bunları altından çıkarabiliyorsunuz.”(ÖÜ-5)

Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Şiddet Tespitinde Yapılması Gerekenler Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddet tespitinde yapılması gerekenler	İzole ortam sağlama	
	Hasta güvenliğini sağlama	<ul style="list-style-type: none"> - Aile bireyleriyle temasa geçme - Polis ile temasa geçme - Şiddet kaynağını uzaklaştırmak
	Tüm vücut muayenesi yapma	
	Medikal ihtiyacı belirleme	<ul style="list-style-type: none"> - Medikal tedavi yapmak - Hastanın rızasını alma
	Konsültasyon desteği alma	<ul style="list-style-type: none"> - İlgili tıbbi birime sevk etme - Adli tıp anabilim Dalından destek alma
	Bilgi gizliliğini sağlama	<ul style="list-style-type: none"> - Sağlık ekibi üyelerinin uyarılması - İntörn eğitiminde kullanmama
	Uygun personel tayini	<ul style="list-style-type: none"> - Tek hekim *Problem çözme yeteneği olan hekim - Yardımcı sağlık personeli *İletişim gücü yüksek personel *Kadın personel
	Adli rapor tutma	<ul style="list-style-type: none"> - İlk gören hekimin adli rapor tutması - Adli olgu bildirim formuna uygun rapor tutma
	Adli olgu bildirim	<ul style="list-style-type: none"> - Her vakanın bildirim - Polise bildirim - Önce tedavi sonra bildirim - Tedavi ile eş zamanlı bildirim - Polis yoluyla savcılığa bildirim - Özel güvenlik aracılığıyla polise bildirim - Sekreter aracılığıyla polise bildirim
	Kadına yönelik aile içi şiddet kayıt formu düzenlemek	
	Sosyal hizmet birimine bildirim	
	Kurum amirini bilgilendirme	

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddet tespitinde yapılması gerekenler bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

İzole ortam sağlama;

“Ortamın nasıl olduğu hani çok insan içinde insanın çok bulunduğu ne bileyim ses geçiren daha çok olması daha çok etkiliyor diye düşünüyorum. İzole olması hani daha önemli ortamın.” (ATA1-3)

“Hastanın belki bize söyleyebileceği farklı şeyler olur, belki cinsel saldırıya da uğramış olabilir bu hasta. İıı, ve bunu ortam uygun olmadığı için söyleyemiyor da olabilir. Ama dediğim gibi bizim bir izole ortamımız ya da işte hastalardan bir birine hasta mahremiyetini sağlayabileceğimiz bir ortamımız hasta bizden talep etmediği müddetçe yok. Hani bazen hastalar hani “Yalnız görüşebilir miyiz?” diye taleplerde bulunabiliyorlar. Hani kadına şiddet olguları için söylemiyorum bunu genel anlamda. O zaman da işin açığı bazen buraya geliyoruz. Burada hastayla görüşme yapabiliyoruz.” (ATA4-1)

“...psikiyatri ve sosyal hizmetler genelde boş bir şey varsa, hani oda varsa orada görüşmeyi uygun görüyor. Hani daha rahat görüşebileceğini düşünerek. Ayarlayabileceğimiz bir ortam varsa, sakın bir ortam, kimsenin olmadığı baş başa görüşebileceği bir ortam varsa orayı ayarladım yani şimdiye kadar hep. Psikiyatri hastalarında da genelde öyle yapıyoruz hani.” (ATA4-8)

Hasta güvenliğini sağlama;

“Bu konuyla alakalı çok bir bilgim yok açıkçası. Ama Ankara Üniversitesi'nde genel olan bir şeyden bahsedeyim. Bu da çocuğa yönelik şiddetle alakalı bir şeydi kadına yönelik şiddetle değil. Ama hani bunu gördüm hani ben yaşamadım ama gördüm hani. Direkt bir tüm güvenlikleri toplayıp bir güvenlik koridoruna alıp izole edip yani şiddete uğrayan kişiyi izole edip gerekli kolluk mercileri gelene kadar hiç kimseyle görüşmeyip ve gerçekten hani hiçbir şekilde yanına ulaşılmasını sağlamayıp sağlamadan bir şey yapabiliyorlar bir güvenlik planı oluşturabiliyorlar. Çünkü hani bir bakışından bile etkilenebiliyor çocuk olduğu için hani babası şey yapmış ama

babasının bakışından bile etkilenip ya yapmadı işte öyle olmadı falan diyebiliyor.” (ATA1-5)

“...hastanın yani eğer evine değil de alternatif bir koruma alanına geçemeyecekse eğer bunu yani şöyle pat diye hastayı içeride maruz bırakmıyorum yani ortada bırakmamaya çalışıyorum yani bunu polislerle hani kadına şiddetteki polislerle çözmeye çalışıyoruz. yani polislerle şöyle bu kadını güvende olabileceği bir yere yerleştirebilecek misiniz? Çünkü ifadesini alıp evine geri gönderecekseniz bu kadın aynı şiddete daha fazla çünkü şikâyetçide olduğu için şiddet eden kişiye önüne tehditkâr vaziyette bırakıyorsunuz eğer o güvenceyi vermezlerse kadını evine göndermiyorum ben hastanede tutuyorum yani ben iki üç gün hastanede acilde yatırdığım yani şiddet hastası oldu .” (ATA1-12)

“...kadın Kırşehirli değildi kocası dövülmüştü. Ailesi daha gelememişti birinci derece yakınları geldi. Annesi babası ondan sonra onu onlara emanet ettim öyle gönderdim yani evine gönderdim. “ (ATA1-12)

“Yani risk değerlendirmesi yapma imkânımız gayet tabii yok. Hani olayın tamamen öncesini bilmiyoruz. Ama bunu anlayabilmek adına ben mutlaka polise haber veriyorum hani hastanedeki polise söylüyorum ve çıkışta hastanın polisle irtibat kurmasını sağlamaya çalışıyoruz.” (ÖÜ-8)

“...gerekli bilgiyi gerekli yerlere ulaştırmak içinde bence hastadan alınan ifade çok önemlidir burada. Hasta çünkü şiddet uygulayıcısıyla birlikte geliyor %80 ine yakını o yüzden hani birebir kalıpta böyle direk de bodoslama sormanın mantıklı olduğunu düşünmüyorum çünkü hiçbiri doğru cevap vermiyor yani o insanlar genelde korkan insanlar oluyor bana şiddet uyguladı diye ortada gezen insanlar olmuyor.” (ATA1-5)

“Yani eğitimden geçmedik ama şöyle bir yol izliyoruz; aile içi şiddette olabilir başka bir darpta olabilir, yani izlediğimiz yol standart aile içi şiddeti uygulayan ve uygulananın tarafı olabildiğin kadar uzak tutmaya çalışıyoruz. Onun dışında tekrar dediğim gibi muhakkak kolluk kuvvetlerine birinin yanında yanında olması muayene sırasında bile yanında olması yakında olmasına özen gösteriyoruz ve muayene bittikten sonra da kolluk kuvvetlerine teslim ediyoruz.” (ATA1-7)

“Konversiyon diye tabir ettiğimiz durumda zaten şöyle bir durum oluyor; bu klinik bilgidir hasta eğer konversiyona uğradı, ıı, hani psikolojik şiddet gördüğü adam çevresindeyse o adamı gördüğü anda zaten klinik olarak daha çok alt üst oluyor, daha çok temaruza yatkın oluyor ve o hastayı toparlamamız daha uzun sürüyor. O anlamda bu tür hastaların yanında bakım verenin dışında şiddete uğradığını söylediği adamı veya kadını veya işte bireyi yanına almamaya çalışıyorum ben bu tür önlem geliştirdim kendi kendime.” (ATA4-4)

Tüm vücut muayenesi yapma;

“Bütün vücut muayenesi yapılır basit hani psikolojik sorular sorulabilir hani psikolojisi etkilendi mi diye normal muayeneden çok bir farkı olmuyor.” (ATA1-3)

“Hani sonuçta darp olursa, fiziksel şiddet olduktan sonra genelde hani baştan aşağı yine muayene ediyorsun herhangi bir sıkıntısı var mı yok mu diye. Özel olarak zaten bakıyorsun ayrı bir yerde ee, sorguluyorsun başka herhangi bir bulgusu var mı ya da gördüğü başka bir şiddet var mı yok mu onları görüp, sorup sorguluyorsun kadına şiddet olarak değerlendirdiğim zaman. Yani ben genelde öyle yaptım hani geldiği zaman. Başka herhangi bir sıkıntısı var mı diye sorguladım yani.” (ATA4-8)

Medikal ihtiyacı belirleme;

“Şöyle dediğim gibi bu genelde darp olaylarında kalıcı iz var mı hayati tehlike oluşturmuş mu ameliyat gerektirecek bir şey mi genelde bunlara dikkat ediyorduk.”(ATA1-8)

“Ee, sadece hayatı tehdit eden şeyleri bulup hani fiziksel sağlıkla alakalı durumlarını tespit edip onları tedavi etmek.” (ATA4-2)

“Genelde hani medikal tarafında tedavi tarafında oluyoruz. Akut yara bere deyim onlara müdahale ediyoruz sonra gerekli bölümlere haber verip ya sevk ediyoruz ya da konsültasyon istiyoruz.” (ATA1-3)

“Şimdi kadına şiddet olgusu acil servise geldiğinde öncelikle bizim açımızdan yani en azından bir hekim olarak medikal yönünü yani tıbbi yönünü değerlendiriyoruz

öncelikle yani şiddetin kadına veya hastaya vermiş olduğu zararı önce değerlendiriyoruz.” (ATA1-7)

“Zaten rızasını almadan hastaya hiçbir şey yapamazsın hani hem yani etik olarak da doğru değil hem de bir işe de yaramaz hastaya şunu yapacam bunu yapacam sen diyemezsin bir işe yaramaz yani kabul etmediği sürece almak lazım zaten almadan bişey yapamayız ki.” (ATA1-2)

Konsültasyon desteği alma;

“Bence acil hekimliğinin bu konuyla ilgili eğer bir fiziksel şiddet olup atıyorum bir kırığı çıkığı bir şey olmadıkça ya da bir kanaması olmadıkça çok yardımı olacağını düşünmüyorum. Ha yaklaşım olarak ne olur daha izole bir odada daha nasıl deyim daha ilgili bir şekilde sadece olayın oluş şekli ve yardımcı olabileceği bu acil olarak dediğim gibi bir şeyi varsa fiziksel şiddet onla ilgilenir geri kalan daha çok psikiyatristin işi gibi geliyor. Çünkü o anlamda bir eğitimimiz yok bizim o yüzden hızlıca psikiyatristle konsülte edilip o şekilde değerlendirilebilir diye düşünüyorum.” (ATA1-8)

“...bu tür şeyler varsa sevk etmemiz gerekiyordu ilgili birimlere sevk etmemiz merkezdeki devlet hastanemize o şekilde yönlendiriyorduk.” (ATA1-8)

“...şüphelenilen durumlarda ve hastayla yine öykü tekrar yoksa da profesyonellerden yardım istiyoruz. Psikiyatri biliminden gerekirse adli tıp anabilim dalını ilgilendiriyorsa onlardan da konsültasyonlar destek istiyoruz.” (ÖÜ-7)

Bilgi gizliliğini sağlama;

“Korunması lazım kesinlikle. Kimseye bişey yani yeri gelirse orda ki, personele hemşirelere hiç kimseye bişey anlatmamak lazım. O onun kendi özel şeyi ya aileme bile ben anlatmam eve gelince eve geldim böyle bir hastam oldu şöyle filan diye anlatmamak lazım.” (ATA1-2)

“Yani şöyle hastanın mahremiyetine aykırı bilgileri zaten normal şikâyetindeki ifade ettiği işte dosya tutuluyor adli dosya tutuluyor. Adli dosyanın gittiği makam hem emniyet makamı oluyor hem bizim arşivlerde saklanıyor. Zannedersen herkes rahatlıkla arşive ulaşmıyordur adli dosyanın herkes ulaşmıyordur rahatlıkla. Hani

mahremiyet olarak da konuştuğum hastayla anamnezini aldıktan sonra tutup da anamnezini belki tamamen oraya yazmıyorsun bir sadece şey yazıyorsun ilk anamnez karşılama formuna işte darp cebir yazıyorsun belki bunu biraz gizli tutmak gerekiyor. Ve yahut da mesela diyelim ki adli formların bir şifreli olması gerekiyor bir hekimin kendisinin gördüğü sadece sayfa anamnez sayfası onu rahatlıkla doldurabileceğiniz başkasının görmediği gibi bir şey olabilir. Çünkü biz burada mesela dolduruyoruz hemşire bakıyor hastanın her şeyini görebilir.” (ATA1-6)

“Adli vakalara zaten bizim dışımızda kimse açıp bakamıyor yani kullanıcı adınız kendimiz doldurduğumuz için bizim dışımızda farklı bir doktor bile olsa gelip o adli vaka formunu göremiyor sadece biz görüyoruz birde çıktısını polise veriyoruz onlar görüyorlar başka kimse göremiyor.” (ATA1- 8)

“Şimdi bu konuda taraf olduğunu düşünüyorsak bilgi vermiyoruz başka soranlara. Mesela telefonla arayanlar oluyor. Bu sadece kadına şiddetle ilgili bir konu da değil mesela trafik kazası oluyor ne bileyim darp oluyor. Telefonla arıyorlar hastaneyi, biz işte şu vatandaş hastamız bilgi almak istiyoruz. Bilgi vermiyoruz. İı o anlamda hani kaba tabirle dost musun düşman mısın nerden bileyim telefonun ucundaki vatandaşsın. İı onun dışında bu tanzim ettiğimiz adli raporları muhakkak polise veriyoruz. Hani hastaya bile vermiyoruz. Diğer nüshası hasta dosyası ve sistemde oluyor, bilgisayar ortamında. Onları da gene kendi elimizle yine hastaya veya yakınına vermeden arşive teslim ediyoruz. Sonraki süreçte arşiv onu ne kadar korur ne yapar onu bilemem. Veyahut polis ne kadar korur kendi uygulamasında bildiğim karşılığıyla hastaya tekrardan geri veriliyor. Hasta ne kadar korur bunları bilemiyorum ama kendi uygulamamızda biz hani riayet ettiğimiz şeyler bunlar.” (ATA4-1)

“Ee ben kendi şahsi olarak arkadaşlarımı tek tek uyarıyorum. Çünkü biz ekip olarak çalışıyoruz. Tanı, tetkik ve tedavi aşamasında sadece ben olmuyorum. İşte ee burada diğer doktor arkadaşlarımız oluyor bize yardımcı olan intörn arkadaşlarımız oluyor. Hemşirelerimiz oluyor, röntgen teknisyenimiz oluyor, güvenliğimiz oluyor. Arkadaşlarımıza öncelikle şey yapıyorum onları uyarıyorum. Diyorum ki "Bu olay

hassas bir mevzu. Bunun çok fazla konuşulmamasını istiyorum. Bu olay zaten gerekli yerlere iletildi biz işimizi yapalım.” (ATA4-6)

“Önce dediğim gibi fizik muayeneyi anlattım zaten. Anamnezle başlar işte fizik muayenesini yaptıktan sonra şiddete uğradığını kesinlikle bu mahrem bir konu aynı zamanda. Yani benimle birlikte muayeneye katılmış ve anamnezi dinlemiş olan hemşire dışında herhangi birinin bilmemesi lazım tetkikleri yardımcı biri asistanım varsa ben muayene ettiysem tetkikleri şu tetkikleri istiyoruz. Sonuçlar çıkınca bana bilgi verirsin şeklinde yürütüyorum o konu gidip başka bir şekilde hani böyle olmuş bundan bunu istiyorum vs yapmıyorum ki zaten böyle gelen hastaları intörn eğitim olarak da kullanmam.” (ÖÜ-6)

Uygun personel tayini;

“Öncelikle acil hekiminden başlarsak mesela iki kişiyle ilgileniyorsak bir kişiye zimmetli olmalı bu. Hasta mesela biz burada şuanda iki kişi çalışıyoruz. Bir adli vaka geliyor mesela trafik kazası bu normal olarak bende bakıyorum oda bakıyor ama bir aile içi şiddet olduğunda bence bir kişi olmalı bu hastayla ilgilenen sürekli. Çünkü hasta birkaç kişiyi görmekten belki rahatsız olabilir aradaki en tecrübeli kişi ilgilenmesi gerekiyor bu hastalarla. Daha çok daha doğrusu problem çözebilen çözme yeteneği daha fazla olan hepimizin aynı performansı olması beklemiyoruz zaten ama iletişimi en iyi olan o arkadaş.” (ATA1-6)

“Hemşire de ben özellikle o konularda mesela seçtiğim insanlar iletişimi iyi olan insanları seçerdim adli vakalarda muayene ederken de. Çünkü bazı insanların karakterleri bir birine uymuyor. Mesela yardımcı personelin birazcık ters konuşan konuşmasını çok karşısındaki insanları irrite edecek şekilde konuşabilen insanlar olabiliyor. Onlar bazısını bazısı var ki öyle bir şey yapıyor ki konuşmasına dikkat ediyor ki karşısındaki insanla daha iyi iletişim yani iletişim gücü yüksek insanların primer olarak ilgilenmesi gerekiyor.” (ATA1-6)

“Dediğim gibi muayene esnasında ben zaten bu genel bir kuraldır, ı bir yardımcı sağlık personeli, kadın bir yardımcı sağlık personeli alıyorum. Normal bir hasta geldiyse kendi hemcinsi yakınını da alırsınız, ama şiddet olduğu için daha açık

konuşmasını sağlayabilmek adına hiç bir yakınına almıyorum muayene odasına. Yardımcı sağlık, kadın yardımcı sağlık personeli ile muayene ediyoruz.” (ATA4-4)

Adli rapor tutma;

“Yani şöyle yapabiliriz o gün mesela şiddete uğrayan bayanın geldiği gün tabii her şiddette özellikle aile içi şiddette yani aile içi olmasa bile darp raporu düzenliyoruz darp raporlarının biz olabildiğince eksiksiz düzenlemeye çalışıyoruz. Ama bu işin adli bölümünde yeterince takip edilmediğini görüyoruz. Aile içi şiddette özellikle bayana karşı aile içi şiddette yani darp raporlarının bizden çıktıktan sonra adli olarak daha sıkı takibe tutulması gerektiğini düşünüyorum.” (ATA1-7)

“Hastayı bilgilendirme diğer medikal şeyleri haricinde hani bilgilendirme şöyle; olayın adli olduğunu ıı adliyenin bu konuda hani müdahil olduğunu, polise bilgi vereceğimizi, verdiğimizizi ya da işte bir rapor tanzim edip. Genelde de hastalarda şu oluyor yani ii verilen zararın, gördüğü zararın dökümente edilmesini hastalar istiyorlar. Iıı, en ufak bir yarayı bile hani yazılmasını istiyorlar. Sonrasında genelde bu hastalar hani bir mahkemeye gitme, efendim işte şikâyetçi olma gibi tutumları oluyor. Zaten bunlar olmuyorsa da genelde hastaneye de gelmiyorlar. Bu bildirim yapılacağı toplumda da zaten biliniyor. Iı bu konuda bir şeyi var toplumun farkındalığı var yani.” (ATA4-1)

“Şiddete yönelik tutulacak olan adli raporlara yönelik bizim uygulamamız, şiddetin fiziki bulgularını ilk tespit eden hekimin raporu tutması gerekmektedir. Hastayı ilk gören hekim adli rapor tutmadıysa sonradan gören hekim adli rapor tutmaktan imtina eder. Çünkü ikinci hekime kadar geçen süreçte darba ilişkin daha farklı lezyonların oluşması olasılığı bulunmakta. Bu değişen lezyonlar şiddeti uygulayan açısından daha farklı sorunlar da ortaya çıkarabilir. Yani şiddete uğrayan kişinin kötü niyeti ya da intikam alma duygusu şiddet gösteren kişiye daha farklı yansıyabilir. Böyle bir durum olduğunda ilk gören hekime yeniden hastayı göndermeyi tercih ediyoruz.” (ÖÜ-2)

“Adli rapor tutma sürecinde matbu evrakta bulunan tüm soruları yanıtlamaya çalışıyoruz. Şiddete ilişkin sağlıklı bir adli rapor tutulurken detaylı bir şekilde muayene

etmek gerekmekte. Bunun için hasta müsaadesi dâhilinde tamamen soyundurulmalıdır.”(ÖÜ-2)

Adli olgu bildirimini yapma;

“Şimdi öncelikle ıı hastanın tabii nasıl geldiğini konuşmuştuk ilk etapta. Bir yakınıyla mı, şiddet uygulayan kişiyle mi, arkadaşıyla mı veya tek başına mı? Bunlar ilk etapta bizim gözlemimiz oluyor. Eğer ki şiddeti uygulayan bir kişi yanındaysa öncelikle bunu adli kuvvetlere güvenliğimiz eşliğinde bilgilendirmek gerekiyor. Polislere bunun bilgisinin verilmesi gerekiyor. Daha sonra da adli tutanaklar düzenlenir işte tedavi vs. bunlar planlanıyor. Eğer ki hasta tek geldiyse bizim kendi hastane uygulamamız, ee hasta sadece rapor almak istiyor, sadece darp izlerini belgeye dökmek istiyor. Bazen öyle hastalarımız geliyor ki elimde belge bulunsun ben bunu istediğim zaman kullanabilir miyim diyen hastalar da oluyor. Yani bu hastalarda da polisi çağırmak açıkçası çok doğru gelmiyor bana.” (ATA4-6)

“Hastalar öncelikle triajda değerlendiriliyor ve şiddet ilişkin bulgular ve ifadeler bulunursa adli vaka olarak kaydediliyor ve adli rapor tutuluyor. Durum polise de bildiriliyor. Tetkikler yapılırken polisin tahkikat yapmasına da müsaade ediyoruz. Duruma göre de tedavi bittikten sonra da polise haber ettiklerimiz de oluyor.”(ÖÜ-3)

“Hayati tehlikesiyle alakalı bir şey bu. Yani sonuçta o da her hastaya anında bildirmek gerekiyor o ayrı ya o anki şey adli süreç böyledir ama genel pratik uygulama her yerde yoğunluktan dolayı hayati tehlikesi varsa hemen bildirip hayati yoksa hani onu acelesi yok taburculuk anında...” (ÖÜ-6)

“Zamanımı şeye göre hastanın normal olması gereken tedavi sürecinin tamamlanıp tamamlanmamasına göre karar veriyoruz. genelde çok çok hani acil gerektiren hukuki gerektiren işlemler yoksa işlem tamamlandıktan sonra raporla beraber polise yönlendiriyoruz ama atıyorum hastaya bir bıçaklama yada ciddi bir travma varsa ve hemen bunu kolluk kuvvetlerine bildirmek gerekirse onları erken bildiriyoruz.”(ÖÜ-7)

“Bence işte her vakanın bildirilmesi gerekiyor. Yani ben asla kimsenin saklaması taraftarı değilim zaten olmaması lazım da.” (ATA1-2)

“Bi kere adli vaka olarak girişi oluyor. Hemen polisin haberi oluyor bizim hastanedeki o şekilde sonra psikiyatriye konsülte ediyoruz adli vaka formu var onu dolduruyoruz. Eski alıştığım yerde şeylerde vardı polis yoktu polisi biz kendimiz arıyorduk onlar geliyorlardı bu kadına şiddet formu var aile içi şiddet formu onu dolduruyorduk. O sırada da adlisini doldurup daha sonrada eğer dediğim gibi yine tetkik tedavi gerekmiyorsa polis eşliğinde onlar görüşmeye gidiyorlardı emniyete gidiyorlardı yani.” (ATA1-8)

“Hastaların bilgilerinin gizliliği konusunda özen gösteriyorum. Tutmuş olduğum adli raporu kimseye vermeyip doğrudan hastane polisine teslim ediyorum.”(ATA4-5)

“Yani bildiğim kadarıyla kadına şiddet olgusunda eğer tekrar yani tekrarlı olmasa da ilk defa olsa da bu tarz vakaların buradan çıkarken sonuçta adli vakası tutuluyor polise bildiriliyor. Kendisi hani, bazı adli vakalar burada polise uğramadan direk gidebiliyorlar. Polisle görüşme yapmadan. Ben kendim hani bildiğim kadarıyla polise biz kendimiz bildiriyoruz. Polis gelip hani muayene odasında kendisiyle görüşüyor, bir şey istiyor mu hani yardım istiyor mu ya da karakola yönlendirme, ocuk koruma falan yani bu şey, korumaya yönlendirme açısından soruyorlar bildiğim kadarıyla. Onun için daha önce bir iki tane gördüğüm vakalarda ben kendim polise söylemiştim hani o gelip görüşmüştü. Yani bu tarz bildirim yapmak gerekiyor diye biliyorum hani koruma açısından.”(ATA4-8)

“Kendisine önce bu yaralanmalardan bahsederim. böyle böyle yaralanmalarınız var derim sonra adli kaydıma bu yaralanmalardan bahsederim eğer tedavisi gerekiyorsa tedaviye yönelik planımı izerim sonrasında da yine hastayı polise gitmesi için gönderiyoruz polis zaten kapımızda olduğu için hasta adli raporuyla polise gidiyor polis kalanını yapıyor adli sürecini.” (ATA1-4)

“Bütün adli bildirimlerde şey oluyor yani aslında. Hayati tehlikesinin olup olmadığı tespitinden sonra ondan sonra veriliyor yani. Bütün hepsi için aynı şey geçerli yani sadece bütün adli bildirimlerde hayati tehlikesinin olup olmadığı tespit edildikten sonra hemen yani bizim şöyle hani o hastayla ilgili tıbbi acil bakımımız bittikten sonraki süreçte...” (ÖÜ-4)

“Hastane dışı birimlerde bizim hastane polisimiz var direk olayı zaten bizim buraya adli vaka açıldığından itibaren sonra bizim hastane polisimiz hemen triyajımızın karşısındadır. Ona yazılı bir şey gidiyor eline hastanın bilgileri sadece yaşı soyadı ve darp trafik kazası neyse bu şekilde bir bilgi kâğıdı gidiyor. Zaten bizim polisimiz her hangi bir taburculuk veya tanı aşamasını beklemeden direk hastamızın yanına geliyor içeriye sadece darp değil trafik kazası gibi adli vakaların hepsinde olan bir gelip orda kendisi birebir hastayla görüşmesini yapıyor. Ondan sonraki süreçte de dediğim gibi biz direk kurum dışından buradan hastane sonrasında yaptığımız tek şey adli vaka raporuyla hastane polisi ondan sonraki süreci bizim burada hastane polisi yönetiyor.”(ATA1-10)

“Dediğim gibi en önemlisi hastanın tedavi aşaması ıı tetkik ve tedavi. Yani hastanın hayati, vital bulguları nedir? Hayati bir tehlikesi var mıdır? Veya tedavi edilmesi gereken bir durumu var mıdır? İlk etapta bu. Tabii bunları yaparken bir adli süreci de başlatmamız gerekiyor. Yani bunlar konuştuğumuz gibi sırayla olan değil hep beraber yürüyen işler. Mesela hasta gelip darp olduğu anlaşıldıktan sonra veya bu gözlemlendikten sonra bir yandan tedavi başlarken bir yandan da adli sürecin başlaması sağlanır. Bu konuda da hemen kolluk kuvvetlerine haber vermek e tabi gerekiyor.” (ATA4-6)

“Olgu bildirimini birincisi dediğim gibi hayati tehlike yaratan durumu varsa erkenden bildirim yapıyoruz. Yani bunu mutlaka hemen formlar dolmadan sözlü bir şekilde kolluk kuvvetlerine bildirim yapılıyor ama onun dışındaki her şey yazılı belge şeklinde yazılı belge olmayan hiçbir şey ya da kanıt olmayan hiçbir şey de zaten yazmıyoruz adli olgu bildirim formunda neler isteniyorsa ona dikkat ederek bildiriyoruz.”(ÖÜ-5)

“Polise teslim ediyoruz. O da direk olarak bağlı olduğumuz karakola bildiriyor. Bazen direk savcılıkla irtibata geçtiklerini hatırlıyorum.” (ATA1-9)

“Tek bir bildirim yapıyoruz. Tekrar söyleyeyim adli rapor açıyoruz. Adli rapor sonucu hastanenin güvenliği ve arşivi en yakın karakola ulaştırıyor. En yakın karakoldan birkaç polis arkadaş geliyor, hastanın örneğini alıp hasta eşliğinde eğer taburcu ettiyse karakola gidiyor.” (ATA4-4)

“Yani şöyle zaten direk şey sekreter gidip polise böyle böyle bir hasta var diyor. Yani başkasının haberi olmuyor o sırada yani diğer hastaların böyle bir hastanın adli vaka olduğundan haberi yok ya da ne olduğunu haberi olmuyor. Polis de dediğim gibi hastanın şey verebilme imkânı olduğundan kendisinin ifade verebilme imkânı olduğundan bizden onam alarak gelip bilgi alıyor. Ama bu sırada da dediğim gibi diğer hasta bazen işi bitmiş oluyor taburcu oluyor polis odasına alıyorlar onu o sırada bizim hastane polis odasında ya da hala ayağa kalkamayacak tedavi süreci devam eden ama konuşabilen bir hasta olduğunda onu da kendi yatağında alıyor zaten.” (ÖÜ-4)

“Evet, farklı olarak adli ayrı onu polise veriyoruz birde işte şiddet bildirim formu vardı onu dolduruyorduk onu kendi hastanemiz başhekimliğine veriyoruz onlar ilgili yerlerle görüşüp artık oraya bilgimi veriyorlar formumu gönderiyorlar tam o kadar ayrıntısını bilmiyorum ama Gazi’de hiç denk gelmediği için bilemiyorum buradakini.” (ATA1-8)

“...aynı zamanda bu şiddet mağdurunun her hangi bir sosyal desteğe ihtiyacı varsa sosyal hizmetler tarafından destek ihtiyacı varsa ve de aile sosyal politika bakanlığından ilgilendiren destek ihtiyacı varsa o zaman sosyal hizmet görevlimiz var onunla paylaşıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Aslında bunla ilgili sistematik sadece kâğıtla alakalı olmamalı, form doldurma olayı olmamalı. Bu, kadına şiddet olayıdır, belki kurum amirinin de haberi olması gerekiyor bu konuda belki. Hani durumu bunla ilgili basın basına bu konuyla ilgili birebir şey anlamında değil de işte şiddete olan şey arttırma amaçlı. Mesela bir şiddet vakasının tamamen magazinsel kısmı değil de, şu şöyle oldu bu böyle oldu değil de, işte şu kadar şiddet vakası geliyor bunla ilgili bir çalışma yapılabilir. Bu kadar şiddet vakası bu bölgede bizim hastanemize bu kadar şiddet vakası geliyor, başhekimlik ve yahut da kurum yöneticileriyle konuşulup bunun belki bir çalışmasını yapılabilir.”(ATA1-6)

Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların Şiddet Gören Kadınla İletişim Engelleri Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddet gören kadınla iletişim engeli	Kadına ait engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Kadının kendini kapatması - Kadının yeniden şiddete uğrama kaygısı - Kadının korkusu - Kadının bilgi düzeyi - Kadının iletişim yeteneği - Kadının güvensizlik hissetmesi - Kadının anlaşılmadığı hissine kapılması - Kadının güvende hissetmemesi - Kadının utanma duygusu - Şiddet uygulayanı koruma duygusu - Alkolün etkisi
	Acile ait engeller	<ul style="list-style-type: none"> - İzole ortam olmaması - Kalabalık ortam *Sırada bekleyen hastalar *Sıra bekleyen hastaların aciliyet anlayışı *Sırada bekleyen hastaların tepkisi - Hastaya ayrılan zaman kısıtlılığı - Uzun bekleme süresi - Acilde yeni şiddet olgusu - Uygun olmayan ortam - Acil yoğunluğu - Uygun olmayan fiziki şartlar - Güvenlik problemi - Hekimin güvenlik kaygısı - Daha acil hastaya müdahale etme gerekliliği
	Şiddet ile ilgili engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddetin büyüklüğü - Şiddetin süresi - Şiddetin türü
	Kadın çevresindeki kişilerden kaynaklı engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Eşinin tutumu - Hekimin tecrübesizliği - Şiddet kaynağının yakınlığı - Hasta yakınlarının saldırgan tutumu - Hekimin yorgunluğu - Tanıdık sağlık personeli - Kadının yakınlarının varlığı - Ortamda yabancı kişilerin varlığı - Hekimin cinsiyeti

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddet gören kadınla iletişim engeli bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Kadına ait engeller;

“Mesela sadece görünen hani kısa bir muayene olabilir ve ya kadın kendini çok kapatmışsa hani hiç konuşmuyorsa o olabilir...”(ATA1-1)

“...bu yaşadığı olayları ağrısı dindikten sonra tekrar yaşayacağını öngörüyorsa o zaman bizimle olan iletişimi zayıflıyor...”(ATA1-4)

“Mesela ben hastayı anlatmaya çalışıyorum bir şeylerin o hasta tam tersine korktuğu için manipüle etmesi olayı sürekli manipüle etmesi hani en çok o etkiler bence. Şey açısından iletişimi o kötü etkiliyor. Çünkü hasta korktuğu için iki taraf içinde korku oluyor bu iletişimi çok etkiliyor. Diğer şartları bir şekilde sağlıyorsunuz mesela diyelim ki acil muayene odasından alıp hastayı cerrahi odasında bizim cerrah odasında hani ses gitmesin diye rahat ifade etsin diye onu sağlayabilirsiniz ama hastanın bu kendisine primer olarak faktör kendi aslında. En çok etkili olacak kişinin kendisi bu iletişimi sağlayacak olan da kendisi.”(ATA1-6)

“Fiziksel olumsuzluk hastane şartları ve acil departmanı nezdinde çok fazla oluyordu ve doğunun kendine has problemleri olduğu için muhtemelen kadında hani tekrar gene olacak korkusu, şikâyet edersem şöyle olur korkusu ile yeterli anamnez vermiyordu.”(ATA4-4)

“...kadından kaynaklanan durumlar var kadının bilgi düzeyi, kadının iletişim yeteneği bu tarz durumlar var.”(ATA1-11)

“Tekrar güvensizlik bir. Yani güven ortamını yaratamadıysam ben orda her şey olabilir. Hasta acil servise girerken ben başka biriyle karşılıklı tartışıyorumdur, hiç alakası yoktur hastayla...”(ATA4-2)

“Şu şekilde oluyor darp eden veya şiddet uygulayan hasta yakınının hastane çevresinde veya bekleme salonunda olması hastanın bize vereceği hikâyeyi büyük anlamda değiştiriyor. Onu bir kere sağlamaya çalışıyoruz onun dışında zaten direk yanında olması zaten hikâyeyi tamamen değiştiriyor. Yanında olmadığı esnalarda bize

söylüyor, bir de kendisini anlayabileceği bir insanın yanında olmadığını düşündüğü esnada bize hikâyeyi anlatmadığını gördüm.”(ATA1-9)

“İletişimi etkileyen olumsuz faktörler. Hmm, hastanın korkusu belki. Bu bir olumsuz faktördür. Hani güven duymadıysa, güven verememek hastaya. Gelmedi başka bir şey aklıma.”(ATA4-8)

“Korku utanma duygusu olabilir yani. Hani sonuçta burada bir şiddete uğradın şey oluyor yani kişinin kendisi ‘ben şiddete uğradım’ söyleyebilmek çok kolay değil herhalde. İki korku olabilir hani böyle bir şey olduğunda işte adli mercilere ulaşacağını bildiği için bundan sonra tekrar bir şiddet göreceğini öngörüsü olabilir kişide. Yani ondan dolayı söylemiyor olabilir ya da kendi kendine bunu yani inkâr eden kişiler de olabilir. Mesela benim iki tane karşılaştığım yaşlı teyze uyurken yataktan düşmüş gözü morarmış. Uyurken yataktan düşmek ne demek diyorum? Yani sadece uyurken yataktan düşsen gözü morarmaz bir insanın ya da ‘uyurken olmuş bilmiyorum’ gibisinden ifade eden olabiliyor. Orda hani bunun doğru olmadığı belli ama hani kim kimle yaşadığını sorgularsan mesela sadece oğlumla yaşıyorum diyen birisi var, olabilir mi, yapabilir mi ona yapabilir yani. Hani şey olarak ama onu tabi suçlamak istemiyor belki primer yakınını işte adli mercilere gitmesini istemiyor ya da evlenmiş tekrar yapılacağını korkusu yani daha da şiddetlisinin gelebileceğinin korkusu. Belki bir kısmı zaten gelmiyorlar yani öyle her şiddete uğrayan kişi de gelmiyor ki.”(ÖÜ-4)

“Mesela bazen alkollü oluyor, hiç hani güvenlik vs kavga gürültü hiç konuşulamaya biliniyor.”(ATA1-1)

Acile ait engeller;

“Bu tür şeylerde kesinlikle izole bir odamız yok yani tek kişilik bir odamız yok. En az üç kişilik odalar orada da hastalar kesinlikle böyle bir şey anlatmıyor. Birde bu fiziksel şiddet olguları genellikle cerrahi müdahale dediğimiz odaya gider orası da zaten on kişilik falan çok da orda anamnez almak mümkün değil yani.”(ATA1-8)

“Hasta izole edilmediyse daha da içine kapanıyor. Konuşmuyor ve tedaviye katılımı zorlaştırıyor. Bunun bir sonucu olarak da yaklaşımımız zorlaştırıyor. Ama vaka özelinde de değişiklik gösteriyor.”(ÖÜ-2)

“Kalabalık bir ortamda kesinlikle konuşmaz hiç kimse. Çok yakınında başka bir hasta yatıyorsa ya da çok yakınında başka bir gerekirse doktor olsun. Çok yakınında başka birisi varsa ııı kesinlikle bahsetmezler hastalar başlarına gelenlerden. Hatta tam tersini söyleyen bile var. 2 dakika önce başına geleni söylüyor, yanına birisi geldiği zaman hayır öyle bir şey olmadı diye söylüyor. Söylenmesini istemeyen de var. ıı bu vakaların genellikle izole bir ortama alınması ve izole gerçi izole ortama alıp da korumasını yine sağlamak lazım. ıı kesinlikle yani %100 daha rahat iletişim sağlanıyor. İzole ortamda. Kalabalık ortamda ya da yakınında birisi varken asla açılmıyorlar.”(ATA4-2)

“Eğer hastane aşırı kalabalık, kümes kadar bir muayenehane ortamında, giren-çıkanın belli olmadığı bir yerde muayene ediyorsak eğer o kadının ağzından hiç bir şey alamayız ve hiç yardımcı olamayız. Ama geniş bir odada birebir veya bir kadın refakatçi veya kadın hemşire refakati eşliğinde hastaya güven veren bir muayene yapabilirsek kesinlikle daha rahat bir sonuç alınacağını düşünüyorum Ama şunu ekleyeyim genel olarak Türkiye acillerinde aşırı bir yığılma aşırı bir hasta popülasyonu olduğu için mutlaka bu tür olgular atlanıyordur yani mutlaka atlanıyordur.”(ATA4-4)

“Kalabalık olması yani sırada bekleyen çok insan olması sırada bekledikçe sorun çıkması hastaların genellikle acil ortamların izole çok olmaması.”(ATA1-3)

“Ama acil servislerin kronik problemi en önemli olumsuz etkileyen şey acil servislerin kronik problemlerinden kastım şu herkes kendinin acil olduğunu düşünüyor. Kimse neyin daha acil olduğunun farkında değil. Hani bunda giriş yaptırmasından beklediği süreye kadar değişen bir skalası var yani hepsi etkili ve ya tedavi süresinin değişmesine kadar bir skalası var. O sırada mesela siz o şiddete uğrayan hasta ile ilgilenirseniz işte benim başım ağrıyordu benimle kimse ilgilenmedi deyip yazı yazıp hani sizi mağdur edebiliyorlar ya onların azalması daha çok ilgilenmeyi sağlayabilir diye düşünüyorum.”(ATA1-5)

“Şiddete uğrayan bir hastayı muayene ederken diğer hastaların kendi durumlarını daha acil olarak belirtmesi ve muayene önceliği tanınmasını talep etmeleri şiddete uğramış kadın hastam ile iletişimimi olumsuz etkiliyor elbette. Şu da

bir gerçek ki acilde karşılaştığım kadına şiddet vakalarında acilde tedavi edilecek kadar kötü bir tıbbi duruma neredeyse rastlamadım.”(ATA4-5)

“Hani şu an bulunduğumuz hastane çok kalabalık bir hastane değil, sizinle rahat konuşabiliyorum. Ama birçok yer böyle değil siz de onu biliyorsunuz zaten. Şimdi ben burada şiddete uğramış kadınla konuşurken dışarda, ‘içerdeki hasta hala çıkmadı, ne yapıyorlar bu kadar uzun?’ diye sürekli seslerin gelmesi, orda bir bağırtının olması görüşmemin daha kısa olmasına sebep oluyor mesela. Belki daha uzun konuşacakken... Daha az zaman ayırmama sebep oluyor bence daha az zaman ayırmama sebep oluyor yani daha uzun sorgulanabilir belki. Bilmiyorum o kişiye ne kadar yarar ama onu anladığımı, ona yardımcı olmak istediğimi daha güzel dile getirebilirim belki. Ama dışarda bekleyen bir sürü hastanın olması, bunu sürekli duyuyor olmak o görüşmeyi daha kısa tutmama sebep oluyor bence.”(ATA4-9)

“Hasta ile iletişimimi etkileyen ilk olarak zamanın kısıtlılığı diyebilirim.”(ATA4-5) “Acil servis yoğunluğu, bu çoğu hastada aslında sıkıntı yani yeterli zamanı ayıramıyoruz o bir kere olumsuz etkiliyor. Zamandan öte bazen hani bu konsültasyonun şeyini kişiden kişiye görüntüleme işi laboratuvar tetkiği sonucu bekleme işi yine bunlarda olumsuz şekilde etkiliyor bence. Görüşmeleri bir zaman, giriyor insanlar hani bir an önce aslında tedavisini olup gitmek şeyindeler. Çok fazla istemiyorlar hastanede kalmak. Bu süreçte ve tabi konsültasyon, tanısı, tedavisi yapılırkenki süreci olumsuz etkiliyor. Uzuyor ister istemez bu yoğunluk içerisinde bazen hastalar bu gözlem sırasında başka bir şiddet olgusu oluyor hani tartışma bağırış çağırış ben yine ajitasyonlar artıyor. Sonuçta yani gene hep aynı yere geliyoruz bu tarz darp şiddet vakalarının aslında kesinlikle izole bir yerde takip etmek bence daha olumlu olur.”(ATA1-10)

“Yani mesela bir hanımefendiyi bekletmiştim. Bekletme nedenim, hani ilk önce bilgi verdim ve konuştum. Bak dedim seninle tekrar konuşacağım, raporunu onun için tamamlamıyorum. Beni bekle, kaşelemiyorum dedim. İçeride sıkıntılı hastam var ona gidip geleceğim dedim. Mesela o hastayı beklettim. O hastayı bekletmek benim çok hoşuma giden bir durum değildi mesela. Çünkü o hastanın bir an önce o ortamdan ayrılması gerekir. En azından mesela bize, personel açığı

kapanmış olsa veya bu hizmeti verecek hastanelerde birisi olsa direk mesela o bilgiyi verir ve hasta hastaneden hızlıca taburcu olur, gider.”(ÖÜ-8)

“Ortam kalabalık olabilir en, başta zaman kısıtlı olabilir. Hani hızlı geçiştirmek biran önce hani söyleyip şey yapalım diğer hastaları gidelim mantığı olabilir bu çok acillerde de olabilir hani zaman ayıramamak ve yeterli hasta görüşmesi için baş başa görüş falan olmayabilir en önemli şey bu.”(ÖÜ-7)

“Yani uygun ortam burada bir sıkıntı. 11, işte dört tane sedye var bir tanesinde bu hasta var diğer üçünde üç tane erkek hasta var veya işte aynı ortamda bir tane de şiddete meyilli bir sarhoş var. Bunları çok dediğim gibi fiziki şartlar gereği izole etme şansımız olmuyor. Bunlar tabii negatif şeyler. Zamanınız ne kadar bu da şey hani hasta belki biraz zaman istiyor, biraz belki ben sürekli böyle makineli tüfek gibi sürekli soru sormamam gerekiyor. Cevap vermesi için zaman tanımam gerekiyor. Her zaman onu sağlayamıyoruz. Genelde bunların bize başvuru saatleri de hep gece saatleri olur. Yani 11 böyle bizim kendi içimizde prime time diye tabir ettiğimiz gece 10 ile 2 arası gibi genel başvuru saatleri öyle oluyor. 11 o saatlerde de hani dediğim gibi ortamımız çok fazla uygun olmuyor ki düzgün düzgün soru sorup konuşabilelim.”(ATA4-1)

“11 şu anda ee çalıştığım hastanede fiziksel ortam olarak çok bir olumsuz faktörüm yok açıkçası dediğim gibi hastalara daha geniş vakit ayırabiliyorum. Ama yine Van nezdinde bahsedeceğim olumsuz faktörler şunlar oluyor tabii ki, orada perdeler ve paravanlar çekilmiş 2-3 tane muayene odamız oluyordu hani bir odada konuşup yandakinin %100 duyabileceği bir ortamda konuştuğumuz için fiziksel şartlarımız çok olumsuzdu birincisi. İkincisi Doğuda kadına bakış daha farklı olduğu için kadının ağzından şiddet olduğunu almak zaten deveye hendek atlatmak oluyordu. Günlük hasta sayısı 1000’in üzerinde olduğu içinde o kadınla ister istemez 30 dakika vakit geçiremiyorduk yani mutlaka atlıyoruzdur hani. Fiziksel olumsuzluk hastane şartları ve acil departmanı nezdinde çok fazla oluyordu ve doğunun kendine has problemleri olduğu için muhtemelen kadında hani tekrar gene olacak korkusu, şikayet edersem şöyle olur korkusu ile yeterli anamnez vermiyordu. Birçok olumsuz faktör sayabilirim yani.”(ATA4-4)

“Hastanın size bu tip bir şikâyetini belirtebilmesi için biraz mahremiyet olması lazım. Hastanın daha sessiz ve sakin bir ortamda sizinle iletişime geçmesi lazım. Ama bu her zaman olmuyor. Acil servisin kalabalığı içinde tahmin ediyorum, hastalarımızın bir kısmı bu tip bir şikâyeti varsa da belki bunu belirtmek amacıyla gelmiş olsa da bunu belirtemeden giden hastalarımız da olabilir.”(ÖÜ-9)

“Ee, acil servislerde maalesef güvenlik de her zaman yeterli olmuyor. Yani acil serviste hastalar veya hasta yakınları girerken bunu her zaman kontrol etme şansınız mümkün değil. Hastayla beraber hasta yakını giriyor ve çıkmıyorum dese de çok fazla şansınız olmuyor yani bu sefer sağlıkçıya şiddete dönüyor iş. Onun için aslında bu tip hastaların daha rahat ifade edebilecekleri ortamların oluşturulması şart. Dediğim gibi yeni yapılan acil servislerde bu tip görüşme odalarda yapılıyor.”(ÖÜ-9)

“İletişimi etkileyen olumsuz faktörler biraz önce bahsettiğim gibi mesela kendi güvenliğimizi sağlayamıyorken, yani kapı kapalı olsa da, arkasında sürekli birisi dolaşırken çok güven veremiyorsunuz. Onun dışında sonuçta acil servistesiniz ama acil serviste birçok hastamız var takip ettiğimiz. Bu hastalardan herhangi birinde oluşabilecek akut bir şey olduğunda o görüşme yarım kalıyor. O zaman da yine çok güven vermemiş oluyorsunuz. Normalde o görüşmenin bölünmemesi gerekir, ama bizde, o sırada kötü bir şey geldiğinde ya da kalbi duran hasta geldiğinde herkes diğer odaya toplanmak zorunda olduğu için bu güvensiz ortamlar oluşturuyor.”(ATA4-10)

Şiddet ile ilgili engeller;

“Mesela sadece görünen hani kısa bir muayene olabilir ve ya kadın kendini çok kapatmışsa hani hiç konuşmuyorsa o olabilir, şiddetin boyutu büyükse hani durumu kötüyse belki o olabilir öyle başka aklıma gelen bunlar.”(ATA1-1)

“Olumsuz faktörler hastanın şiddeti hangi sürede yaşadığı ve ne tarz bir şiddet yaşadığı bizim için önemli. Akut yaşanan stresi hızlı anlatır fakat kronik bir stres ya da üzerinden uzun zaman geçmiş olan bir stresse ya da psikolojik bir stresse bunu anlatmakta hasta biraz daha zayıf kalıyor.”(ATA1-4)

“Vücudunda üçüncü derece yanığı olan bayan vardı. Kocasını kaynar suyu üzerine dökmüştü görüntüsü baya üzücüydü. Şoktaydı yani çok böyle sözel bir ifade

alamadık hem acının şoku olabilir hem de korkunun şoku olabilir kişiden kocam yaptı falan ifadesini alamadık. Ama komşuların da verdiği ve evde zaten başka yapabileceği kimsenin olmamasından dolayı kocası tarafından biz ifadeyi net ifadeleri çevresel şeylerden aldık kişi kendini anlatamadı.”(ATA1-12)

Kadının çevresindeki kişilerden kaynaklı engeller;

“Şey olabilir eşinin tutumu olabilir.”(ATA1-1)

“Hep insanlarla içli dışlı olan yerler olması yani benim açımdan yeni başladığım için tecrübesizlik olabilir bu da zorlayabilir hani bize bu konuda bize az eğitim veriliyor olması dediğim gibi tecrübesizliğe bağlayabiliriz bu şekilde yani.”(ATA1-3)

“Kalabalıksa mahrem sırlarından kesinlikle bahsetmiyor. Yanında şiddete maruz kaldığı bir güç varsa yani kocasından ya da bir şiddet gördüyse kocası yanındaysa şiddetle alakalı hiçbir olaylar anlatılmıyor ya da o kişiye şiddet uygulayana bu bilgilendirmeyi yapacak birisi varsa yine aynı şekilde kişi açılmıyor.”(ATA1-4)

“Aklıma gelen en çarpıcı örnek; ii bir tane hastam, yüzünde morluklarla gelmişti. Ne olduğunu, şikâyetinin ne olduğunu, nasıl olduğunu sorduğumda bana ıı bu konuda düştüğünü ifade etti. Ama tabii ki yaralanmalar düşmeyle oluşabilecek yaralanmalar gibi değil darp yaralanmalarına benziyordu. Fakat yani ıı yanındaki beyefendi ısrarla düşme olduğunu söylemişti. E tabi bu konuda biz yani gerekli girişimleri yapmaya çalışsak da dediğimiz gibi yani bu sadece bizim elimizde olan bir şey değil. Karşı tarafında belki buradan sonraki yaşantısında yaşayabileceği problemleri düşünerek kendi kaçar gibi gitti hastaneden.”(ATA4-6)

“Bazen öyle oluyor ki hasta yakını, muhtemelen şiddeti uygulayan kişi de olabilir bu, hastanın yanından çıkmak istemiyor. Bu da ciddi anlamda problemlere yol açabiliyor. Yani hastanın belki de kendini ifade etmesini engelleyebilir o yanında bulunan kişiler.”(ÖÜ-9)

“Hasta yakınlarının sürekli yani saldırgan bir tutum içerisine girmeleri. Acil serviste hasta yakınları olabilir benim de korkmamı sağlayan faktörler mesela ben hani hastayı muayene eden kişi olarak gelip tehdit edebilir yakını. Siz işte bu raporu böyle tutmayacaksınız böyle yapacaksınız diye tehdit edebilir.”(ATA1-6)

“Bizimle ilgili bizimle işte gece uykusuz olmamız mesela yorgun olmamız o anki psikolojik durumumuz belki bizimde hani şeyimizi etkiliyor hastayı ikna edebilme hastayla iletişim kurabilme ya çok yorgun oluyoruz acil serviste çoğu zaman genelde bu vakalar gece geliyor yoğun bir zamana da denk gelebiliyor.”(ATA1-6)

“Birincisi ilk başlarda anlattığım gibi dış etkenlerin hastayla muayene sürecine girmesi bu dış etkenlerden kastım sağlık personelleri küçük bir yerde çalıştığınız zaman insanlar birbirini tanıyor yani sağlık personelleri o hastayı tanıyor olabilir ve bu süreçte onlardan haberdar olması yani...”(ATA1-7)

“Benim anlatmak istediğim bir öykü vardı şimdi. Çok ismi bende olsun açıklamak istemediğim bir hekim arkadaş. Bayan hekim arkadaş. Bize baş parmaktaki ağrı, kapiya çarpma, zorlama şikayeti ile gelmişti. Onu muayene ediyorduk muayene ederken de öyküyü alıyorduk. Nasıl olduğu yani duygu durumuyla, baş parmaktaki anlattığı öykü uyuşmuyordu. Hani biraz daha üzerine şeyle izinle arkadaş doktor bir arkadaş olduğu için farklı birimde çalışan doktor bir bayan arkadaş biraz daha bu nasıl oldu bu bak böyle mi ilginç derken, öyküyü derinlemesine sorarken ağladığını gördük, ağlayınca da kaldırdığımda gözünün morunu fark ettik. Makyajla kapatmış. Bu da eş de erkek hekim olan bir çiftin şeyiydi. Karı koca doktor bir çift. O biraz bizi unutmuyorum evet kendini makyajla kapatmıştı.”(ÖÜ-7)

“Şu şekilde oluyor darp eden veya şiddet uygulayan hasta yakınının hastane çevresinde veya bekleme salonunda olması hastanın bize vereceği hikâyeyi büyük anlamda değiştiriyor. Onu bir kere sağlamaya çalışıyoruz. Onun dışında zaten direk yanında olması zaten hikâyeyi tamamen değiştiriyor. Yanında olmadığı esnalarda bize söylüyor bir de kendisini anlayabileceği bir insanın yanında olmadığını düşündüğü esnada bize hikâyeyi anlatmadığını gördüm.”(ATA1-9)

“Yani III, çünkü III, yanında hani bir aile yakını, birisi varken II bazı şeyleri hani biz de söyleyemiyoruz ve onlar da söyleyemiyorlar. Baş başayken daha rahat oluyorlar. Daha rahat bir ortam oluyor. Onun için genellikle hani baş başa yapmaya çalışıyorum. Aile yakınlarını genellikle çıkartıyorum.”(ATA4-3)

“Olumsuz faktörlerden bir tanesi, eee hastanın yanında gelen şahsın varlığı. Bu sadece bir erkek ve yahut şiddeti uygulayan kişi anlamında demiyorum. Belki bir

yakın, belki bir arkadaşı, belki ona destek olmaya çalışan bir insan, en önemlisi o. Belki hasta onun yanında kendini güvende hissediyor olabilir ama duygu durumunu bazen yanlış da aksettiriyor olabilir. Olan semptomlarını baskılıyor ya da arttırıyor da olabilir. Bence en önemlisi hastanın tek başına bir hekim ve yardımcı sağlık personeliyle bunun da mümkünse bir bayan yardımcı sağlık personeliyle olması en uygunu.”(ATA4-6)

“Yanıdaki başka aile bireyleri olması, bu bireylerin konuşmaya müdahil olmak istemesi; ya da hastanın dikkat çekmek için biri beş yaparak, olayı agrave ederek konuşması hastayla iletişimimizi olumsuz bir şekilde engelliyor.”(ATA4-7)

“Şu anda acil servislerin kalabalığı olumsuz etkiliyor. Yani, yanında başka bir kişi varken size hikâyesini, hastalığıyla ilgili, olayla ilgili hikâyeyi anlatmaktan imtina edebiliyor.”(ÖÜ-9)

“Benim yaşadığım bir şey yok özellikle. Ama şöyle, eğer genital veya cinsel saldırı ile ilgili bir şey varsa hastalar bazen kendi hem cinslerine daha rahat bilgi verebiliyorlar. Ama bu genelde şeyde oluyor bu alt sosyo düzeyde olan kişilerde olabiliyor. Eğer bunu hissedersen, bunu hissedersen buna da saygı gösterip daha rahat öykü verebileceği arkadaşına yardım etmesi için görevlendiriyorum.”(ÖÜ-7)

Tablo 4.10. Araştırmaya Katılanların Şiddetle Mücadelede Engeller Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddetle mücadelede engeller	Hekime ait engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Hekimin önem vermemesi - Hekimin görevi olmadığı düşüncesi - Hekimin görevini yapmaması *Bildirim yapmama *Hastanın talebiyle hekimin şiddeti gizlemesi - Eğitim eksikliği *Etik eğitim eksikliği *Yetkin olmama *Şiddet görüşmesi eğitimi almaması - Tecrübe eksikliği - Bildirime ilişkin bilgisizlik - Hekimin güvenlik endişesi - Bilgilendirmeye ilişkin bilgisizlik - Olgu yönetme güçlüğü *Psikiyatrik yönden *Hukuki yönden - Hastayı geçiştirmek - Şiddet tanısı koyamama *Sadece fiziksel sorunlara yönelmek *Ruhsal değerlendirme yapmamak *Psikosomatik bulguları ciddiye almamak *Farkındalığın olmayışı *Hastanın talebini beklemek *Şiddeti değerlendirmede yetersizlik *Şikâyete yönelik değerlendirme *Şiddet görüşmesi yapmayı bilmeme *Şiddetin yönünü sorgulamama - Kurumsal olanaklardan haberdar olmama - Başka hastalarla olan problemi yansıtmama - Sosyal desteğe yönlendirmemek - Risk değerlendirmesi yapmamak - Konunun üzerine gitmeme - Lezyonu değerlendirmede yetersizlik - Hekimin yetersizliği - Hastane sonrası süreç için çözüm üretmememe
	Kadına ait engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddeti gizleme *Hazır öyküyle gelme Başkasından akıl alma Gerçeği söylememe - Kadının şiddet çözümünde isteksiz oluşu *Kadının kendini tehlikede hissetmesi *Zamanında sağlık hizmeti almaması *Şiddetle mücadelede yalnız kalma kaygısı *Ölüm korkusu *Kadının kimsesiz oluşu

		<ul style="list-style-type: none"> *Kadının şiddeti kabullenmesi *Olayın sorumlusu olarak gösterilmek *Kadının şikâyetçi olmaması *Yeniden şiddete uğrama korkusu - Adli rapor isteyip bildirim istememe *Şiddet uygulayanı tehdit amaçlı *Adli delil toplama amacı *Bildirim istememe - Kadına ait iç ve dış dinamikler *Kadının kültürel özelliği *Kadının sosyoekonomik düzeyi *Kadının yetiştirilme tarzı *Kadının utanması *Kadının eşine karşı tutumu *Kadının sisteme güvensizliği - Adli rapora gerçeğin yazılmasını istememe - Şiddetin görünür olmayan etkisini söylememe
	Acile ait engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Hekimin güvenlik sorunu *Hekimin tehdit edilmesi *Hekime şiddet - Personelin güvenlik sorunu - Kalabalık ortam - Kısıtlı imkân - Hasta yoğunluğu - Uygun olmayan tıbbi birim - İzole oda eksikliği *İzole ortam sorunu *Mahremiyet sorunu *Cinsel saldırıda mahremiyet sorunu *Ortamın kötü ses yalıtımı - Aile bireylerinin varlığı - Hekimin sayıca azlığı - Zaman kısıtlılığı - Sıra bekleyen diğer hastalar - Fiziki ortam yetersizliği - Acil servis politikası eksikliği *Hekimin vicdanına kalması - Polise ulaşma sorunu - Daha acil hastanın tedavi önceliği - Acilde şiddeti saptama güçlüğü - Hastayla iletişim kurma güçlüğü - Kadına yönelik aile içi şiddet kayıt formu olmayışı - Acil servislerin mücadelede yetersiz kalması - Kurumsal yetersizlikler *Eğitim eksikliği *Bilinçlendirme eksikliği *Sosyal hizmet biriminin destek olamayışı - Veri tabanı uygulama sorunu

	Topluma ait engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Toplumsal algı sorunu - Kadının korunamaması - Toplumun yapısı <ul style="list-style-type: none"> *Kaçarak evlenme *Boşanmaya karşı kültürel yapı *Erken yaşta evliliğe teşvik *Aile tehdidi *Kadının ailesinin tutumu *Kadının yetiştirilme tarzı *Kadını zorla evlendirme - Okuma geleneğinin olmaması - Şiddet uygulayanı kontrol edememe <ul style="list-style-type: none"> *Tekrarlayan şiddet
	Politika düzeyinde engeller	<ul style="list-style-type: none"> - Mevcut sağlık politikasının acil yükünü azaltamaması - Kurumsal politika olmayışı - Yasal düzenlemelerde yetersizlik <ul style="list-style-type: none"> *Eşe yaptırımında yetersizlik *Caydırıcı cezaların olmayışı - Adli mercilerin görevini yerine getirmemesi - Şiddetle mücadelenin hastaya bırakılması - Çok ayaklı çözüm üretememe - Nedenleri ortadan kaldıramama - Etkili olmayan yöntemler - İdarenin bildirim yapan hekime karşı sorgulayıcı tutumu - Sosyal hizmetlerin yetersizliği - Şiddetle mücadelenin kurumsal olarak sürdürülememesi - Medyadaki provokatif haberler - Hastane öncesi alanda sağlık personellerinin güvenlik sorunu

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddetle mücadelede engeller bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Hekime ait engeller;

“Evet, kadınla, kadın ayıldıktan sonra, işte baygın gelmişti alkollüydü o gelen adamla birlikte acili izinsiz terk edip gitmişlerdi. Biz de bir şey yapamadık.”(ATA1-2)

“Olabilir %20 falan vardır yani. Daha geçen nöbetimde vardı mesela elim ağrıyor diye geldi. Sorguladım nasıl oldu falan, filme gitti geldi ondan sonra söyledi. Yani şey olduğunu bir ı şiddet sayılır mı bu mesela emin değilim eşiyile kavga ediyorlar sinirden elini vuruyor oluyor. Bana travma yok demişti. Evet, 1 kişi direkt ona

saldırmamış ama kavga nedeniyle elini vurmuş onun ağrısıyla geldi mesela. Ama ben o bir yere mi vurunuz çarptınız mı biri mi vurdu dediğimde hayır yok demişti. Filme gidip geldiğinde söyledi ben ona tekrar 2.'ye sormadım. Söylemese mesela o gidecekti.”(ATA4-9)

“Ya mümkün değil. Hani ben birçok meslektaşımı biliyorum mesela. Ben uzun uzun konuşmaya çalışıyorum kendi adıma ama birçok meslektaşım raporu verdim, hukuki olarak yapmam gerekenler bitti deyip gönderiyor. Mesela bu hekim arkadaşların mutlaka konuşup, ne tür durumlarla karşılaşacağını, nereye şikâyet etmesi gerektiğini ve korunma yollarını o adamdan söylemesi gerekir.”(ÖÜ-8)

“Yani bence bizlik çok fazla bir şey olduğunu düşünmüyorum. Ben daha çok kanunlarla şeylerle ilgili olduğunu düşünüyorum.”(ATA1-2)

“Tabi evet dış kapıda çalıştığım zaman yaşadığım hiç unutamıyorum olay ordaydı aslında. Kulak burun boğaz ihtisası başlangıcında bir hanım efendi genç 30 yaşlarında gelmişti. Gene şey burun üstünde kesisi kanaması mevcut. Acil servise başvurmuş Dışkapı hastanesinde herhangi bir adli vaka falan açılımı yoktu. Hasta normal epistaksis+nazal fraktür konsültasyonu gelmişti yukarı gönderildi. Hasta eşiyile birlikte hasta geldiğinde ağlıyor biraz ajite de bir durumdaydı. Biz içerde iki hekim arkadaş hanımefendiyi aldık, oturttuk, muayene şeyine yakınlarına kapının önünde beklettik. Kadın ağlıyor pek bilgi vermek istemiyor falan. Muayene bulgumuz deprese hani çökük fraktür bir şeyle vurulduğu çok belli. Hani ekimotik alanları var yüzünde, tırnak izleri var, boğazında morluklar var. Böyle olunca biz bunu dedik adli vaka olması gerekiyor. Bu bir darp bu bir suç isterseniz bunu acille görüşüp şeye çevirebilirsiniz hani bilgisini verdik hastamız kabul etmedi beyan dışı şeklinde oldu bize hocam ne olacak bir hafta sonra gene.”(ATA1-10)

“Gerekir tabii aslında. Gerekiyor tabii gerekiyor. Ama tabi yoğunluksam, özellikle yaşlı hastalarda tabi kadın dışında da şiddetle ilgili konuşuyoruz ya. İşte hani birçok yaşlı istismarı da oluyor sonuçta yaşlı hastalar da şüphelendiğimiz zaman adli rapor tutmak lazım ama yapmıyoruz yoğunluktan.”(ATA4-9)

“Vardır o, o an gaza gelip hastanın gazına gelip hani yapmayın söylemeyin falan diye vardır. Bence özellikle de yeni hekimseniz daha böyle kurallara göre değil

de duygulara göre hareket eden hekimseniz vardır. Bence yani mutlaka bayan özellikle de vardır yani olmaması gerekiyor.”(ATA1-2)

“Bence bunu için bize bir eğitim verilebilir mesela yani. Hani çünkü çok eksik böyle bilgim yok benim hiç yok yani. Sadece öyle duyduğumuz şeyler tam olarak ne yapılacağı hakkında çok fazla bir fikrim yok yani. Sadece adli vaka işte yazıp onun raporunu tutup polise haber vermeyi biliyorum başka bi şey bilmiyorum hani bu konu hakkında belki eğitim verilebilir yine böyle büyük şehirlerde.”(ATA1-2)

“Bir de bizim eğitimimizin daha iyi olması Türkiye de çok eğitim verilmiyor verilse de üstün körü. Lisans düzeyinde de kurum düzeyinde de çalışılan çok üzerine durulmuyor verilmiş olmak için veriliyor diyelim.”(ATA1-3)

“Sistematik olarak nasıl yapılacağına dair bilgim yoktu şimdiye kadar. Ama buradaki eğitim biraz daha akademik olduğu için muhtemelen onunla ilgili de çalışmam gereken noktalar vardır. Onları araştıracağız ama ilk yaptığım bu eskiden yapmış olduğum şeylerde kıdemlimizden bir önceki nöbet tuttuğumuz kişilerden öğrendiğimiz kadardı onların eksik olduğunu da düşünüyorum.”(ATA1-4)

“Eğitimim yani aldıysam bile hatırlamıyorum. Tabi bir eğitimim olsa daha muhtemelen daha iyi görüşebilirim herhâlde. Hani eksiğin ne olduğunun çok fazla farkında değilim onu anlatmaya çalışıyorum. Evet, acil servisin bir fiziksel işte yoğun olması ve ortamın çok uygun olmamasının dışında kendi adıma da hani neyi belki de sormadığım birçok şey var ama neyi sormadığımı bilmiyorum şuanda.”(ATA4-9)

“Her zaman değil, yani değil. Bu zamanla kazanılan bir durum. Gördükçe kazanılan bir durum. Dediğim gibi herhangi bir fakültede buna yönelik, kadına şiddete yönelik bir eğitim verildiğini bilmiyorum. Çocuğa şiddet konusunda daha çok eğitim veriliyor. Ee, belki yaşlıya şiddetle ilgili de daha fazla eğitim veriliyor ama kadına şiddetle ilgili bir eğitim alınmıyor.”(ÖÜ-9)

“Tabi tıp fakültesinde sonrasındaki dönemlerde bizim hizmet içi eğitimlerimiz ve kurumda yapılan eğitimler arasında tekrar bir etik eğitimi gibi bir şey olmadı yani tekrarını etmedik diğer konularda çok fazla eğitimler oluyor. Ama etik konusunda deontoloji konusunda eğitimlerimizin eksik olduğunu düşünüyorum..”(ATA1-4)

“Daha önce hiç yapmadım. Açıkçası bu konuda çok yetkin olmadığımı düşünüyorum. Böyle şeylerin de bazen faydadan çok zarar da getireceğini düşünüyorum. Çünkü kuracağınız yanlış bir cümle farklı mecralara gidebilir. O yüzden mantıklı davranıp hastanın anlamsız bir şekilde zarar görmemesine çabalıyorum.”(ATA4-6)

“Yok spesifik bir eğitimimiz yok. yani onla ilgili spesifik bir bilgi yok.”(ÖÜ-7)

“Deneyimler, daha çok tecrübe yoluyla veya işte ön görüsel olarak, bu hastada bir aile içi şiddet durumu söz konusu olabilir. Ee, bu hasta için ne yapabiliriz diye, bizim en yapabileceğimiz şey şu aşamada bunu adli makamlara işte, hastane polisine bildirmek oluyor.”(ÖÜ-9)

“Eğitim var ve tecrübeye zamanla oluyor.”(ATA1-3)

“Daha çok dediğim gibi vücudunda çeşitli darp izleri vardı. Benim daha çok kaygım adli rapora bunları ne kadar doğru aktarabiliyorumdur. Mesleğe yeni başlamışız acaba bir kırık vs. atlayacak mıyım? Daha çok o tarz şeylere yönelmiştim.”(ATA4-1)

“Benim aslında belki de bununla ilgili biraz daha eksik olmam olabilir. Yani birçok şeyi bilmediğimi düşünüyorum ya işte mesela aile içi şiddet formu dediniz dimi? Öyle bir şeyin varlığından bile haberim yok hiç görmedim. Bunlar etkiliyordur yani. Eğer bunları biliyor olsam oradaki o formda neler var bilmiyorum ama o formdaki şeylerde muhtemelen görüşmeyi de daha olumlu etkileyecek şeylerdir.”(ATA1-4)

“Açıkçası bu yoğunlukta aklımıza gelmiyor. İkincisi mor çatıyla irtibata geçebilmemiz için neler yapmamız gerektiğini bilmiyoruz. Yani doktordan oraya başvuru çok doğru olmayabilir. Bunun analizinin yapılıp, neyin ne olduğu öğrenilip ondan sonra mor çatıyla irtibata geçmesi gereken bir kurum veya bir yapılanma olmalı diye düşünüyorum. Özellikle hastane üzerinden. Mesela sosyal güvenlik uzmanları hastanelerde aktif olarak çalışabilirse, bu konuda belki bir bağlantı sağlayabilirler diye düşünüyorum.”(ATA4-7)

“Ama bunun için yeterli güvenliğimiz var mı diye sorarsanız güvenlikten kastım şey açısından kendimi şahsi güvenliğimiz açısından diye. Çünkü ben tek başıma bir

doktorum en fazla iki hekim nöbet tutuyoruz. Ya hani genel kişi sayısı belli. Buradaki güvenliklerin yapabileceği kapasite belli hani ben siz kadına yönelik şiddet uygulamışsınız hadi bakalım sizi şikâyet ediyorum dediğim zaman o şiddetin bana dönmeyeceğinin bir garantisi olduğunun düşünmüyorum burada.”(ATA1-5)

“Güvenli derken kolluk kuvveti muhakkak yakınlarda bulunmalı. Çünkü bu şiddet olgularında kadına şiddet olduğu kadar bizlere de şiddet oluyor. Yani bu olayın aile içinde kapanması gerektiğini düşünen erkekler yoğunlukla zaten uygulanan şiddet örtbas etmeye çalıştıkları gibi bizden de örtbas etmemizi istiyorlar ve buda bizim üzerimizde hem baskıya neden oluyor hem de çok sağlıklı değerlendiremememize neden oluyor.”(ATA1-7)

“Ya zaten imm bizim acil servisimizde zaten çok öyle bir güvenlik gibi şey yok. Yani kendi güvenliğimizi sağlayamıyoruz ki hastanın güvenliğini de sağlayamıyoruz..”(ATA4-3)

“Tabi bilgimiz sınırlı hani kadına şiddet konusunda kadının haklarını çok net bilmiyoruz ama dediğim gibi yoğunluk çok oneli bir belirleyici onun dışında tabi verilmesi gereken eğitim var mıdır? Tabi ki bu konuda en azından bizlerinde bilgilendirilmesi iyi olur ama açıkçası hem bilgimiz yok hem de yoğunluk çok olduğundan bu konularda girişim yapmıyoruz.”(ATA1-7)

“Sadece bir şeyler anlatmakla yetiniyoruz. Anlattığımız şeylerde dediğim gibi eğitim almadığımız için bu konuda eğitimsiz birinin verebileceği, bir komşunun verebileceği bilgiden öteye geçmiyor. İı sadece güvence verirken söylerse biraz daha en azından kendinin ilerde rahat edeceğini söylüyoruz. O kadar.”(ATA4-2)

“Ona bilgilendirme yapabilmem için benim bunları net bir şekilde bilmem gerekiyor. Ben bunları net bir şekilde bilmediğim için hastaya bilgilendirme yapamıyorum. Sadece bir yerlere başvur diyorum ya da polisin bunları bildiğini varsayarak hastayı polise yönlendiriyorum.”(ATA4-7)

“Tıbbi yönden düşünüyorum ama dediğim gibi diğer yönlerden hukuki ve tıbbi yönünden sadece psikiyatrik kesimi dışındaki yönlerinde. Yoksa psikiyatrik olarak ve hukuki olarak yönetebileceğimi açıkçası düşünmüyorum ama sadece tıbbi yönden yönetebilmek onu düşünüyorum.”(ATA1-7)

“Daha çok fiziki şartlar diyelim. Eğer önünde hani yüz kişiye baktığımız bir hastanede çok böyle odada yoksa izole konuşabileceğimiz çok ta zamanımız yoksa o zaman olay çok geçiştirmeye girer yani hani direk dediğim gibi mesela burada oluyor.”(ATA1-8)

“Vallahi o konuda aslında çok onu fark edebileceği mi zannetmiyorum ne yalan söyleyim. Bu süreçte bu koşturmada kronik dediğim gibi hani fiziksel bulgusu yoksa hastanın böyle bir beyanı yoksa da bunu yakalayabileceğimi çok şuan için zannetmiyorum en azından.”(ATA1-10)

“Ne zaman şiddet olduğunu düşündüğümüz zaman adli vaka yapıyoruz. Bunu belki biraz şeyler de yapamıyor olabilir. Mesela fiziksel şiddet yoksa duygu durum bozukluğuyla ilgili gelen kişi size bunu ifade etmiyorsa yaşadığı olayı hani işte anksiyete veyahut da bir somatizasyon bir şey bulamadığımız zaman da hani bildirmek güç olabiliyor elimizde. Ama öyle durumlarda da kişileri mutlak adli mercilere başvurması gerektiğini ifade ediyoruz.”(ÖÜ-5)

“Yani o dönem için olmamıştı. Dediğim gibi hekimlik sorumluluğu açısından. O zaman için tek derdim varsa bir kırığı vs. bunları yakalamak, tespit edebilmek, bunları adli rapora doğru bir şekilde aktarabilmektir.”(ATA4-1)

“Ruhsal değerlendirme noktasında işin açığı hasta bize eğer ben intihar edeceğim gibi çok ciddi bir beyanda bulunmuyorsa biz o konuda çok fazla eğilmiyoruz.”(ATA4-1)

“Ama olduğu zaman düzgün fizik muayenesiyle birlikte adli raporu doldurmamız lazım. Onun haricinde bizim eksliğimiz olduğu düşünüyorum. Bu darp durumlarında hastaların ruhsal veya psikolojik durum değerlendirmesini çok fazla yapmıyoruz. Bence bizim eksliğimiz bu ve bu hastalara psikiyatrik destek sağlamak faydalı olabilir. Bu konuda onlara yardımcı olmak gerekebilir. Gerekli yerde zaten kendimiz konuşup söylüyoruz.”(ATA4-7)

“Çok değerlendirme yapmıyoruz işin açığı. Yani somatizasyonla, konversiyon bozukluğuyla vs. gelen hastalarda işte bi şekilde biz hastayı rahatlatıp acil servisten gönderme noktasındayız. Yani objektif olayım bu konuda açık konuşayım. Belki çok fazla yoğun işte hani fizyolojik rahatsızlıkla dışında fiziksel rahatsızlıklar dışında onlar

bizde belki bilinçaltımızda hastalık gibi de kabul edilmiyor gibi. İı onları daha çok hani bir şekilde rahatlatıp diyoruz ki işte, yarın psikiyatriye görün ya da psikiyatriye görün şu zamana kadar gibi önerilerle gönderiyoruz. Özellikle hasta bize bir şeyler anlatmadıysa. Anlattıysa da duruma göre psikiyatrik konsültasyon ya da gene adli bildirim vs. yaptığımız oluyor.”(ATA4-1)

“Yani benzer yaralanmayla, benzer şeyle gelen başka bir vakadan çok fazla farkı yok. O konuda bir farkındalığım olduğunu söyleyemem. Atıyorum işte İııı, sağ gözün üzerine yumruk yemiş bir İı kadın diyelim ki eşinden yemiş. Başka bir kadında sağ gözünün üzerine bir şey çarpmış. Kazada ne bileyim işte trafik kazasında kapıya çarpmış gibi. İkisi arasında dediğim gibi çok fazla şey olmuyor. İkisinde de adli rapor tanzim ediyorum. İkisinde de bildirimde bulunuyorum. İkisi de benden farklı bir şey talep etmediyse ben farklı bir yola gitmiyorum. İııı, çok fazla bu anlamda farkındalığım var diyemem yani. Farklı bir yöntem izliyorum diyemem.”(ATA1-4)

“Toplantı odası. Bu toplantı odasını, burada görüşmelerini yaparlar. Ama dediğim gibi hasta bizden talep etmiyorsa biz hasta mahremiyeti ile ilgili yahut hastayı biraz daha konuşturayım altından neler çıkacak bakayım gibi çok fazla şeyimiz yok çabamız yok.”(ATA1-4)

“Şöyle ki yani burada ki sosyal destek işte sosyal hizmetler uzmanını ben biri söyleyince öğrenmiştim. Mesela işe başlarken bana kimse tutup da briefing vermedi bu konuyla ilgili. Belki o tarz şeyler olabilir. Belki bunları hakikaten bütün devlet hastanelerinde ya da ne bileyim illerde ilçelerde bu konularla ilgili bakması için istihdam edilmiş sosyal hizmetler uzmanları ne bileyim işte psikologlar vesaireler varsa bunlar anlatılmalı işte hekimlere. Şuralara şuralara bilgi verilmek durumunda gibi.”(ATA1-4)

“deneyimle oluşan bir şey. Sosyal hizmetlerin kesinlikle gelip bana bir brifing vermesi lazım geldiğim zaman ben böyle bir eğitim almadım kurumda böyle bir şey burada var mı onu bile bilmiyorum. Şuan da vardır muhakkak bir X görevli Y görevi olarak atanmıştır.”(ÖÜ-6)

“Hı hı. Yani bu yaklaşık 30-40 saniye önce yaşadığın kötü bir olayı bir sonraki vakaya aktarmama konusu çok profesyonelce hani çok profesyonellerin başardığı bir

konu. Arada sırada biz de yapabiliyoruz. Arada sırada yapabiliyoruz sadece. Ama genellikle bizim bir sonraki vakaya geçmek için 5-10 dakikaya ihtiyacımız oluyor. Her zaman kavga dövüş olmak zorunda değil. Bu birinin size meydan okuması olabilir, söylediğiniz şeye inanmaması olabilir. İki küfür olabilir yani vatandaşlarla her hangi bir çarpışma-çatışma yaşadınız. Düşünsel sözel ya da fiziksel fark etmez. Bunların hepsi kesinlikle etkiliyor. Hatta hepsi bütün o gününüzü etkiliyor. Hem iş yerinde hem işten sonra. Bir sonraki vakaya genellikle geçirmemeye çalışıyorsunuz. Ama siz ne kadar geçirmesenz de genellikle hastalar aynı ortamda oldukları için bir birlerinden etkileniyorlar. Kimi zaman iyi kimi zaman kötü etkileniyorlar. Birçoğu zaman bir diğer hasta şey diyor hocam haksızdı sen şey yapma rahat ol diyor. Genellikle böyle bir yaklaşımımız var. Her zaman hocam sen haksızsın dedikleri olmuyor. Ondan sonra dediğim gibi kesinlikle biz etkilenmesek bile etraftaki vakalar etraftaki hastalar etkileniyor böyle bir durumda.”(ATA4-2)

“Eğer bu aile içi darpsa veya benzeri bir şey ise; polisin haberi oluyor belki ama eğer hastanın kendisi de bunu istiyorsa sosyal güvenlik çalışanlarına da bu konuları bildirmek faydalı olabilir. Sonuçta mor çatı dediğimiz bir organizasyon var ama bu organizasyonu aktif olarak kullanamıyoruz. Belki biz de insanları oraya yönlendirebiliriz.”(ATA4-7)

“Hayır. Yani her zaman bu potansiyel, bir defa uğradıysa yeniden uğrama ihtimali vardır. Ama bununla ilgili bir acil hekimi olarak görev, bir şey yapabiliyor musunuz diye... Yani o konuda, ee, çok fazla bir şansımızın olduğunu söyleyemem çünkü acil servisin yoğun kalabalığı içinde bu kadar hastaya, bu tip özel şeylerin bildirilmesi her zaman mümkün olmayabilir.”(ÖÜ-9)

“Yani hani böyle ciltteki yarayı bereyi ayırt edebilirim belki ama onun dışında edebildiğimi düşünüyorum ama belki de edemiyordumdur bilmiyorum o kadar hakim değilim yani.”(ATA4-9)

“Kişinin kendi söylememesi ve bizim o öyküyü çok fazla derinleştirmememiz. Eğer kendisi söylemediyse, eğer ben belki şüphelendiysem sorarım mutlaka ama hayır yok dediyse çok da üzerine gitmem. Vardır o yüzden kaçan kesinlikle vardır.”(ATA4-9)

“Şiddetin akut ve kronik belirtilerini çok fazla ayırt edemiyorum. Yalnız fiziksel lezyonların akut ya da kronik olarak tahmin edebiliyorum. Acilde ruhsal değerlendirme ciddi anlamda yapamıyoruz. Sadece bilinç durumunu değerlendiriyoruz. Daha detaylı değerlendirmeye vaktimiz olmuyor Zaman zaman da psikiyatri uzmanını konsültasyona çağırıyoruz.”(ÖÜ-3)

“Rutin olarak aile içi şiddet sorgulamıyoruz. Zaman kısıtlı olduğu için şikâyeteye yönelik değerlendirme yapıyoruz. İhtiyaç dâhilinde ise şiddete ilişkin sorular yöneltiyoruz.”(ÖÜ-3)

“Aile içi şiddet görüşmesi nasıl yapılır bilmiyorum. Standart görüşmeler özelinde bildiklerimizi uygulamaktan öteye geçmiyor yaptıklarımızı.”(ÖÜ-3)

“Hekimler şiddet tanısı koymakta yeterli değil. Şiddete ilişkin semptom ve belirtilerde hekimler ısrarla üzerinde durmazlarsa tanı koymaları zorlaşmaktadır. Fiziksel olmayan bulgu ve semptomların varlığında şiddet olgularını yönetmek hekimler için çok zordur. Böyle durumlarda hasta şiddete uğradığını belirtmediği müddetçe şiddet tespiti yapılamaz. Hastanın şiddete uğradığını söyleyebilmesi için de hekimin ısrarlı bir şekilde üzerinde durması gerekir.”(ÖÜ-3)

“Fizik muayene bulguları sizi yönlendirebilir. Ama akut mu kronik mi bunu ayırt etmekten ziyade acil servis zaten adı üzerinde bize akut sıkıntılar geliyor. Biz akut sıkıntılara bakıyoruz normal şartlarda ama sizin fizik muayene bulgunuza göre farklı yaşlarda lezyon görüyorsanız ya da hasta kendi söylüyorsa ya da daha öncesinden ne bileyim hani bir farklı farklı bölgelerinde kırıklar söylüyorsa falan hani sizin aklınıza gelebilir ama öbür türlü daha önceden de kronik midir şey midir onu bilemeyiz yani hani.”(ÖÜ-4)

“Şeyde de hani bundan sonra işte şeyde de sıkıntı nasıl söyleyim ikilemler yaşanmıyor değiliz. mesela kocası tarafından dövülmüş birisi eğer kocası tarafından getirilmiş ise bize ya da yanında eşi de varsa sonrasında bunu taburcu edeceksiniz herhangi çok büyük bir sıkıntısı yok bir iki saat sonrasında taburculuk planlanan bir hastayı kocasıyla eve göndermek hani ne kadar doğru. Doğru değil ama bizimde yapabileceğimiz o konuda onu da bilemiyorum yani bu kadıncağızı yani bu darba uğrayan kişiyi şiddeti uğrayan kişiyi şiddeti yapan kişiyle aynı eve göndermek aynı

yaşam koşullarına göndermek doğru değil. Ama doktor olarak ne yapabiliriz onu bilmiyorum açıkçası doktorluk kısmından sonraki kısımda ne yapabiliriz? Çünkü şey yani poliste o bildiğim kadarıyla hani kolluk kuvvetleri de alıp da korumuyor yani sadece şikâyeti oluyor ifadesini alıyor imzasını alıyor bırakıyor ama burada hayati tehdit eden bir şey varsa tabi her halde şey muhtemelen karşıdaki kişiyi bulabilirlerse çünkü hayati tehlike önemlidir. Adli raporda adli raporda hayati tehlike verildiği takdirde karşıdaki bunu yaptığı ön görülen kişi varsa onun her halde savcılık tarafından haberdar ediliyor ve eğer yakalanabilirse yakalanıyor. Ama öbür türlü hayati tehdit etmeyen bir durumda sanmıyorum ki karşı taraflarla ilgili bir şey yapılsın bir işlem adli bir işlem yapılsın daha doğrusu polisinde bir yetkisi olmadığını düşünüyorum o konuda.”(ÖÜ-4)

“Yani şimdi, sözel şiddet için işin açıkçası acil serviste herhangi bir işlem yapamıyoruz. Yani bunun için eğer kişinin o anki psikolojisi çok bozuk değil veya intihara eğilimli gibi bir durumu yoksa veya ciddi bir psikolojik bir problemle gelmemişse bunları genellikle acil servislerde, zaten karşılaşmıyoruz da, karşılaştık da yapacak bir şeyimiz olmuyor. Belki hastayı biraz sedatize edip adli birimlere yönlendirme gibi uygulamalarımız olabilir.”(ÖÜ-9)

“Kimden şiddet gördüğünü sorgulamak açıkçası bizim işimiz değil. Yani bir hastayı şiddet görmüş olabilir. Ama kimden şiddet gördüğünü sorgulamak yani merak amaçlı ya da şey amaçlı sorulabilir ama bence hani doktorun işi olduğunu düşünmüyorum kimden şiddet gördüğünü sormak.”(ÖÜ-4)

Kadına ait engeller;

“Yani adlisini tutarım gerekli yerlere haber veririm tedavisini yaparım hani bunun sonuna kadar giderim onun gizlemesi şiddete maruz kalmadığını göstermiyor yani onu yapılması gerekenleri yaparım.”(ATA1-2)

“Bir de çok ifade edilmiyor aslında. Şiddet gördüğüm insanlar her zaman çok ifade etmiyor.”(ÖÜ-4)

“Yani şey daha çok eşi tarafından dayak yiyen hanımlar oluyor şuan çok spesifik bir adı aklıma gelmiyor. Ama genel yaklaşımlarından bahsedebilirim onların

hani çok spesifik konu olarak aklıma gelmediği için genellikle gelmeden önce uygun bir öykü ile geliyorlar. Düşünölmüş bir öyküyle geliyorlar mekanizmayı doğru düşünüp söylemeye çalışıyorlar bunu ya kendileri bulmuş oluyor yada birileri akıl vermiş oluyor, ama uygun bir travma mekanizması bularak geliyorlar. Yaralanmalarına gerekçe olabilecek ve hesap etmedikleri şeyler oluyor. Tabi o yaralanmalar hakkında bilgi verirken diyelim ki işte kişi aslında sol elini kullanıyor ama işte tam ters elle ilgili bir şeyler var yaralanma kullandığı sık eliyle ilgili değil de öteki eliyle ilgili daha çok savunma yaralarıymış gibi görünen. Mesela el içi çizikler diyelim ki yada işte bir şey yaparken bir iş yaparken olduğunu söylediği yaralanmaların o işle olmayacağına dair fizik muayene bulguları saptıyorsunuz. Örneğin ya da birden fazla sistemi ilgilendiren problem olabiliyor yani bir kişi işte hayatı ile alakalı düştü o bölgede hasar olmasını beklersiniz. Ama kişinin işte şu sisteminde de bu sisteminde de sadece kas iskelet sisteminde değil aynı zamanda diyelim ki idrarında da aynı zamanda işte gözünde de aynı zamanda işte göğsünde de morluk vs başka şikayetler gibi birden fazla sistemi ilgilendiren bulgusu var ise bütün bunlar şüpheyi uyandırıyor ve onun üzerine öykünüzü yaşatabiliyorsunuz ve genellikle de ekseriye tutum önce reddetmek. Ama eğer samimiyetiniz ve güvenirlere ise ve onlar için oluşturduğunuz birebir baş başa görüşme ortamını kullanabilirse eğer, o zaman evet size anlatacağım böyle böyle diye anlatıp, ama lütfen aramızda kalsınla biten cümleler oluyor genellikle.”(ÖÜ-1)

“Yani şöyle birincisi konuşmasını engelliyor yani ya bana şunu yaptı değil de işte hani bizim halkımızın genel tabirinden bahsedeyim işte hiç kimse ben yumruk yedim demez kafamı duvara çarptım der yani. Ben şundan şundan dolayı oldu fiziksel şiddetten bahsediyorum burada. Diyemez de işte şöyle olmuş yanlışlıkla şöyle oldu, bu oldu vs gibisinden hani o yuvarlak cümleleri gerçekten riskli olup olmadığını hissettirecek aşamaya getirebilecek kadar tecrübeli olduğumuzu düşünmüyorum o yüzden yani.”(ATA1-5)

“Yani sonuçta, bu biraz daha çok hastanın güvenli anamnez vermesine bağlı. Sonuçta o kadar güzel, yani birçok hastam oldu, o kadar güzel rol yapabiliyorlar ki. Yani şiddete maruz kalmış hastalar için söylemiyorum. Ben muayene ederken gayet normal olup 5 dakika sonra uzmanım muayene ederken çok daha patolojik

muayeneler saptadığımız da oldu. Hani bu sonuçta bizim elimizde olan bir şey değil. Hasta ne kadar güvenli bir şekilde anamnez veriyorsa veya muayene veriyorsa ona göre şey yapıyoruz, yönlendiriyoruz.”(ATA4-10)

“Şimdi özellikle yüz bölgesinde ee şakak bölgesinde ve kulak bölgesinde ekimozları vardı. Ee vücudunda muhtelif yerlerde de ekimozları vardı yani morlukları vardı hastanın. Bu konuda nasıl olduğunu sorduğumda ilk etapta bana düşmeyle ıı bu hale geldiğini söyledi. Bense bunun düşmeyle oluşmayacağını, olayın farklı bir boyutunun olup olmadığını ıı birazcık daha uygun bir dille sordum aslında. Fakat muayene esnasında ben, bir hastane personelimiz bir hemşire olarak, yardımcı personelimiz olarak sağlık personeli. ıı odadaydık fakat hasta yakını hemen kapının dışındaydı. Bunun tabi adli bir süreç olduğunu anladık. Sonrasında ifade etti bize darp olayı olduğunu. Bu konuda biz adli giriş yapıp gerekli mercilere bunu bildirip, hastayı en azından hastane şartlarında ilk etapta koruyup, tedavisini üstlenip daha sağlıklı bir şekilde göndermek istiyorduk. Fakat hasta yakını eşi de olmadığı halde anlamsız bir gerginlik ee girişte bu olayın adli olarak kabul edilmesine pek kabul etmedi. Adli olarak açılmasını pek kabul etmedi. Güvenliğimiz geldi vs. Ama tabi ufak tefek şeyler oldu biz olayların ıı yeri gelip düşmelerin bile adli vaka açılabileceğini, bu durumda da adli vaka açıyoruz biz her türlü durumda açabiliriz dememize rağmen hastaya muhtemelen orda ruhsal bir travma da yaşıyor. Bir baskı altına alıp hastayı, hastanın kaçarcasına ağlayarak gittiğini gördüm ben. Ben kendisine polisi de çağıracağız buraya, ıı yani ona bir güvence de verdik hastane içerisinde ama tabi şöyle bizim sadece burada verdiğimiz güvenceyle veya polislerin buradaki vereceği güvenceye muhtemelen güvenemediği için hasta gitti. Ama giderken de defalarca defalarca söylememe rağmen, gereken neyse yapılır dememe rağmen ağlayarak gittiğini gördüm hanımefendinin. Çok üzül müştüm yani o olay birazcık beni etkilemişti.”(ATA4-6)

“İkinci olarak diyorum işte bak böyle bir numara var buraya başvuruyorum. Ya ama ben başvurursam ya kocam duyarsa, ikinci nokta bu. Burada bayanların korunabilirliği, kendi can güvenliklerinin emin olması çok önemli. Mesela benim yine yaşadığım bir şey asistan olduğum dönemde üst kat komşum hanımefendi bariz

anlamda şiddet görüyordu eşinden. 183'ü ben aradım böyle böyle bir durum var kadın dayak yiyor dedim yani. Neyse polis ekipleri geldi ben de alt kattayım. Polis ekipleri çıktı zile bastı ben de bir yandan binada dinliyorum konuşmayı, kulak kabarttım. Kadın ben şikâyetçi değilim şiddet yok dedi ve polis ekipleri gitti gene dayak yedi. Trajik bir hadise.”(ÖÜ-8)

“Kendilerini öyle hissettiklerini düşünüyorum çünkü hani dediğim gibi o tehlike yaratan, tehlikenin kaynağı kocası, başka birisi falan. Ya genelde dışarda bekliyor oluyor ya evde bekliyor oluyor. Hani belli bir süre içerisinde gelip gitmek. İşimi halledeyim haber vereyim gelip gideyim başım belada diye uğradıkları acilde de işleri görülüyor büyük ihtimalle. Acil servise çünkü her zaman fiziksel şiddet için başvurmuyorlar. Aynı bahsettiğimiz gibi daha çok bunu bildirmek için başvuruyorlar. Çünkü emniyete başvurmaktansa acile başvurmak daha az suçmuş gibi geliyor kendilerine. Çünkü evdeki yine aynı şeyi yapacak ya da dışardaki yine aynı şeyi yapacak. Emniyete başvurursa daha büyük başı belaya gireceğini hissediyor bence. Acil servislerde bunla alakalı bir şey olması lazım bir uyanıklık olması lazım. Yoksa bu vakalar genellikle kötü sonlanıyor yani öyle.”(ATA4-2)

“Yani acil serviste zaten genellikle karşılaşıyoruz. Yani birçok kadın zaten anında gelmiyor. Genellikle 3-4 gün sonrasında işte 1 hafta sonrasında geliyor. Yani o geldiğinde fiziksel olarak hani görünür bir şiddet şeyi çok da olmuyor zaten 1 hafta sonrasında geldiği için çok bir şey göremiyorsun. Yani bir hani fiziksel morarma olsun kızarıklık olsun.”(ATA4-3)

“Fiziksel şiddet ve darpta hemen zaten şahıs kendi diyor böyle ben eşimden şikayetçiyim diye ama psikolojik şiddette genel olarak ıı yarım yamalak konuşup adli açtırmak istemeyen ki muhtemelen bunun temelinde de tekrar geri eve gittiğim zaman dayak yiyeceğim veya işte mobbinge uğrayacağım ve bu adli süreçte yalnız kalacağım, koruma alamayacağım, ne de olsa burası Türkiye ceza yemeyecek eşim kafasında olduğu için muhtemelen ağzından cımbızla çekerek ee oluşturduğum vakalar oldu psikolojik şiddette. Ve birçoğu kendi isteğiyle ret ee imzalayarak hastaneyi terk ettiğini söyleyebilirim olayın uzamasından korkup.”(ATA4-4)

“Yani yaşlı istismarı, yaşlı şiddeti ayrı. Onlar hani özellikle 75 yaş ve üstü terk edilmiş vakalar oluyor hani huzurevlerinden falan geliyorlar onun kendine hayrı yok zaten hastaların. Ama kadında böyle bir durum var. ‘Amaan hocam şikayet etsem ne olacak.’ ve muhtemelen ölüm korkusu var yani. Düşünsenize şikayet edip sonuç almadığını görse şikayet edilen adam daha bir agresif oluyor ve o adam bir şey olmayacağını biliyor kendine. Sonuçta böyle bir algı var bence.”(ATA4-4)

“Ama her zaman maalesef bu böyle olmuyor. Bunlar yapılması gereken şeyler ama sonuçta 30 yaşında bir bayan geldiği zaman, adli açılmasını kabul etmiyor veyahut işte daha sonrasında işte tehdit aldığını söylüyor, beni öldürür diyor. Bu gibi durumlarla karşılaşıyoruz işte devamlı. 30 yaşındaki bir insanı da zorla sen burada kalacaksın deyip tutmak da olmuyor.”(ATA4-6)

“Yani şey, bu eşyle şey değildi, eşinden şiddet görme değil komşularıyla alakalı şiddet görmesi vardı kadının hani. Eşi hapisteymiş zaten. Ee, kimsesi yoktu. Çağırarak hiç kimsem yok dedi. Hani polis de numara bulamadı. En son bulduğu numarada da ben dedi görüşmek istemiyorum kimseyle dedi. Çünkü daha fazla şeyler gelecek başıma dedi. Kadına bir şey yapamadım ve kadın çekti gitti yani kimseye bir şey söylemeden. Biraz da o etkilemişti.”(ATA4-8)

“Bunun adli bir süreç olduğu ve haklarını koruyabilmesi için bana anlattıklarını bir psikologla bir sosyal hizmet uzmanıyla veya adli mercilerle paylaşması gerektiğini eğer bu paylaşımları yaparsak haklarını korumak adına seçeneklerinin neler olduğunun ona anlatılacağını buna göre doğru bir yöntem bulunabileceğini anlatıyor olmamıza rağmen ekseriyesi bu seçeneklerden uzak durmaya çalışıyor. Evet, sizinle paylaşıyor ama bu paylaşımın arkasından gelebilecek olan süreçleri reddediyor. Çünkü onun arkasından gelecek süreçler muhtemelen ona daha ağır ya da onlara daha ağır geliyor dolayısıyla onları da yüzleşmek ya da bir karar vermek ya da mücadele etmek yerine durumu yok kabul etmeyi tercih edebiliyorlar.”(ÖÜ-1)

“Hatta bir hastam vardı, dindar hani, dindar dediğim daha mutaassıp giyinimli bir hanımefendi. Eşi de gayet mutaassıp görünen beyefendi bir karakter. Mesela o benim için trajik bir olaydır. Adama şey dedim, ya dedim hani kadınla ilk konuştuk. Sen okumuş etmiş adamsın, bak sakalın var dedim. Kur’an okumayı da biliyorsun, nasıl

yaptın bunu dedim. Hani bu kadar net söyledim. Böylesine kızdım. Hocam dedi o benim karım. Lan dedim karın olması sana bunu hak mı veriyor dedim. Böylesine konuştuk. Hani bana karşı gayet saygılı adamdı. Sonra eşikle tekrar konuştum. Hocam diyor, herkese saygılı ama evde başka bir adam bu diyor. Ama mesela gene trajik bir noktadır, ben adli raporunu verdim. Polise de durumunu bildirdim. Hani kadının dava açtığını çok zannetmiyorum. Hani kadercilik olduğu için bizde genel olarak, eşim, kaderim, başıma geldi mantalitesi bir kör düğüme saplandırıyor bizi.”(ÖÜ-8)

“Etkiler tabi sonuçta çok mahremde bir konu olduğu için her ne kadar mağdur olsa da kişi mağdur olmasına neden olan olayın sorumlusuymuş gibi durumdan da utanabilen kişi oluyor. Aynı zamanda orda da işte toplumun ona bakışı yargılayışı gibi pek çok altta yatan endişeler oluyor.”(ÖÜ-1)

“Adli o bildirim yaptıktan sonra zaten yaptığımız adli raporu değildir adli bildirimdir. Adli bildirim polise bildiriyoruz. Polis gidiyor yanına konuşuyor şikayetçiye zaten o zaman anlam kazanıyor. Şikayetçi değilse poliste zaten bir şey yapmıyor ama biz genel olarak adli vaka olarak bildirmekle yükümlüüz.”(ÖÜ-5)

“Nasıl yaklaşılmalı muhtemelen dediğim gibi bunun altında en önemli sorun bu gerçeği kabul ettiğinde ve bu problemi çözmek için adım atıldığında bizim tarafımızdan ya da kendi tarafından adım atıldığında karşılaşacağı diğer sorunlar olayın kendisinden daha önemli hale geliyor. Dolayısıyla orda geri adım atmak akıllıca geliyor çünkü muhtemelen daha yüksek bir şiddetle karşılaşma ihtimali var ya da daha yüksek bir toplumsal baskıyla karşılaşma ihtimali var yaşama ve çalışma koşulları ortadan kalkacaksa eğer veya zorlaşacaksa eğer bu durumu göreceli olarak tolera etmeyi tercih etmeye zorluyor aslında birey kendisini.”(ÖÜ-1)

“Hani ben gördüğüm bir hanımefendiyi söyleyeyim. Bir hemşire hanımdı eşinden şiddet görmüştü şikâyetçi olmamak için direndi mesela. Ben adli raporu tuttum. Yalvarıyordu hocam vermeyin beni döver diye. En son işte birkaç ay önce yine bir vaka hatta birkaç ay önce bile değil belki 2-3 hafta önce bir vaka. Bir hanımefendi geldi eşinden dayak yemiş eşikle beraber geldi. Adli raporunu tuttuk hocam dedi bunu ben şimdi alırsam dedi kocam şikayet ettiğim için beni tekrar döver dedi. Kalsın ben yarın gelip alayım dedi. Kimliğimi de güvenlikte unuttum kimliği alma bahanesiyle

geleyim dedi. Hani böylesine vahim bir tablo söz konusu. Hani bunun için ne yapılabilir direkt adli ve polis bağlamında soruşturma açılması gerekir.”(ÖÜ-8)

“Şöyle bazı hastalarımız aslında direk bu şeyle geliyor. Ben eşim tarafımdan darp edildim o yüzden adli rapor almak istiyorum şikâyetiyle geliyor. Hastanın buna ek şikâyeti yok hastanın her hangi bir ağrısı kanaması bir şeyi yok özellikle böyle gelen hastalarımız oluyor ya bu birazcık gelen hastanın eğitim düzeyiyle de ilgili bunla ilgili bize soru soranlarda oluyor. Hani ben buradan ceza yaptırım ne yapabilirim hani nasıl hakkım oluyor gibi. Ama genelde gelen insanların yüzde sekseni bu konuyu biliyor veya araştırıyor hani elinde bir kanıt olsun diye mi yapıyor bilmiyorum ama ben şu ana kadar böyle bir soruyla hiç karşılaşmadım ne yapabilirim hani nedir benim hakkım diye bir soruyla karşılaşmadım diyebilirim.”(ATA1-10)

“Ya geldi, ‘ben hani darp raporu almak istiyorum’ tamam ‘ama ben sadece raporu almak istiyorum’. ‘E biz buna hani ıı kolluk kuvvetlerine bildirmemiz gerekiyor’, ‘Yok bildirmeyelim’ dedi ‘Ben sadece raporu almak istiyorum hani ilerde bir şey olursa ıı bunu da kullanmak istiyorum’ dedi.”(ATA4-3)

“Bir de gözlemlediğim şu durum var ki, tuttuğumuz adli raporları kadınlar adli süreci başlatma ya da kocasından gelecek sonraki şiddete yönelik eylemlerini önlemek için tehdit amaçlı olarak kullanıyorlar.”(ATA4-5)

“Şöyle, yine kendi inisiyatifi diyorum artık kabul ederse. Polise ben gidip söylüyorum. Polis geliyor, polisle görüşmek isterse görüşüyor. Yoksa zaten ben şikâyette bulunmayacağım deyip gidiyor zaten. Polis onunla gelip görüşmeye çalıştıktan sonra ben şikâyette bulunmayacağım, elimde bulunsun diyor gidiyor ondan sonra. Öyle olan da oldu yani, karşıma gelen oldu öyle. Ben şikâyette bulunmayacağım, elimde sadece ilerisi için rapor olsun diyenle çok karşılaştım.”(ATA4-8)

“Birincisi önce bu yani şiddetin her türlüü bizim için adli olarak zaten biz adli vaka olarak biliyoruz. Bazen eşler bunu istemiyor. Mesela bi adli rapor olarak bildirmemizi istemiyor, ama bize yasal zorunlulukta olduğumuz sizi korumak amacıyla yapmak zorunda olduğumuz mutlaka bildiriyoruz.”(ÖÜ-5)

“Sağlıklı mı değil ama sorunları karşılama düzeyimiz ve yöntemlerimiz alt yapımızla kendi iç ve dış dinamiklerimizle orantılı. Dolayısıyla bireyin bu konuda niye böyle bir karar verdiğiyle ilgili de pek çok faktör var sosyal desteği var mı ailesi arkasında mı bu durumu ailesi nasıl karşılıyor çevresi nasıl karşılıyor ve ondan beklenen ne dolayısıyla bunların hepsi kişinin o anki reaksiyonunu belirliyor.”(ÖÜ-1)

“Şöyle bir durum var. Hastaların genelde %70' i direk darp şikâyetiyle geldiği zaman açık bir şekilde beyan ediyor. Belli ki bıkmışlar. Bu yüzden de onlardan öyküsünü alırken fazla zorluk çekmiyoruz. Ama bazı gruplar; özellikle daha mutaassıp olan hasta topluluğumuz biraz söylemekte çekiniyor. Öyle olunca da biz fiziksel muayene bulgularında giderek bazı şeyleri sorguluyoruz. Yaptığımız konuşmanın sadece doktorla hasta arasında olan konuşmalar olduğunu ve başka bir yere aktarılmayacağını söylüyoruz. Onun güvenini kazanmaya çalışıyoruz. Güvenini kazandıktan sonra bunları öğreniyoruz. Bunları öğrendikten sonra da bir miktar destekle birlikte adli raporu doldurup yetkili merciye ulaşmasını sağlamaya çalışıyoruz.”(ATA4-7)

“Şöyle çokta iyi değildi ama dediğim gibi gidebileceği bir yer vardı eşinin dışında ama diğerlerinin ne ailesi kabul ediyor ne işte kardeşi olsun akrabası gidebileceği yer yok zaten de sosyo-ekonomik olarak herhangi bir geliri yok bir şeyi yok onun gideceği yeri yoktu. Açıkçası o tür kişilerin boşandığını hiç görmedim orda onlar sabit devam ediyorlardı şiddete maruz kalmaya.”(ATA1-8)

“Bu tür kadınların bence çok küçük yaşlarda hani daha dört beş yaşlarında bence bu konuda bir eğitimleri olması lazım. Özellikle aile çok önemli. Bir aile bir kızını hani en büyük hedefi evlenmek olarak yetiştirirse farklı her şey ya işte şu üniversiteye gideceksin böyle olacak falan diye yetiştirdiğinde olay çok farklı oluyor. Birde bence en büyük şey aileden ilgi görmeyen kadınlar belli bir yaşa geldiğinde ailesinden görmediği ilgiyi bir erkekten gördüğü zaman hemen evlenip ona bağımlı kalıyorlar. Bu erken yaşta evlenenler için ben öyle olduğunu gördüm.”(ATA1-8)

“Yani belim ağrıyor veya bacağı ağrıyor. Hani yeşil alan şeyi. Bir şey de söylemek istiyor ama söylemiyor. Neyse çıktı, sonra kız tekrar geldi. Şey özür diliyorum, ben dışardayım. Yanıma geldi, hocam konuşabilir miyiz dedi. Tabi gel

dedim. Özel dedi, yanımda bir arkadaşım vardı. Tabi dedim, işte neyse biz ayrıldık, ben dinliyorum kızı. Hocam dedi, ben şiddete uğradım, tecavüze uğradım dedi. Ben konuşmak, ıı, ne yapacağımı bilmiyorum. Az önce utandım, konuşamadım sizinle dedi.”(ÖÜ-8)

“Ya genelde hani bayanın söylediğine göre yöneliyorsun. Tekrardan olabilecek durumu varsa zaten hani dediğim gibi polis şey yapıyor, ayarlıyor. İstiyorsa karakola yönlendiriyor. Ona yardımcı olabilecek şeyleri yapıyor. Ama buradan giden hiç oldu mu onu hatırlamıyorum. Karakola giden oldu mu hiç hatırlamıyorum onu. O şeyde bile, gebede bile en son şey yaptı yani, polisle beraber konuştular şey yaptılar. Eşi de karakola gitmek istemedi, bayan. Beraber, hep beraber adam sakinleşti şey yaptı, birkaç saat tutmuştuk burada. Eşiyle beraber eve gitti ondan sonra kendi isteğiyle. Karakola gitmemişti o da mesela.”(ATA4-8)

“Sonuçta eşinin, elini kolunu sallayarak gezen bir sürü koca görüyorum ben. Haberlerde ve yeni trend şu gördüğüm kadarıyla, bu arabuluculuk denen olay var hocam. Yani hani aile kavramının korunması esasına dayalı olduğu için bizim şeyimiz anayasal ilkelerimiz evlilik kurumu vs. öncelikle barıştırmaya çalışıyorlar gibi görüyorum. Aldığımız anamnezler de öyle hasta geliyor ‘Ne olacak ki hocam?’ diyerek giriyor mevzuya, ‘Amaan şikâyet etsem ne olacak?’”(ATA4-4)

“Atıyorum eşinden cinsel saldırı görmüş olabiliyor bazen. Bunları belirtmek istemeyebiliyorlar. Hem yazılmasını ya da şey yapılmasını istemeyebiliyorlar ya da atıyorum mesela bu adli raporlar kısmında değil de bir de iş göremezlik raporları yazıyoruz iş göremezlik raporları da biraz daha genel raporlar almaya çalışıyorlar. Hani aile ile ilgili ya da özele ilişkin şeylerin yazılmasını istemiyorlar yani eşinden darp gibi mesela gören hastaları daha genel bir şey ifade vücut travması gibi bir şey yazmasını talep ediyorlar yani darp değil.”(ÖÜ-7)

“Yani en sık karşılaşılan tabi ki fiziksel şiddet. Sözel şiddet dediğimiz saldırı tehdit anlamında olan şiddet belki insan bünyesine çok görünür ve o an fark edilebilir sorunlara neden olmadığı için çok dillendirilmiyor ya da üzerinde konuşulmuyor belki ama işte tehdit yollu sözel şiddet...”(ÖÜ-1)

Acile ait engeller;

“Yani bu yeterliliğimiz, çalışan güvenlik personeline göre değişiyor. Sonuçta yani sadece şiddete maruz kalanlar değil biz bile bazen açık hedef haline gelebiliyoruz, güvenlik personeli görevini doğru yapmadığında. Ondan kaynaklı olarak onu geliştirmek için gerekirse üst mercilerle konuşup onu sağlamaya çalışıyoruz. Belki ekstra, bir iki kez yaşadık, ekstra güvenlik istiyoruz. Hastanenin gece diğer bölümlerinde fazla olmadığı için, buraya yönelmesini sağlıyoruz. Onun dışında başka yaptığımız bir şey yok. Ama bizim dışımızda belki böyle bir plan geliştirilmesi için çaba sarf eden kimse de yok bu konuda.”(ATA4-10)

“Biz hastaya gerekli bilgiyi verdik. Hani bu kırığın redükte edilmesi gerektiğini yanlış kaynayabileceğini yarın bir gün solunum sıkıntısı olabileceğini anlattık düzeltmemiz gerektiğinden de bahsettik kabul etti hanımefendi. Ağrısı olacağını kanaması olacağını tamponla takip edilmesi gerekeceğini anlattık kabul etti. Lokal anestezi falan yaptıktan sonra işleme başladık biraz sonra ağrısı oldu işlem sırasında o ara ses bağırması falan olunca yakını bu sefer dışardan küfür ve tehdit etmeye başladı bize.”(ATA1-10)

“Eşi. Yaptığını şüphelendiğimiz kişi aslında, bize çok ağır küfürler ediyor dışarda kapıyı tekmeliyor. Biz şey yapmadık işimizi yapıyoruz orda devam ettik işlemimize tamponu koyduk falan kapı yine tekmeleniyor yumruklanıyor falan kadın açmayın diyor sizi de döver falan deyince bizde yani aslında sinirlendik. Bi hemşire arkadaşım bir de ben varım zaten başka kimsede yok içerde. Gece bir, ondan sonra kapıyı açtığımda refleks olarak adam üzerime atılınca bende adama kafayı yapıştırdım. Orda dışarı düştü kapıyı da kapattım üstüne ondan sonra aslında ben birazcık yanlış yaptım. Kendi açımdan sonuçta şiddete şiddetle karşılık verdim ama birazcık kendimi savunma amaçlı. Adam hani bana yumruk salladı ilk başta. Böyle yapınca bende kendimi savunmak amacıyla bunu yaptım aslında. Kapıyı kapattım hastayı çıkarttırmadım kendim de çıkmadım. Aşağı inmiş adli kendisine adli vaka açtırmış beyefendi orda. Polisle gene bana geldi onunda işlemini yaptık şikâyetçi oldu benden, ben ondan şikâyetçi oldum. Hasta o şekilde gitti ben doktorluk hayatımda kendim bizzat işin içinde olduğum için unutamadığım şeyim budur ondan sonra

halloldu hani o şikayetini geri çekti olay kapandı bir şekilde böyle bir anım var.”(ATA1-10)

“Çünkü birkaç tane adam geldi. Adamlar gelir gelmez hani baya şey tiplerdi. Bizim personele saldırdılar niye hemen gelmediniz kapıyı açmadınız falan diye. Hiç girmedik onlar kendileri darp edenleri aramaya gitmişlerdi zaten.”(ATA1-2)

“Bilmiyorum yani var mı acaba yeri, olmalı mı ondan da emin değilim. Çünkü ne koşullar uygun, fiziksel koşullar uygun acil servisin, ne hekim olarak kendi zamanımız uygun. Onun böyle bir ortamda, kalabalık bir ortamda bunu anlatması uygun mu? Ondan da emin değilim. Herhâlde çok uygun olmayacaktır ben kendi adıma sadece hani travmaya yönelik varsa ona yönelik. O an ki işte ne zaman oldu, ne kadar süre geçtiği, neresinde ağrı olduğu gibi sorular soruyorum daha çok.”(ATA4-9)

“Açıkçası bizim ya biz yapabileceklerimiz az çok yapıyoruz. Zaten elimizdeki imkânlarımız da kısıtlı.”(ATA1-2)

“Hiç o tür bir şeyimiz olmadı yani. Broşür falan yok anlata bileceğimiz şeyi de dediğim gibi acil şartlarında çok kısıtlı hani çok burada da yani eski yerde biraz imkân vardı ama burda hasta sirkülasyonu biraz daha fazla burada ben çok öyle olacağını düşünmüyorum. Hemen zaten izole bir odaya alıp psikiyatristle konsülte edip daha çok onlara topu atıyoruz gibi oluyor.”(ATA1-8)

“Ama bizim çok ya şöyle bir şey var acil serviste zaten böyle bir hasta gelse ben bu hasta ile çok fazla vakit ayırıp uğraşamam. Çünkü o kadar çok hasta geliyor ki arrest geliyor bir şey geliyor diğer hastalara zaten onun bir şey yok zaten bir morluğu var benim hastama bak ölüyor kusuyor şöyle yapıyor falan diyo yani çok fazla bir şey yapacağımızı ben düşünmüyorum.”(ATA1-2)

“Kadınlar gitmiyordur. Şiddete uğrayan kadınlar gitmiyordur gibime geliyor. Kalabalık olan acillerde büyük ihtimalle gitmezler. Gitseler de zaten orda ki hiç kimse dikkat etmez bunlara hatta bir an önce göndermeye çalışırlar. Daha az hastanın geldiği acil servislerde de oralarda da şey yaklaşım olmuyor bu hukuki yaklaşım bu sosyal hizmetler falan doğru düzgün olmuyor. İli oraya giden vakalar da boşuna gitmiş oluyorlar. Boşu boşuna kendilerini aslında tehlikeye atmış oluyorlar. İlla sağlıkla

alakalı bir şey, fiziksel bir şeyleri bir yaralanmaları olmayabilir. Kendilerini ifade etmek için gittiklerinde bile sıkıntı.”(ATA4-2)

“Polikliniğe gitse daha poliklinikte daha çok bir şey yapılabileceğini düşünüyorum. Yani sadece gerektiği sürece yapabiliriz. Olabildiğince ortaya çıkarmak gerek diye düşünüyorum ben hani bir şey den şüpheleniyorsak üstüne gidip ortaya çıkaralım gerekli tanı tedavisini yapalım bir de gerekli yerlere yönlendirebiliriz.”(ATA1-2)

“Yani çoğu şeyi konuştuk aslında çoğu şeyi tekrar tekrar konuştuk yani yine aynı şey çıkıyor acil servisler yoğunluk tamam bir yere kadar bizim için bir bahane aslında ama yoğunluğun dışında da gerçekten acil servisler şartlarında bu muayeneleri yapabilmek çok zor yani onun dışında ekleyeceğim çok şey yok .”(ATA1-7)

“Böyle bir oda olması gerekiyor. Evet, hasta ile birebir ya da hastanın mahremiyetini koruyacak şekilde muayene yapabileceğimiz bir yerin olması gerekiyor. Gerçekten bizim acilde triyaj var aslında orda yapılabilir ama benim mecburi de çalıştığım yerde öyle bir ortam yoktu bu yapılabilir.”(ATA1-2)

“Şöyle üç kişinin olduğu bir odada eğer anamnez almaya çalışırsak hasta zaten anlatmak istemiyor kesinlikle. Ama birebir olduğumuz tek kişilik bir odadaysak çok daha ayrıntılı anlatıyor.”(ATA1-8)

“Hastane içinde güvenlik planını şöyle adli olaylarda hastaneye girişte hasta girdikten sonra özellikle güvenlik amirinin haberi haber veriliyor güvenlik birimine haber veriliyor o kişiler birisi geliyor biz hastanın mahremiyetini sağlıyoruz güvenliğini sağlıyoruz. Dışardan herhangi bir müdahaleye izin vermeyecek şekilde hastayı muayene ediyoruz. Hastayla konuşuyoruz gerekirse hasta aslında orası bizim burası aslında çok mahremiyetin olabileceği bir yer değil mesela bizim muayene odası çok mahrem olabilecek bir yer değil çünkü tam ortada bir yerde yalıtım diye bir kavram yok siz ne konuşursanız hastayla dışarda duyulabilecek bir düzeyde o konuda bizim eksikimiz olduğunu düşünüyorum. Çünkü muayene odasında kapattığınız zaman odayı mahrem olması gerektiği zaman oda da mahremiyet olması mesela buranın kapısını kapattınız buradan konuşuyorsunuz yan odadan duyuluyor. Mesela bu

konuda biraz eksikimiz olduğunu düşünüyorum çünkü duvarın yalıtımı olmadığı müddetçe hastayla her hasta dışarda bir sürü hasta bekliyor kuyrukta. Siz orda hastayı muayene ediyorsunuz doğal olarak normal bir hasta içinde her hasta her sorduğu şeyi duyuyor hastanın verdiği her cevabın dışardakiler duyabiliyor bizim bu hastane için bir eksiklik olduğunu düşünüyorum.”(ATA1-6)

“Cinsel şiddetlerde kadın hastaların yani mümkün olduğunca izole, kendi istediği bir yakınıyla beraber birlikte sessiz sakin bir ortamda gözlem altında tutulmasının ben hem bize hem de onları daha rahat bir çalışma ortamı sağlayacağını düşünüyorum yanı.”(ATA1-10)

“Şimdi şöyle, çok ciddi anlamda etkiliyor onu söyleyeyim. Eğer eee bizim hastanemizin acili gibi bir yerde böyle bir hasta geldiği zaman e bu hastayı muhafaza etmek çok kolay olmuyor çünkü en basitinden duvar yalıtımları iyi değil. Hastayla ben belki baş başa konuştuğumuzu zannediyorsunuz ama kapının önünden birisi duyabiliyor bunu.”(ATA4-6)

“Genelde dediğim gibi şiddet uygulayan kişi de geliyor aynı acile sonra onun ailesi geliyor bunun ailesi geliyor bir ortam oluşuyor bunu önlemek adına polislerimiz gelebilir.”(ATA1-2)

“600 benim çalıştığım yer öyleydi. En az 600’dü, yazın 800. Yazın gastrointastinal falan misafirlerde dışarda şehir dışından gelenler 800-900 hasta geliyordu. İki hekime hani böyle bir şey olduğunda siz ne kadar o hastayla kişiyle ilgilenebilirsiniz?”(ATA1-2)

“Bence hemen böyle psikiyatriye konsülte edelim, hani geri kalanıyla onlar ilgilensin gibi oluyor. Ama mecburideyken orda daha az hasta sayım vardı. Hani bir görüşmemizin yarım saati bulduğu oluyordu burada mümkün değil yani beş dakika geçtin mi ben bunu düşünemiyorum.”(ATA1-8)

“Bir kere daha uzun zaman ayırmak gerekiyor muhtemelen. Ama o kadar uzun zaman ayıramıyorum herhâlde kendi adıma. Ya da onun yeri acil mi o konuda emin değilim belki başka bir merkez olmalı. Belki başka bir birim olmalı.”(ATA4-9)

“Zor kısmı hani bunun bir zaman alacağı kapıda biriken hastalar şeklinde olabiliyor. Hastalardan kaynaklı bir zorluk hekim için konuşmada sıkıntı yok

görüşmesinde sıkıntı yok ama hasta birikeceği için kapıdaki hastalarında şiddete başvuracağı için o sıkıntı yapabilir.”(ATA1-3)

“Acil servislerin şiddet vakaları ile ilgilenilecek kadar uygun bir ortam olmadığını düşünüyorum. Çünkü daha kötü durumda olan, karın ağrısı, göğüs ağrısı gibi kritik hastaların tedavi için geldiği ortamdan iyi bir görüşmenin sağlanması pek mümkün olmuyor.”(ATA4-5)

“Onun haricinde fiziki şartlardan bahsettik. Bunları değerlendirebileceğimiz uygun fiziki koşulların olması da şiddet görmüş hasta için pozitif bir durum olabilir.”(ATA4-7)

“Mesela bir acil hekimi AMATEM de bu şiddetle ilgili Mor Çatı mıydı bu tarz yerlerde bence uygun çok fazla değil ya iki gün üç gün orda ki insanlarla bir görüşme yapılabilir. Bir tabi onamları olursa psikiyatrist eşliğinde veya kendi isteği rızası neler yaşadığını sürecin nasıl ilerlediğini nasıl ihtiyaçlar duyduğunu bir sağlık kuruluşuna başvururken hani hangi kendisi hangi isteklerle taleplerle gittiğini bir acil hekimi bu açıdan yapılabilir. Hani psikiyatri konsültasyon şeyimiz yok rotasyonumuz böyle süsüidal bir hastayla gelen nasıl yanaşacağımız çok fazla bize aslında bilmiyoruz. Hani biz mümkün olduğu kadar dediğim gibi hastanın şikâyetleri üzerinden gidiyoruz acil hekimleri olarak. Bu direk kişinin kendi hekimlik vicdanına veya görüşüne bağlı olarak ilgimiz alakamız biraz daha iyi veya kötü olabiliyor. Her arkadaşımızın belki çok çok daha bu işte iyi usta hekimlerimiz de var acilde ama hiç alakası olmayan hekimlerimizde vardır. Yani bilgisiz diyelim yani suçlamak anlamında değil acil hekimlerini de dediğim gibi her yıl olabilir veya bu mesleğe ilk başlayan insanlara sadece acil değil tüm pratisyen hekimlere de bu eğitim verilebilir. Bunun sadece dediğim gibi tüm doktorların hakim olması gereken bir konu olduğunu düşünüyorum çünkü her bulgudan da ulaşılabilir vücuttaki her yerden kadına şiddete maruz kaldığını öğrene bilebiliriz yani.”(ATA1-10)

“Acil servise geldiğinde, şimdi her yerin her acil servisin yapılması benzer olmayabilir. Bizde öncelikle hasta triaja girer orda sağlık memuru hemşire, işte ATT, paramedik yardımcı sağlık personeli diye tabir edebileceğimiz hekim dışı arkadaşlar tarafından karşılanır. Aciliyet sırasına göre, aciliyet durumuna göre sıraya alınarak

ee muayene odasına alınır hasta. O esnada biz olaya dahil oluruz. Daha öncesinde hani çok görmeyiz hastayı. İıı, sonrasında ki süreç işte hastanın şey durumuna göre tıbbi durumuna göre ilerler. Hayati tehlikesi var mıdır yok mudur? İşte yaralanma durumu nedir ne değildir? Kimisi hayati tehlikeyle gelir, kimisi sadece ufak bir tokat atmıştır belki, hiç izi bile yoktur. O tarz şeylerle gelir. İıı, yahut işte bağırsık çağrış olmuştur, sinir krizi şeklinde tarif edebileceğimiz kaba tabirle, nöroz gibi işte ne bileyim konversif bozukluk gibi tabir edebileceğimiz semptomlarla gelir.”(ATA4-1)

“Yok yani belki bizim şansımız hastanede sürekli hastane polisi var. Ve acilin içinde konumlu hastane polisi. Dahili hattan ulaşabiliyoruz veyahut 20 metre yürüyoruz bizzat söylüyoruz böyle böyle bir durum var diye. O açıdan bir şeyimiz yok. Ama mesela eski çalıştığım yerde karakola telefon açıyorduk. Oradaki işte ekip vardı yoktu işte kimisi hemen geliyor kimisi yarım saat sonra geliyor. Küçük yerlerde, küçük hastanelerde her zaman hani polise ulaşmak veya kolluk kuvvetine ulaşmak sorun olabiliyor. Ama dediğim gibi burada böyle bir avantajımız var. Hastane polisimiz var. Sürekli sabit polisimiz var. Onla irtibata geçmemiz çok kolay oluyor. Bildirim yapmamız çok kolay oluyor.”(ATA4-1)

“Yani farklılıklar olarak ııı ya tabi iş yükümüz çok olduğu zaman bazen bölünmeler oluyor. Yani tavır farklı olmuyor ama bölünmeler oluyor, hastayla ilgilenirken tetkiklerinin istedik beklerken acil bir hasta gelebiliyor. Kesintiye uğrayabiliyor iletişim. Yani bu şey olabiliyor eksik olarak bu olabiliyor. Ama bu şöyle bu maalesef çalışma sistemiyle, çalışma düzeniyle alakalı bir durum.”(ATA4-6)

“Yani doktor sadece bu hastası yok. Bu hastayı bilgilendirmek için özellikle acil servisleri düşünürsek hani bunu bilgilendirmek için yapamaz. Ama bireysel olarak ön görüsel olarak yapabiliyoruz. Ama şey olarak hani sonuçta o anda başka bir hasta geldiğinde ciddi şikayeti olan biz ona bakmamız lazım yani bu hastanın güvenliğini sağlamaktan ziyade o sırada başka hastanın hayatını kurtarmak gerekiyor.”(ÖÜ-4)

“Yani mutlaka vardır ki büyük bir çoğunlukla zaten bunlar oluşturuyordur. Sonuçta bunu saptamak çok da kolay değil.”(ATA4-10)

“Tabi bu her zaman başarılı oluyor mu veya bizim her zaman bu kadar hastayı irdeleme veya hastayla iletişim olanağımız oluyor mu bu da tartışılabilir. Yani şu anda acil servislerde inanılmaz ölçüde bir kalabalık var.”(ÖÜ-9)

“Aile içi şiddet hayır birebir aile içi spesifik bir form yok üniversitemizde de. Bizim elimizde olan işte kullanılmak üzere hastanenin kalite biriminden geçirilmiş kullanıma sunulmuş bir şey yok. Bizim kendimizin öncelikli olarak oluşturduğumuz bir form da yok aslında buna bakarsanız.”(ÖÜ-1)

“Benim hatırladığım öyle bir form yok yani. Kullanılıyorsa da benim bu konuda bir bilgim yok.”(ÖÜ-7)

“Acil serviste yani kadına yönelik şiddete özel bir formumuz yok. Adli form dışında öyle özel bir formumuz yok.”(ÖÜ-9)

“Vallahi işin açığı şiddet toplumda giderek artıyor. Yani kadına şiddette bunlardan bir tanesi. Yani bu gelen hastaların bizim için tek farkı tekrar tekrar benzer şiddete maruz kalabilme riskidir aslında. Ama bunu çok fazla önleme şansı acil hekimi olarak bizde yok. Yani en azından bununla ilgili bir sistem yok. Belki sistem oluşturulsa bu olabilir. Yoksa diğer açıdan normal bir travma hastası olarak düşünürüz yani. Ama bu hastanın en önemli riski tekrar bir travmaya veya daha şiddetli bir travmaya hatta hayatını tehdit eden bir durumla karşılaşma riski var.”(ÖÜ-9)

“İkisi içinde söyleyebileceğim, şu anda Türkiye’deki her hastane hemen hemen aynı konumdadır. Aile içi şiddet için bizim ek olarak herhangi bir şeye sahip değiliz. Hekim bakıyor, hani eski mantık hala devam ediyor, acil hekimi değerlendirir, adli durum varsa adli raporu tutar, verir. Onun dışında yapacak hiçbir şey yok elimizde. İmkân olarak bence sıfır. Hani tüm hastaneleri, ben Türkiye’deki çoğu hastaneyi iyi bilirim, imkân olarak, ek şey olarak sıfır. Bazı hastanelerde sadece sosyal bir şey uzmanı var. Tam adını hatırlamıyorum.”(ÖÜ-8)

“Kurumsal düzenlemeler şöyle olabilir kurum içi bir eğitim olur, bunla ilgili bir afişler olur yani kurumun bu konuda bir ekstradan bir bilgilendirmesi olur. Bunla ilgili bir yani bunu bilinçlendirme amaçlı daha farklı düzenleme yapılabilir kurumun yani bizim üzerimizde kurumsal olarak yani kendi kurumumuz olarak bahsettiğiniz şey diye düşünüyorum hastane olarak.”(ATA1-6)

“Sosyal hizmetlerin mutlaka yardım isteyen bayanlar için şeyleri, aile ve sosyal politikalar bakanlığıyla görüşüp muhtemelen yer ayarladığı olmuştur yani. Ama şimdiye kadar o tarz uygulama yaptılar mı bilmiyorum hiç. Dediğim gibi ben hani şimdiye kadar ee, bir defa sosyal hizmetlere kadar gittim ama ondan da sonuç alamadım işte. Başka karşılaşp bu tarz hani sosyal hizmetlerin bir adım ötesine gidip ee, yardım alan, yardım ettiren arkadaş var mı onu bilmiyorum ama.”(ATA4-8)

“Ya şöyle bütün hastane yazılımları tabanda belirli verileri sağlık bakanlığıyla paylaşmak zorundadır. Yani bizim girdiğimiz tüm travmalar tüm adli kayıtlar tüm süreçler istenilen tetkiklere kadar tamamı sağlık bakanlığının ana serverıyla paylaşım halinde. Sadece bizim değil bütün sağlık kuruluşlarının o yüzden bir istatistik çalışması ya da başka bir şey yapılacağı zaman verilere daha rahat ulaşılır diye düşünüyorum. Ama kadına yönelik şiddet diye ayrı bir başlığımızın olmadığını şimdi düşününce anladım yani ayırt edemezler tüm adli vakalar çıkarsa çünkü.”(ATA1-4)

Topluma ait engeller;

“Ama bizim toplumsal olarak o konudaki algımızda da sorun var. Hani işin adli hale gelmesi adli vakayı tutan açısından da, adli vakanın tutulduğu kişi açısından da, bunların yakınları açısından da böyle çok komplike zor kabul edilmesi güç. Bize hakaret mi ediliyor ne yapılıyor türünde algılara neden olan sorunlara neden olabiliyor.”(ÖÜ-1)

“Sonuçta sosyal medya, haberler hep eee kadına yönelik şiddetten bahsetmekle beraber bence sadece şiddetin şu boyutuna ele alıyor benim kendi fikrim ve bence şey yapıyor yani hani şiddete yönlendirebiliyor diyebilirim ya acımasız konuşacağım. Sonuçta ı ölen, kaldırım kenarında ölen, öldürülen, bıçaklanan kadınlar görüyoruz ve bunun hep bir önceki alt başlığı şu oluyor ı işte defalarca ı kadın işte ee boşandığı eşi tarafından korunma talep etti ama korunmadığı için eşi-eski eşi öldürdüğü şeklinde karşılaşıyoruz. Bilmiyorum yanlış mı düşünüyorum. Bu da şiddet yapan adamı bence yüreklendiriyordur yani sonuçta hiç bir şey olmuyor diye.”(ATA4-4)

“Özellikle bizim ülkemiz şartlarında hani ben hastayla yalnız kalmak istiyorum hayır sen kalamazsın deyip de onların her zaman haklı çıktığı bir toplum yapısı içerisinde hani şiddete yönelik öykü almanın çok kolay olduğunu düşünmüyorum hani çok ince bir hastayla da belki anlayabilirsem bir başvuru yapabilirsin. Onun dışında çok zor olduğunu düşünüyorum.”(ATA1-5)

“18 yaşından önce evlenen bir kız vardı kaçarak evlenmiş çok seviyordu eşini. Bendeiken 18 i geçmişti artık o sürekli geliyormuş hani ordakileri daha kalıcı hekimlerle konuştuğunda sürekli geliyormuş zaten en son gelişi eşi zorla eroin kullandırmış o yüzden gelmişti ve bundan ben çok etkilenmiştim hani tamam belki dövebilir hani hakaret edebilir ama zorla eroin kullandırmak. Bilmiyorum herhalde onla aynı kafada olmasını istedi sonra işte dövmüş baya bir vücudunda zaten eskiden kalan morlukları falan vardı onun dışında hani psikoloji olarak zaten çocuk yaşta evlenmiş yani anne babası kabul etmiyor kaçarak evlendiği için öyle o çok etkilemişti.”(ATA1-8)

“Bence sorun en başta ailelerde ailelerin eğitimi çok önemli ya da işte kızların okumasıyla yani eğer okumalarını desteklerlerse bu sefer hani okul çağında bir eğitim verilebilir. Kızlara özellikle hani bazı şeylere mecbur kalmadıklarını bilseler belki bu şekilde hareket etmezler çoğu benim hani periferdeki tecrübem en büyük hayalleri evlenmek. Yani hani okumak değil bir meslek sahibi olmak değil bir kariyer yapmak değil en büyük hedef evlenmek belli bir yaşa geldikten sonra hani 18 yaş bile onlar için çok geç hani aaa evde mi kaldım acaba işte evlenemeyecek miyim? Yani liseyi bitirdikleri anda hatta bitirmeden o planı kuruyorlar bir şekilde bence hani hayattaki tek amacın bu olmadığını bir şekilde onlara anlatmak lazım. Aileleri demek ki çevresi de bu şekilde diye düşünüyorum. Hani onu geçtim hani belli bir liseyi bitirmiş meslek sahibi olmuş insanlar bile sürekli böyle bir işte evlenmeliyim, evlenmeliyim, ya hayatta evlilik dışında zevk almayı kimse bilmiyor bence bu da evlendikten yani evlenirken de atıyorum birinden hoşlandı bir şey oldu istenildi biri hemen evleniyor. Yani geçinebilir miyiz ya da işte anlaşabilir miyiz bu tür şeyler hiç yok. Evlendikten sonrada bir mecbur kalma var bizim Türk adetlerinde de vardır. Gelinliğinle girdin kefeninle çıkarsın gibi. Orda çok yaygındı bu. Boşanmaya çok karşılar böyle olunca da

hani şiddet gördüğü zaman buna mecbur kalıyor. Geri dönemiyor yani bu mecbur olmadığı bir şekilde anlatılmalı bence bir de eğer maddi olarak bir bağımlılığı olmazsa eşine kendi mesleği kendi kariyeri olursa çokta eyvallah demeyeceğini düşünüyorum ben. Ruhsal şiddet konusunda da bunu bazen hani kariyer sahibi olan insanlar da anlamayabiliyor bu konu içinde bence sorunu olsun olmasın her kadının böyle ayda bir iki ayda bir psikiyatristle görüşebilir psikologla görüşebilir bu konuda kendini geliştirebilir diye düşünüyorum bu şekilde.”(ATA1-8)

“Sadece üzücü diyebilirim kendi hemcinsim olduğu için özellikle bir de yani ben şunu anlamıyorum mecbur kalmayı ben anlayamıyorum hani ailelerin destek çıkmamasını anlayamıyorum. Bir de dediğim gibi bir kızın en büyük hedefinin evlenmek olduğunu anlayamıyorum bu dediğim gibi olaya dışardan baktığım için ben belki bende o ortamda o sosyo-ekonomik düzeyde yetişseydim ve o şekilde orda yaşasaydım benimde bakış açım onlar gibi olabilirdi. Ama hani bir şeyler yapılabilir mi diye düşünüyorum ailesi hiçbir şekilde sahip çıkmıyor daha çok eğer boşanırsan biz seni öldürürüz tarzında tehditler ya da sen kendin istedin evlenmeyi biz karışmıyoruz şeklinde söylemler. Zaten kadınlarda dediğim gibi ya mecbur kalıyorsa devam ediyorlar bir şey yoksa diğerleri zaten anında boşanıyor onlar.”(ATA1-8)

“Şöyle çokta iyi değildi ama dediğim gibi gidebileceği bir yer vardı eşinin dışında ama diğerlerinin ne ailesi kabul ediyor ne işte kardeşi olsun akrabası gidebileceği yer yok.”(ATA1-8)

“Belli bir yaşa geldiğinde ailesinden görmediği ilgiyi bir erkekten gördüğü zaman hemen evlenip ona bağımlı kalıyorlar. Bu erken yaşta evlenenler için ben öyle olduğunu gördüm.”(ATA1-8)

“Ya muhtemelen zorla gibiydi. Çünkü sosyo-ekonomik düzeyleri çok yüksek bir aile gibi durmuyordu. Yani daha öyleydi. Muhtemelen hani zorla evlendirilmiş gibiydi. Hani babasının da belki şeyi vardı. Çünkü 3-4 yıllık evliler diye hatırlıyorum ben. Ama annesiyle babası herhâlde 1-2 yıldır falan ayrılarmış. Hatta annesinin kızın babasına da biraz şeyi vardı yani sitemkâr sözleri olmuştu yani. Hatta yani tehdit falan da şey olmuştu yani hanımefendi kıza bir şey olursa seni mahvederim falan diye eşine yani ayrıldığı eşine. Muhtemelen orda babası herhâlde zorla evlendirdi.”(ATA4-3)

“Hiçbir broşürün vatandaşa faydalı olacağını inanmıyorum ben. Vatandaşımız okumuyor, okusa bile ne olduğunu anlamıyor yani.”(ATA1-11)

“Burada bayanların korunabilirliği, kendi can güvenliklerinin emin olması çok önemli.”(ÖÜ-8)

“Çünkü ülkede karşılaştığımız birçok şey yani örnekler bunlar. Evet, taburcu ediyorum çünkü başka bir seçeneğim yok benim onu taburcu etmekten başka. Eğer taburcu edilebilecek durumda sağlıklı bir kişiye. Ama ben biliyorum ki muhtemelen yine o şiddeti görecektir o kadın. Eğer bir kere yaşadığıysa tekrar yaşama ihtimalinin oldukça yüksek olduğunu düşünüyorum.”(ATA4-9)

Politika düzeyinde engeller;

“Yani şu gereksiz işte acil olmayan kişilerin acile gelmesi önlenebilirse, polikliniklere ve aile hekimlerine yönlendirme dururken, bu önlenebilirse herkes için daha iyi olur yani hasta içinde bizim içinde.”(ATA1-2)

“Ama daha önce başıma gelmedi burada kadına yönelik şiddet şöyle oldu böyle oldu vs. ama hani sadece duyduklarım kadarını söyleyeyim buradaki sistem de hani diğer yerlerdeki gibi işliyor. Yani bir standardı yok hiçbir yerde standardı yok o standarttan bahsetmek gerekirse şunu yapacaksın sonra sıradan bu gelecek vs falan hiçbir yerde görmedim ben görmediysem de çok olduğunu da düşünmüyorum çok istisnai yerlerde vardır.”(ATA1-5)

“Ama kanunlarımız yasalarımız çok yetersiz bu konuda yani bu biraz daha efektif olsa yani böyle bir şey yapan çok cezalandırılırsa falan bunların bu kadar olmayacağını düşünüyorum.”(ATA1-2)

“Genelde hani mesela eşine uzaklaştırma veriyorlardı bunun bilincinde çoğu sadece hani ya hocam böyle bir iki hafta uzaklaştırma verirler yine devam eder aynı şeyler şeklinde ifadeleri vardı genelde öyle oluyordu zaten uzaklaştırma veriyorlardı sonra tekrar aynı şeyler tekrar ediyordu.”(ATA1-8)

“Hasta açısından kaygılandırıyor mu anlamında mı hani bu süreç adli şiddet tabii yani kaygılandırmaz olur mu? Çünkü yani malum ortada her gün haberlerde insanlar görüyor (ölüyor). Yani ne kadar tanık olsanız da adli tutsanız da bildirim

yapsanız da Türkiye de bu konuda ceza yaptırımı çok yeterli olduğunu kesinlikle düşünmüyorum kesinlikle önlem yok yani bu konuda.”(ATA4-10)

“Ya en başta dediğim gibi yani genel perspektifte şiddet olayının bir şekilde cezasını bulması gerekiyor. Ki kadına yönelik şiddetin bence cezalarının daha da ıı, yüksek olması gerektiğini düşünüyorum ben.”(ATA4-3)

“Bunun haricinde sonraki süreç sanki daha çok adliyenin işiymiş gibi bir algım vardı. Adli kuvvetlerin, mahkemenin çözeceği işler gibi görünüyor ama oralardan da bu anlamda çok fazla bir sonuç alınabildiğini düşünmüyorum.”(ATA4-1)

“Ya şöyle söyleyeyim yani olayı genellemek açısından söyleyeyim şöyle, toplumda bu denli bu derece şiddet yaygınlaşmışken yani en azından en basitinden söyleyeyim bir trafikte olsun bir şeyde olsun yani ıı bu derece şiddet yaygınlaşmışken yani hukuki açıdan ki bunun adli şeyleri de var. Ve şöyle düşünüyorum ben açıkçası, bu polis, savcılık şeylerinde hani bu olayların biraz yavaşlatıldığını düşünüyorum. ıı sorumluluk almamak için ve bir arabulucu olma rolüne giriyorlar.”(ATA4-3)

“Maalesef kadın bu yine bu kaç 7-8 ay, yaz döneminin başında ilkbahar gibi falan olmuştu. Grafisini çektirdikten sonra kendi isteğiyle tedavi reddi imzalayarak ayrılmıştı o hasta da. Ya bu hep kork, korktukları... Yapamadık. Tamamlayamadık açıkçası yani. Bizim sistemde adli bildirim olarak göründü ama ne kadının eline nüsha verdik ee tedavisinin sonucunu da tamamlayamadığımız için adli rapora yine geçici hekim raporudur hasta kendi rızasıyla tedavisini tamamlamadan.. Şöyle güvenliğe bilgi veriyoruz, güvenlik karakolu aradı. Karakol şahsın hastanede olmadığından ve şikayetçi olmayacağından dolayı az önce anlattığım gibi işlemedi olay. Polis gelip adli rapor örneğini almadı bizim arşive gitmiş oldu, yarım kaldı yani.”(ATA4-4)

“Geçen gün buraya gelen hasta için 183’ü ben aradım. Benim bir hastam var dedim. Aile içi şiddete maruz kalmış dedim. Adli raporunu ben şu an veriyorum, onun dışında doldurmam gereken, yapmam gereken herhangi bir şey var mı? Ya hasta davacı olmazsa, polise gitmezse ne yapacağız dedim. 183 hatta kayıtlıdır. Aynen aldığım cevap şu, siz dedi o formu verdikten sonra erişkin hasta olduğu için, hani 18 yaşını geçmişti, erişkin hasta olduğu için kendi inisiyatifindedir. Kendi sorumluluğundandır dava yoluna gidip gitmemek.”(ÖÜ-8)

“Biz şiddete uğramış kadın her şeye rağmen kendini var etmeyi göze alıp, haklarını sonuna kadar savunup, bir daha o şiddete maruz kalmayacak şekilde kendini planlayamıyorsa kendini ve hayatını planlayamıyorsa bunu göze alamıyorsa ve biz bunun altındaki nedenleri onaramıyorsa bu tekrar edecek. Yani ben o bildirimi bulunacağım o kişi bunu göze alacak ya da alamayacak aynı şiddete bir daha maruz kalacak ya da kalmayacak. Kolluk kuvvetleri gereğini yapacak ya da yapmayacak. Birileri ona avukatlık yapacak ya da yapmayacak. Çünkü bunların standartize değil hiçbir yerde. Ama biz bunları bildireceğiz, olay yaşanacak kapanacak bir sonrakine kadar. Zaten öyle olmuyor mu bir kadına şiddet mükerrer bir şey. Bu gün oluyor iki ay sonra bir daha geliyor. Eğer kurumunu değiştirmiyorsa altı ay sonra bir daha geliyor, iki sene sonra bir daha geliyor. Taa ki başına daha kötü bir şey gelene kadar oluyor. Bu işler demek ki biz hiçbir başvuruda bu problemi çözecek çok ayaklı bir çözüm üretemiyoruz toplum olarak üretemediğimiz için de bu tekrar ediyor.”(ÖÜ-1)

“Herhangi bir şekilde o broşürlerin faydalı olduğunu düşünmüyorum yani. Binlerce broşür dağıttık birebir dağıttırdım da. Yani herhangi birinden bir geri dönüş aldığımı düşünmüyorum. Herhangi birinin bir işe yaradığını düşünmüyorum. Bundaki şeyim sadece kadına yönelik şiddet ve ya başka şiddet değil, sigarayı bırakma olsun, diyabetle savaş olsun, KOAH. İşte bizim bulunduğumuz yerde Iodostan zehirlenme olmuştu onunla ilgili broşür dağıttık. Her eve dağıttık tek tek dağıttık. Hani herhangi birinin okuduğunu da düşünmüyorum açıkçası. Belki ilkokul çağındaki çocuklar merak edip alıp okuyorlar onun dışında hiç kimseye bir faydası olduğunu düşünmüyorum. Broşürle verilen eğitimin eğitim olduğu kanaatin de değilim yani birebir konuşmanın daha etkili olduğunu düşünüyorum.”(ATA1-5)

“Konu fiziksel şiddet olunca bazen karşımıza idari anlamda engeller ya da zorluklar çıkabiliyor. Aslında bu bizim teşkilat içerisinde her basamağın sorunu diyebilirim. Tutulan adli raporun eğer konu çalışansa adli boyutuyla birlikte idari boyutu da önemli oluyor. Belki terfi ya da atamalara etki edecek durumlar ortaya çıkabiliyor. Bu açıdan neden adli rapor tuttuğumuz sorgulanabiliyor idare tarafından.”(ÖÜ-2)

”Hastanın taburculuk sonrası risk değerlendirmesini yapamıyoruz. Taburculuk sonrası hastanın yeniden şiddete uğramasına ilişkin kaygılarımız sosyal hizmetin yetersizliği durumunda olmaktadır. Ama ne yaptığımızı sorarsanız sadece polise ve hastane sosyal hizmet birimine bildirmekten öte bir şey yapamıyoruz.”(ÖÜ-3)

”Sosyal hizmet uzmanı var. Mesela onlar ne kadar etkin ve kaç saat orada? Hani bir de olayın bu boyutu var. Gece 23:00’da geldi. Gece 23:00’da sosyal hizmet uzmanı var mı? Yok. Veya icapçısı var mı? Ben ulaşınca gelip bu sorunu çözebilir mi? Yok gibi.”(ÖÜ-8)

”Ama daha önceden hastanemizde bir kadına şiddet grubu oluşturulmuştu. Bunun içinde işte değişik birimlerden, bölümlerden arkadaşlar işte, doktorlar veya diğer ilgililer vardı. İşte psikologlar vardı, psikiyatristler vardı. Böyle durumlarda bunlardan da yardım alarak sadece işin fiziki ve tedavi aşaması değil, kişinin psikolojik olarak da rahatlatılması ve yol gösterilmesi açısından da o grubun etkisi vardı ama bildiğim kadarıyla son birkaç yıldır bu grup şu anda aktif olarak çalışmıyor.”(ÖÜ-9)

”Birde televizyonlarda da bu çok fazla çok fazla dile gelince sanki herkes herkesten cesaretleniyormuş gibi geliyor bana. Açıkçası işte üç gün bugün üç kadın öldürüldü falan diye. İşte şunu yaptı öldürüldü, bunu yaptı öldürüldü. Bu da herkese bir diğer insanlara bi cesaret sağlıyormuş gibi geliyor bana. Bu kadar göz önünde olması ya da olacaksa da şu şekilde yani işte bunu yaptı, şu kadını dövdü, 10 yıl hapis aldı, öldürdü ömür boyu hapis ki bazen ömür boyu hapis bile verilmiyor. Yani sekiz yıl yatıp çıkıyor öyle diyen insanlar var yani ben ne var 8 yıl yatar çıkarım diyor adam hani bence cezaların çok daha artırılması lazım yani.”(ATA1-2)

”Yani ben ee şimdi şöyle 112 hastane ortamı gibi değil. Çok daha farklı bir ortam. Sonuçta deplasmana gidiyorsunuz veya işte başka bir insanın evine gidiyorsunuz, bir caddeye gidiyorsunuz. Kendi ee sadece bir ekibiniz var, çekirdek bir grubunuz var. Onun dışında başka belki de çoğu zaman yanınızda sizi koruyacak hiç bir insan yok.”(ATA4-6)

Tablo 4.11. Araştırmaya Katılanların Hekimlerin Eğitim Eksikliği İle İlgili Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Hekimlerin eğitim eksikliği	Lisans düzeyi eğitim eksikliği	<ul style="list-style-type: none"> - Mezuniyet öncesi etik eğitimi - Şiddete özel klinik eğitim - Adli bildirimle ilişkin eğitim
	Lisansüstü eğitim eksikliği	<ul style="list-style-type: none"> - İletişim eğitimi - Öykü alma eğitimi - Muayene etme eğitimi - Pratik eğitim - Yasal sürece ilişkin eğitim - Şiddete uğrayan kadının haklarına ilişkin eğitim - Şiddete uğrayan hastaya yaklaşım eğitimi - Rapor yazma eğitimi - Çocuk ve yaşlı istismarına yönelik eğitim - Tanı koymaya ilişkin eğitim - Çocuklarla görüşme yöntemi eğitimi - Şiddet görüşmesi eğitimi

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda hekimlerin eğitim eksikliği bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Lisans düzeyi eğitim eksikliği;

“Ya bir kere hekimlere yönelik şöyle bir şey söyleyebilirim eğitim sürecinde başlıyor bu. Her şey eğitim sürecinden kastım tıp fakültesi eğitimi tabi ki. Yani en baştaki eğitimleri artık geçiyorum tıp fakültesi eğitiminde en büyük tıp fakültelerinden birinden mezun oldum ama kadına yönelik şiddetle ilgili çok fazla bir şey görmedim. Hani saçma sapan milyarda bir görülen hastalıkları ezberledim kadına yönelik şiddetle alakalı ne yapacağım çok bir fikrim olmadan mezun oldum. Birincisi o eğitimin düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum en başta.”(ATA1-5)

“Yani tıbbi etik eğitimi bir kere almış olduğumuz kısmı. Tıp fakültesi birinci sınıfta ben aldım. Ne hasta gördüm ne bir şey gördüm. Sadece tıp etiğini gördüm, ayrıca deontoloji ve tıp etik dersini altıncı sınıftaki öğrencilere verilmesi yani. Çünkü

hasta o bizden sonra hekim hasta acildeyken yani o bilgilerinin yaparsa daha faydalı kalır diyorum. Ya ben birinci sınıfta sınavı geçmem için ham maddeleri ezberlemiştim ama mezun olduğunda maddelerin belki genel olarak aklımda bir şey var ama hangi madde hangisine ait net bilmiyorum.”(ATA1-12)

“Tıbbi deontoloji verilecekse 1. sınıfta verilmemesi lazım bence. 6. sınıfın içerisinde kesinlikle olması lazım özellikle böyle konular. Şimdi 1. sınıfta bu verilmişse hatırlamıyorum işte. Belki vardı bakmam lazım bakmamız lazım, incelememiz lazım Eskişehir'de bu eğitim verilmiştir. Ama bu verilmişse 1. sınıfta verilmemesi lazım ben hani hastayı bilmiyorum ki daha.”(ÖÜ-6)

“Acil servis hekimlerinin gözünün açık olmasını, her zaman daha şüpheli yaklaşmasını, sadece kadına şiddetten bahsetmiyorum yani hani eksik kaldığımız konularımız var hocam. Dâhiliyeye, pediatriye, kadın doğuma gömüldüğümüz kadar da en azından bir küçük stajla ee istismar, ihmal, şiddet, sosyal ee problemler ee özelinde bir staj oluşturulabilir. Bir farkındalık sağlarsak eğer en azından hani tıp eğitimi içerisinde her şeyi %100 vermek mümkün değil ama en azından ben açık söyleyeyim intörnlüğümün sonunda ıı pratisyenlik başına kadar bu tür durumla karşılaşacağımızı, karşılaştığımız zaman ne yapacağımızı bilmiyordum yani. Abilerimizden, ablalarımızdan alaylı öğrenerek adli açtık, adli açtıktan sonra şöyle oldu böyle oldu diyebiliyoruz. En azından ıı fakülteyi bitirdikten sonra bu tür bir vakayla karşılaştığımız zaman ne yapmamız gerektiğini ve belli bir standardizasyon oluşturursak ıı ve daha faydalı daha etkin çalışacağımızı düşünüyorum.”(ATA4-4)

“Onun dışında tekrar söylüyorum etik, şiddet, ihmal, istismar gibi konuları alt başlıklar halinde eğer eğitim şeyinde değinilebilirse bence en azından hekimin ee hani bunlar özel kurslarda, kongrelerde falan belki eğitimini almasının farkındalığını oluşturabiliriz yani. En azından o sağlanır. Adam sudan çıkmış balık gibi şey yapmaz yani görmez mevzuu, yabancılık çekmeyiz. Ee bence ee bir hafta da olsa, 2 hafta da 1-2 hafta çok uzun bir süre değil eğitim için. Halk sağlığı stajı içinde bu tür konulara yer açılabileceğini düşünüyorum.”(ATA4-4)

“Yani adli açıp açmamaya karar veriyorsun üstat. Adli açmazsan sen sorumlusun. Düşün daha sonra olacıklardan sen sorumlusun yani. O yüzden alaylı bir

şekilde değil. Şüpheli gördüğün her vakaya adli aç şeklinde değil de neye adli açtığımızı bilirsek eee işin sonu daha iyi gelir diye düşünüyorum.”(ATA4-4)

Lisansüstü eğitim eksikliği;

“Bence ihtiyaç var bu konuda. Çünkü herkesin iletişim durumu farklı yani. Mesela şiddete uğrayan bir insana nasıl yaklaşılmalı? Bir insan vardır ki rutin bir hasta muayene ediş şekli vardır, rutin bir karşılama şekli vardır. Şiddete uygulayana nasıl davranmalı? Neler sorulmalı? Neler sorgulanmalı? Onun ikna etmek adli sürece ikna etmek için hangi tür sorularla hastayı manipüle edilmeli? Ve yahutta onam almak için nasıl bir yol izlenmeli? Bununla ilgili bir eğitim olsa bence iyi olur yani hepimizin ihtiyacı olan bir şey bence.”(ATA1-6)

“Eğitim olarak yani sadece teorik eğitim aldık. Onun dışında hani pratik olarak veya tecrübe olarak bir eğitimimiz yoktu. O yüzden ben aldığım eğitimden ziyade yaşadığım olaylardan daha çok birikim yaptım. Yani yaşadığım olayları görerek, yaşayarak daha çok kendimi geliştirdim.”(ATA1-7)

“Yani net bir şekilde şunu soracaksın bunu soracaksın değil, tamamen doğaçlama benim yaptıklarım. Yani kendi böyle yani etik kavramdan olması gereken haklarından belli kısımlarını hatırladıklarım ile beraber kişiyi sadece yönlendirme talebinde görüşmem oluyor. Yani net bir yasal hakkını sayacak bir görüşme yok ama kişiyi hani bu durumdan korkmaması gerektiğini olabildiğince ikna etmeye çalışıyorum.”(ATA1-12)

“Eğitim konusunda örneğin benimde tam net bilmediğim kadına şiddete maruz kalanların haklarını bilebilirsek eğer biz de onlarla konuşurken şu haklara sahipsiniz, bu haklardan vazgeçmeyin, bu haklar sizi korur, bundan sonra bu şiddet bu şekilde kurtulabilirsiniz diyebileceğimiz bir eğitim güzel olur. Yani hukuksal yönden bir eğitim alınması en azından ya da buna yönelik broşür olur işi kolaylaştırır yani eğitimle çünkü broşürde de hakları yazar doktor arkadaşlar.”(ATA1-12)

“Acil tıp hekimleri asistanlık sürecinde şiddete maruz kalan hastaya yaklaşım, raporlama, çocuk ve yaşlı istismarı gibi konularda eğitim almalıdır.”(ATA4-5)

“Şiddete dair, şiddet türlerinin tanısına dair eğitimim sürecim boyunca ve asistanlığım boyunca bir eğitim almadım ama okuduğum kadarıyla hani ee kendi ilgilim dahilinde okuduğum kadarıyla en azından tanımını yapabilme durumundayım şu anda.”(ATA4-4)

“Hani çocuklarda çocuklar da mesela nasıl deyim pedagog eşliğinde o çocuklarla görüşme yapılıyorsa belki şeyde de bizim acil doktorlarının bu tarz bir eğitimden geçmesi olabilir. Yani görüşme nasıl konuşulacağı, konuşmanın tarzı hangi sırayla soruların sorulması gerektiği gibi hani böyle bir eğitim olabilir yani iyi olur açıkçası.”(ÖÜ-4)

“Yani daha ziyade daha şey kısmıyla ilgileniyorum. Yani adli açmam gerekir, savcılığa intikal eder ama hani ıı teknik bir bilgim yok. Sorduğunuz soruyu nasıl yapmam, hangi soruları sormalıyım yani şu anlamda hani bu tür durumlarda mutlaka hasta kaçırıyoruz. Klinik tecrübeme dayanarak yakalayabileceğimi düşünüyorum ama alaylı oluyor haliyle. Bir şablon var mı? Bir form var mı? Şunları sorgulamalı mıyım? Şeklinde bir ne eğitim aldım, ne bir bilgiye sahibim.”(ATA4-4)

“Aile içi şiddet görüşmesinin nasıl yapılacağı konusunda bir eğitim almadım, ama deneyimlerim ile süreci yürüttüğümü söyleyebilirim.”(ÖÜ-2)

Tablo 4.12. Araştırmaya Katılanların Şiddetin Yönü İle İlgili Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddetin yönü	Kadından erkeğe karşı şiddet	
	Erkekten kadına karşı şiddet	<ul style="list-style-type: none"> - Kocanın şiddeti *Kocanın cinsel şiddeti *Kocanın hamile eşine şiddeti *Kocanın fiziksel şiddeti *Kocanın ruhsal şiddeti - Sevgilinin şiddeti - Akrabadan kadına cinsel şiddet
	Erkekten erkeğe karşı şiddet	
	Sağlık personeline şiddet	<ul style="list-style-type: none"> - Hastadan kadın hemşireye şiddet - Hastadan kadın hekime sözel şiddet - İdareciden kadın personele şiddet
	Diğer savunmasız gruplara şiddet	<ul style="list-style-type: none"> - Yaşlıya şiddet - Çocuğa şiddet
	Toplumsal şiddet	

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddetin yönü bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Kadından erkeğe karşı şiddet;

“Kadının erkeğe şiddet uyguladığı durumlarda erkek kendisini ya saklıyor, hiç gelmiyor ya bundan hiç muzdarip olmuyor, çok çabuk atlatıyor. Psikolojik şeyleri de travmaları da aynı şekilde erkeklerin daha çabuk atlattığını görüyorum ben.”(ATA1-4)

“Yani bir kez de erkeğin fiziksel şiddeti olduğunu fiziksel hem fiziksel şiddet tabi toplu bir aile şiddeti şeklinde olmuş gördüm. Erkeğinde böyle bir fiziksel şiddet hatta erkeğin hani sözel psikiyatrik şiddete maruz kaldığını yani duygu durum bozukluğuna neden olduğunu gördüm. Çok nadir yani belki hiç görmeyeceğim yani kendi ülke koşullarımızda...”(ÖÜ-5)

Erkekten kadına karşı şiddet;

“...bir kadın hasta vardı birkaç kere gelmişti. Eşi sürekli eşinin dövdüğünden bahsediyor artık. Daha önce şikâyetçi olmadığını artık şikâyetçi olmak istediğini bahseden bir kadındı. Sürekli eşinin darp ettiği bir hastaydı sürekli birkaç kere daha geldi.”(ATA1-6)

“Eşinin zorla birlikte olması istemediği halde onun da ben bir tecavüz olarak açıkçası görüyorum hani bunu biriyle evlenmeyi işte bir ömür boyu ben istemesen de benimle birlikte olarak görmüyorum sonuçta kişi istemediği müddetçe sen tecavüzcü olmuş oluyorsun bir nevi.”(ATA1-6)

“...fiziksel şiddet yine hamile bir bayanın kocası tarafından darp edildiğine şahit oldum. Yani hamile olmasından ötürü beni en çok etkileyen odur. Tabi yani hiç bir şekilde şiddet olmaması gerekir ama özellikle hamile bir bayanın eşi tarafından şiddete maruz kalması beni daha çok etkilemişti.”(ATA1-7)

“Kocası tarafından darp edilen 3 aylık gebe bir hastam vardı. Yani o şey garip gelmişti bana yani. Hem gebe hem kocası tarafından darp edilmiş.”(ATA4-1)

“Yani şimdi iki açıdan fiziksel ve ruhsal şiddet olarak bahsedersen. Ya fiziksel şiddet her türlü geçiyor ama ruhsal şiddet ben mecburideyken karşı komşum bir bayan işte ben hastanede nöbetçiyken geldi. Hem fiziksel hem de ruhsal şiddete uğramış kocası tarafından darp edilmişti.”(ATA1-8)

“Majör travma olarak bir kadına şiddet olayında sadece bir kadın görmüştüm. O da eşi değildi aile içi değildi bir erkek arkadaşının işte silahla yaralamasıydı.”(ATA1-6)

“Aklıma gelen bir örnek var ama üstü kapalı bir şekilde anlatacağım. 20 22 yaşlarında bir bayan parmağını kapıya sıkıştırdığı için başvurmuştu önce. Sonrasında kendisi ağlamaya başladı ve ondan sonrasında da biz biraz sıkıştıınca ne oldu gerçekten diye, çünkü ilk başta söylememişti. Sonrasında darp edildiğini söyledi. Adli raporu yazabilmek için bu darbin kim tarafından tanındığı biri tarafından mı yoksa tanımadığı biri tarafından mı yapıldığını sorguladığımızda, yüksek mevkilerden birisinin metresi olduğunu ve bu bayanı başka tuttuğu bir eve davet ettiğini, evdeyken de başka bir arkadaşının da onunla cinsel ilişki içerisine girmesini istediğini ve bayan

kabul etmeyince onun üzerine darp edildiğini ve üzerine bıçak çekildiğini, kaçarken de kapıyı çekmeye çalışırken de parmağını sıkıştırdığını söyledi. Bunun üzerine bize başvurmuş.”(ATA4-7)

“Şimdi şey nedir aile yakınlarından biri tarafından cinsel saldırıya uğramış yani eşinin kardeşi tarafından cinsel saldırıya uğramıştı. Tabi bunu söyleyince ailedeki tüm bireyler mevcut durumdan hani haberdar olmuştu bir şekilde. Aile içi insanlar birbirine girdi yani gelen hasta aile yakınlarından falan olay tabi hemen birazcık kapanmaya çalışılıyordu bir yandan da ailenin büyük kişileri tarafından ama...” (ÖÜ-5)

”Erkekten erkeğe karşı şiddet;

“Genelleme yaparsak erkek erkeğe uygulanan şiddet çok çok daha fazla oranda erkek tarafından uygulanıyor, fakat kadının uyguladığını da gördüm.”(ATA1-4)

Sağlık personeline şiddet;

“Ee, bunun yanında işte bizim sağlıkta karşılaştığımız şiddet türlerine gelince önemli olan şu an bizim için sağlıkçıya şiddet var. Sağlık personeline şiddet var.”(ÖÜ-9)

“Psikiyatride hasta tarafından darp edilen hemşire ile de karşılaştım.”(ATA4-5)

“Onun haricinde kadın asistanlarımıza karşı, belki de bir erkek asistana yapamayacakları; sesini yükseltme, bağırıp çağırma, hakaret etme gibi durumlarla karşılaşabiliyoruz.”(ATA4-7)

“Sözlü olarak yani taciz demeyelim ama rahatsız etme olduğu için erkek bir sağlık müdürü tarafından... Aynen aynen idarenin. Evet, biraz mobbing gibi.”(ATA4-9)

Diğer savunmasız gruplara şiddet;

“...özellikle yaşlı hastalarda tabi kadın dışında da şiddetle ilgili konuşuyoruz ya. İşte hani birçok yaşlı istismarı da oluyor sonuçta yaşlı hastalar da şüphelendiğimiz zaman adli rapor tutmak lazım...”(ATA4-9)

“Bunun yanında çocuğa şiddetle karşılaşabiliyoruz. Kadına şiddet yine karşılaşılabılır. Ee, yaşlıya şiddet veya abuse, yaşlının ihmali gibi; çocuğun da benzer şekilde ihmali ya da şiddeti gibi karşılaşabiliriz.”(ÖÜ-9)

Toplumsal şiddet;

“Onun harici tabi şiddet dediğinde sadece darp değil toplumsal şiddeti de görüyoruz gördük hani. Toplum kitlesel olaylarda oda bir şiddet oluyor. Sonuçta patlamalar bombalamalar işte yaşadığımız darbe olayı bunların hepsi şiddet veya ateşli silahla yaralanmaları bunları görüyoruz. Bir başkası tarafından yapıldığı için daha doğrusu ya da bireysel mi o da yaratıyor sonuçta silahla yaralanmalar oluyor toplum sağlığını hem öncelikle şeyi etkiliyor ateşli silahla yaralanmaları ya da işte darplar.”(ÖÜ-4)

“Yine toplumsal şiddetle acil serviste sürekli karşılaşabiliyoruz. Öğrenci olayları olabiliyor veya işte başka şiddet olayları ile karşılaşabiliyoruz. En yakın karşılaştığımız şiddet yine, 15 Temmuz günkü olan, ciddi anlamda hem toplumu, hem acil servisleri ciddi anlamda zora sokan şiddetle karşılaştık yani.”(ÖÜ-9)

Tablo 4.13. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kurumun Olanaklarıyla İlgili Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Kurum olanakları	Hastane güvenliği	<ul style="list-style-type: none"> - Polis - Özel güvenlik
	Fiziki ve teknik imkânlar	<ul style="list-style-type: none"> - Muayene odası *Ortopedi odası *Alçı odası *İzole oda *Seklüzyon odası *Psikiyatrik görüşme odası - Teknik imkânlar - Bilgi gizliliğini koruyan sistem - Yeterli tıbbi şartlar
	Personel imkânı	<ul style="list-style-type: none"> - Konsültan hekimler *Ortopedi *Beyin cerrahı *Adli tıp *Diğer branş uzmanları - Sosyal hizmet uzmanı - Psikolog - Akademik destek - Tecrübeli hekimler
	Özel birimler	<ul style="list-style-type: none"> - Sosyal hizmet birimi - Çocuğa şiddeti izleme birimi
	Cinsel şiddete yaklaşma protokolü	

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda kurum olanakları bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Hastane güvenliği;

“Yani şimdi şöyle bu kadın değil de zaten özel hastanelerin en büyük sıkıntısı şu bizim devlet acil, bizim demeyim de devlet acillerin güzelliği şu devlet acillerde polis var her zaman. Yani bir nöbetçi polis memuru bulunuyor. O da bu tarz şeylerde çok güzel acildeki yaşanacak böyle şiddetlerde koruma yönünden şey yönünden şey yapıyor. Ama özellerin şu sıkıntısı var sadece özel güvenlikler var polis yok burada yani kolluk kuvvetlerinden kimse, özel güvenliklerinde hiçbir yetkisi yok yani aslında özel güvenlik ama yetkisiz bir şey.”(ATA1-12)

“Şeyler devlet hastanesi hani anlık her olayı anlık bildiriyorsun. Zaten hastanede polis var bu iş için polis var adli de adli polis var. Özel hastanelerin böyle bir polis olmadığı için güvenlik görevlerine hani bu görevi vermişler. Onlardan da karakolun beklentisi vaka vaka değil mesela atıyorum 4 saatte bir 3 saatte bir hayati tehlikesi olmadıkça.”(ÖÜ-6)

Fiziki ve teknik imkânlar;

“Valla şimdi çalıştığımız kurum bunun için ayrıca düzenlenmiş bir ekstra bir olanağı yok. Diğer hastalarımıza nasıl yaklaşıyorsak kurum olanakları olarak şiddete uğrayan kadınlarda da aynı olanakları aynı imkânları kullanıyoruz.”(ATA1-4)

“Şiddet olayları için kurumsal anlamda faydalandığımız bir kaynak bulunmamakta. Hali hazırdaki hastanenin fiziksel şartları zaten hastayı tek başına takip ve tedavi yapmak için yeterli. Bunun haricinde ihtiyaç dahilinde ilgili branştan konsültasyon hizmeti alabiliyoruz.”(ÖÜ-2)

“Yani mesela bir tane ortopedi odamız var orda tek hani daha rahat bakılması sağlanabilir oraya alırım mesela...”(ATA1-1)

“Alçı odamız var bizim alçı odasını genelde psikiyatrik hastalar için yada böyle genelde mahremiyeti sağlamak gereken durumlarda kullanıyoruz.”(ATA1-11)

“Özel olarak yaptığımız bir uygulama yok. Sadece alanımızın müsaitliğinden dolayı bütün hastalar tek odalarda oluyor. Yeni acilde baya bir alanımız olduğundan dolayı hasta mahremiyetine dikkat ediliyor eski acilde perdelerle, paravanlarla çekildiği bir durum varken şimdi oda şeklinde.”(ATA4-10)

“Şimdi şöyle acil serviste hasta alanları zaten özel o yüzden sıkıntı yok. Ama daha önceki her acil servis için aynı şeyi söyleyemeyeceğim. Hasta mahremiyeti her acil servislerde yani ne yazık ki ideal değil hani uygun değil ama bizim şu andaki acil servisimiz için hasta görüşme alanları birebir yapılıyor bire bir tek tek yapılıyor odalarda yapılıyor. Diğer odadaki ya da şey bir kişinin ondan haberi olmuyor o yüzden bir sıkıntı yok şu anda yani hasta bunu sözel olarak söylediğini ifade ettiğinde bir başkası duymuyor.”(ÖÜ-4)

“Tabi ki bu hastalar için ideali ayrı bir birim oluşturulması diğer hastalardan ayrı mahremiyet oluşması onların bulgularının ortada muayene edilmemesi lazım en azından. Ama bununla ilgili iki tane odamız var acil serviste, daha önce mevcut değildi. Biri psikiyatrik görüşme odası, birde seklüzyon odası dediğimiz bir odamız var. Genelde bu tür şiddete mağdur olan hastalara eğer herhangi bir organik ciddi sorunu yoksa bu seklüzyon odada. Diğer odalar hastadan biraz daha farklı ayrı odada tutuyoruz orda bulunduruyoruz daha böyle izole oda orda izliyoruz hani yapılan işlemlerin herkesin gözünün önünde olmayacağı bir işlem odamız var.”(ÖÜ-7)

“Medikal olarak bir hastanın grafiye ihtiyacı varsa tomografiye ihtiyacı varsa burası zaten üniversite hastanesi. Bütün mesele Ürgüp'teyken alkol bakamıyorsunuz alkolmetre cihazı çok güvenilir olmuyor. Hastaya bir tomografi çekilmesi gerekiyor bunu sevk etmeniz gerekiyor burada bu imkanlarınız elinizde çoğu imkanlarınız olduğu zamanlarda yani bütün imkanları radyoloji görüntüleme yöntemlerini kullanıyorsunuz, laboratuvarı her şeyi rahatça kullanabiliyoruz genel olarak hani medikal olarak hastanenin verdiği bütün imkanları rahatlıkla kullanabiliyoruz.”(ATA1-6)

“Bizim bütün evraklarımız nükleus dediğimiz bir hastane bilgi sistemi üzerinde ve oraya sadece sağlık çalışanlarının erişimi var. Şifreler üzerinden yürüyor ve dolayısıyla dışardan olabilen birilerinin çok girmesi mümkün olmayan bir alan. Hani yazılı çizili bir yerde bir şey olmadığı için ama hani kendi içimizde hastane içinde mesela hekiminin dışında bir hekim tarafından bu bilgiler görülebilir mi hani o esnada o grupta içerisinde çalışan başka bir hekim evet görebilir çünkü oda aynı shift ile çalışıyor olduğu için bilgileri görür.”(ÖÜ-1)

“Yani şöyle, tıbbi olarak uygulamaların belki de %90'ı yapılabilir onu söyleyeyim. Tomografi, grafiler, kan tetkiklerimiz, ilgili bölümlere konsültasyon bunların hemen hemen hepsi yapılıyor. Psikiyatrik açıdan gerçekten ilk etapta tabii bu şiddetin doğurduğu sonuçlar da var. Eğer ki bir suicide girişimi olduysa vs. ise veya işte ciddi bir depresif bir durum varsa psikiyatriyle de iletişime geçebiliyoruz. Yani o konuda her türlü olanağımızı hastanemiz tabii ki bunu şey yapabiliyor, sağlayabiliyor. Tedavi aşamasını konuşursak tabii yani hastada bir kesi varsa bu kesinin herhangi bir

hareket fonksiyon kaybı oluşup oluşmadığı bunların hepsi değerlendirilip tedavisi yapılabilir.”(ATA4-6)

Personel imkânı;

“...psikiyatrik olanağımız psikiyatrik konsültasyonlarımız her an gelebilecek konumdalar. Diğer branş uzmanları ve doktorları aradığımızda herhangi bir hastayı değerlendirecek konumdalar. Benim ilk çalıştığım yerlerde bu kadar büyük olanaklar yoktu o yüzden burası benim açımdan hastaya daha fazla fayda sağlayabileceğim bir yer olarak görüyorum.”(ATA1-4)

“Mesela kırığı varsa ortopedi çağırıyoruz. İşte diyelim ki beyin kanaması varsa beyin cerrahisi..”(ATA4-1)

“Bizim sosyal hizmet birimimiz var ihtiyacımız halinde de oradan sosyal hizmet uzmanı talep edebiliyoruz ve geliyorlar. Onun dışında psikoloğu var hastanenin o davet ediliyor daha komplike vakalarda psikiyatri konsültasyonu talep edebiliyoruz psikiyatri arkadaşlarımız geliyor adli tıp uzmanımız konsülte konsültasyon yöntemine davet edilebiliyor ve onlar gelebiliyorlar.”(ÖÜ-1)

“yanlış yapmamak için danışabileceğiniz çok sayıda üstünüzde uzman hekimler var hocalarımız var. Hastaya önce tıbbi bakımını en doğru şekilde vermeye çalışıyoruz ki veriyoruz da. Literatürün dışına çok çıktığımızı ben hiç görmedim psikiyatrik olanağımız psikiyatrik konsültasyonlarımız her an gelebilecek konumdalar.”(ATA1-4)

Özel birimler;

“Hani biz bunu ancak hastane polisi kolluk kuvvetlerine bildirerek adli tıp anabilim dalına gerekiyorsa yönlendirerek ve aynı zamanda da sosyal hizmet birimine yönlendirerek yeterli bilgi almasını sağlamaya çalışıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Yani bizim kuruma has diğer kurumlardan farklı olarak diyebileceğim açıkçası hani diğer kurumların tam hani onlarda herhalde benzer şekilde uyguluyorlardır. Ama bizim kuruma has özellikle mesela multidisipline gitmek daha mantıklı şey farklı olabilir. Ama diğer kurumların tam şeyini bilmiyorum. Bir artımız var bizim sosyal

hizmet uzmanımız bizim acil serviste bu belki bizim için bir avantaj olabilir acil servise bakan bir hizmet sosyal hizmet uzmanımız var.”(ÖÜ-7)

“Şiddet gören hastalar şöyle yaklaşım böyle yaklaşın veya iğne gibi bir eğitim bununla alakalı herhangi bir düzenleme vs yok yani çalıştığım kurumda yok. Çalıştığım herhangi bir kurumda görmedim. Çocuğa yönelik şiddet olarak çalıştığım kurumlarda gördüm. İbni-Sina hastanesinde gerçekten bunun için özel bir birim var. Sosyal psikiyatri diye çocuk bölümüne ait, çocuğa yönelik olarak gerçekten çok önemli çalışmalar var ama kadına yönelik olarak herhangi bir çalışma yapıldığını herhangi bir yerde denk gelmedim.”(ATA1-5)

“Gazi’ye geldikten sonra da burada bir küçük birim vardı, kadına yönelik şiddetle ilgilenen. Bir psikolog veya halk sağlıkçı mıydı tam görevini şimdi bilemiyorum da bir bayan yürütüyordu bunu. Birkaç birimi bir araya toplamıştı. Burada şimdi çocuk koruma birimi var onlar çok daha organize çalışıyorlar.”(ÖÜ-10).

Cinsel şiddete yaklaşma protokolü;

“İşte şu anda cinsel şiddete uğramış kadın hastalarımız için bir protokol başlatacağız, yapıldı, eğitimleri verilecek başlanacak ama cinsel şiddete uğrayan hastalar için.”(ÖÜ4)

Tablo 4.14. Araştırmaya Katılanların Acil Servisin İhtiyacı Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Acil servisin ihtiyacı	Özel birim ihtiyacı	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisipliner yaklaşım sağlama - Psikiyatrik tedavi yapma - Aile terapisi hizmeti sunma - Hastayı bilgilendirme *Kadının haklarına ilişkin bilgilendirme yapma - Aile içi şiddet masası kurma - Şiddeti tanılama - Kadını koruma - Kadına destek sunma *Sosyal destek sunma - 24 saat hizmet verme - Acile destek olacak personel istihdamı yapma - Rehabilitasyon hizmetleri sunma
	Güvenlik ihtiyacı	<ul style="list-style-type: none"> - Yetersiz sayıda güvenlik personeli - Özel güvenliğin efektif olmayışı - Sıkı denetim olmayışı - Şiddet olayının sosyal boyutundan kaynaklanan güvenlik sorunu
	Eğitim ihtiyacı	<ul style="list-style-type: none"> - Hekimin eğitim ihtiyacı *Psikiyatri eğitimi *Yasal sürece ilişkin eğitim *Sosyal desteğe ilişkin eğitim *Etik eğitimi *Hukuk eğitimi *İletişim eğitimi *Öykü alma eğitimi - Hekim dışı personelin eğitim ihtiyacı - Kadın hastaların eğitim ihtiyacı
	Alt yapı ihtiyacı	<ul style="list-style-type: none"> - Bilgi gizliliğini sağlama ihtiyacı - Uygun fiziki şartlar - Uzmanlaşmış personel ihtiyacı - Deneyimli personel
	Kurumsal politika ihtiyacı	<ul style="list-style-type: none"> - Kurumsal takip ihtiyacı - Şiddet yönetimine ilişkin standardizasyon ihtiyacı *Algoritma ihtiyacı - Kurumsal yapılanma ihtiyacı *Kadın haklarını koruyacak yapılanma ihtiyacı *Koruma hizmetleri *Hastayı bilgilendirme ve yönlendirme - İhtiyaç analizi *İstatistiki değerlendirme¹⁰ - Kurumsal sorunları tespit etme

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda acil servisin ihtiyacı bağlamında öne çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Özel birim ihtiyacı;

“Bunla sık karşılaşılan yerlerde bunla ilgili ayrı bir birim gerek o konuda tecrübeli birimlerin olması benim başıma gelmedi ama kolluk kuvvetleriyle sağlık kuruluşlarıyla iletişiminin iyi olması gerektiğinde birbirinden yardım alabilmesi önemli. Büyük şehirlerde gerek olmuyor ama daha çok ilçelerde küçük ilçelerde önemli.”(ATA1-3)

“Ya onun için donanımlı bir hastanede aile içi şiddet olgusu geldiğinde başvurabileceğiniz detaylı psikiyatrik öyküsünün ve tedavisinin yapılabileceği muhakkak bir psikiyatri uzmanının olması gerekir. Onun dışında dediğim gibi aile danışmanlarının her hastanede en azından olup da adli olayın dışında bu aileyi oraya yönlendirebileceğimiz bir birim olması gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-7)

“İı şöyle yani bu noktada ııı hekime daha fazla yük bindirmek bence doğru değil. İı bu konuyla ilgili özelleşmiş birimler hastanelerde ya da işte kolluk kuvvetleri açısından ya da ne biliyim işte kaymakamlıklarda bilmem nerde yani farklı kurumlar içerisinde istihdam edilebilir. İıı, belki psikolog istihdam edilebilir belki sosyal hizmet uzmanı istihdam edilebilirim. Bu konuda bir şey diyemem ama Türkiye gibi hani acil servislerin çok fazla yoğun olduğu şeylerde ııı, bunu hekimden beklemek bence doğru değil çünkü yapılabirliği yok. Yani burada doğru yerlere bildirim yapmak hekimin sorumluluğunda olmalı, hekimin sorumluluğunda.”(ATA4-1)

“Ancak bildirim süreci ile ilgili özel bir birimin gerekli olduğunu düşünüyorum. Daha sonraki süreçlerde de bu birimin aslında hastaya yardımcı olması önemli.”(ATA4-5)

“...bu konularda özellikle idari amirlerinin, idari sorumlularının ee onlara belki idari konularda daha çok yardımcı olmaları. Bu işlerin daha çabuk çözümlenmesinde yardımcı olabileceğini düşünüyorum. Çünkü belki bir hekimi siz mezun oluyor bırakıyorsunuz. 3. nöbetinde ani vaka gelebilir. O o kadar dik duramayabilir. Bu bunun vasıfsız, karakersiz bir hekim veya yetkin bir hekim olduğu anlamına gelmez.

Hayatında belki de ee ilk defa karşılaştığı bir şeydir bu. Ailede görmemiştir, sosyokültürel seviyesi belirli bir yeredir bunu hiç görmemiştir belki hayatında. Bu konuda ıı öncelikle oradaki arkadaşlarımızın arkasında bir güç, arkasında bir destek görmesi gerekir. Bu konuda sorumlu bir birim olabilir. Şiddet ıı özellikle aile içi şiddet çünkü normal şiddetten çok daha farklı. Bizim ülkemizde böyle kabul ediliyor. Hastanelerde böyle bir birim olup, hemen bu birime olayın aks ettirilip bu sürecin otomatik, belki de o hekimin bu kaygılardan uzak o birimin bu olayı yönetmesinde yardımcı olur.”(ATA4-6)

“Yani, ee, şu şekilde bir durum olsa, ben acil durumda şüphelendim hastadan. Aile içi şiddet düşünüyorum. Sonuçta ben acil hekimiyim. Benim o sırada intraparinkimal kanama veyahut multi travmalı hastam olabilir hayati risk içeren. Ben bu hanımefendiye yeterince zaman ayıramama ihtimalim de var ki ben bekletiyorum kendi adıma söyleyim. Hastayı hiçbir şekilde göndermiyorum ama diğer arkadaşlarımızdan mesela vakit ayıramayanlar olabilir. Bunun için hastanelerde veya belli hastanelerde danışma merkezleri olsa direk. Hani bir kişi olsa ve çok zor değil, Ankara’da kaç tane büyük hastane var? 3 tane büyük hastane var işte Dışkapı, Ankara, Numune. Bu 3 hastanede birer kişi olsa, onlar direk müdahale etseler. Bu kişileri yönlendirme. Mesela bizim halkımızda şiddete uğrayan kadınların birçoğu maddi olarak imkânsızlıklar içerisindeki kişiler olduğunu görüyoruz. En azından benim gördüğüm öyle. Mesela bu kişinin tutup bir yeri arayacak imkânı yok, belki arayamıyor. Ama orada bizim bir personelimiz olsa, bir sağlık çalışanı olsa direk arasa yönlendirse, az önceki mesela kız çocuğunu, benim şahsi diyalogumla çözümlerse de, benim hastanemin çalışanı olsa ve direk bu kızı yönlendirse daha etkili olur, daha sistematik olur.”(ÖÜ-8)

“Hukuk, psikiatri, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi ilgili farklı disiplinlerden oluşan çok yönlü yaklaşım yapabilecek bir sistem geliştirmek kurumsal anlamda faydalı olur. Belki bu sürece bir de din görevlisi dâhil etmekte fayda vardır.”(ÖÜ-2)

“Hem fiziksel hem de ruhsal sorunlarla beraber irdelenmesi gereken, takibi gerektiren hastaların oluşu yani diğerleri de öyle ama hem ruhsal hem fiziksel hasta grubu değerlendirilmesi gereken... Kolluk kuvvetleri ve çok multidisipliner gitmemiz

gereken hasta grubu yaklaşmamız gereken. Diğer hasta grubundan biraz daha farklı tabi ki yani hepsini aynı anda düşünmemiz gerekiyor.”(ÖÜ-7)

“En başta aslında söyledim yani. Kadına şiddet aslında iki aşamalı öncesi ve sonrası yani. Öncesinde hekimin yapabileceği çok bir şey var mıdır yani çok yoktur. Ama bu kadına şiddet olduktan sonrası için en azından psikiyatrik muayene yapmasak bile psikiyatrik muayene olabileceği bir yere gitmesini ve onun dışında işte aile terapisi alabileceği yerlere gitmesi ve haklarını yani tam olarak bizde vakıf değiliz. o konuya ama en azından kadına şiddet konusunda kadının kendi edineceği hakları bilmesi için gereken yerlere yönlendirme yapılabilir.”(ATA1-7)

“Onun için ben hani bir mesela gündüz şartlarında yani gece şartlarında kurmak zor olabilir de gündüz şartlarında bir ekip olup, profesyonel bir ekip olup, hakları hakkında bilgi verilebilir, bilgilendirme yapılabilir. Ama gece şartlarında çok zor olur bu muhtemelen. Bizim için problem değil biz şey yaparız hastalarımızı sabaha kadar da burada şey yaparız bir şekilde tutarak o ekiplere ulaşmasını sağlarız.”(ATA4-10)

“Hekim olarak çok fazla yapamıyorum. Anca işte dediğim gibi bu şekilde bir şey olursa, yani acilin içinde değil de acile yakın bir alanda veya ayrı bir oda gibi bir yerde böyle bir bilgilendirme yeri olsa, sosyal hizmet uzmanları da burada görev yapsa, bu şekilde daha çok yardımcı olacağını düşünüyoruz.”(ÖÜ-9)

“Çünkü olması gereken durumlar ileri bir gelişmiş ülkelerde bile olabildiğini sanmıyorum. Ya bu tarz şeylerde aile içi şiddet masası diye bir şey kurulmalı bence hastanelerde var mı yok mu bilmiyorum. Hani bence kadının ya da şiddet uygulanan herhangi kişi şiddet görüldüğünü kanıtladığı an koruma altına alınmalı bu tarz şeyler bilmiyorum var mı anında böyle bir durum olmuyor ve bu hani ekip tek bir şey den oluşmaz içinde polisi olmalı yani sosyal destek verecek kısmı olmalı. Mesela işte atıyorum burayla ilgili bir kurum varsa kadını alıp bir eve koyuyorlarsa ya da güvenli bir yere koyuyorlarsa o grubun bir şeyi olmalı bir doktoru olmalı bir şeyi olmalı aynı bu mavi kod var mesela hasta hastane içerisinde belirli doktorlara hastane içinde bir kişiye sağlık açısından acil müdahale gerektiği zaman mesela koridorlarda sıra beklerken bayılan hastaya mavi kod verilir o mavi kodu alan doktorlar ya da sağlık

personeli gider hemen alır hastayı müdahale eder acilse getirir acile bu tarz bir şey olmalı bence bildirim yapıldığı an kadını maddi manevi destekleyecek bir ekibin olması gerekir.”(ATA1-11)

“Amaçları bu kişinin uyguladığı şeyi yani şiddet durumu kanıtlanmıştır ya da kanıtlanıyordur, şüpheleniyordur kişinin şiddet durumu olduğu an bu şiddet etkilerinden ve devamından koruyacak şekilde kişiyi muhafaza etmektir. Bu alırsınız başka bir yere koyarsınız bir sosyal şeye koyarsınız karakol ya da başka bir şey hani amaç bu başka bir şey değil ya da o hani hastane şeyindeyken en azından devamı sağlanmalı yani şuradan çıkınca topuğuna tak sıklımamalı yani kadının.”(ATA1-11)

“Bence bütün acil servislerde ve sadece bütün acil servislerde değil tüm hastaneye yeterince bakabilecek ve yetecek bir sosyal hizmetler grubunun olması gerekiyor. Veya Türkiye'de buna her ne deniyorsa bilmiyorum. Sosyal hizmetler denir ya da o bakanlığı belli bir ucu belli bir birimi her hastanede açılır bilmiyorum. Her hastanenin her bölümüne ulaşabilecek böyle bir bölüm olması lazım. Gece çalışan bölüm acil servis olduğu için gece de özellikle acil servislerde olması lazım. Bu vakaların birçoğu gece geliyor işin açığı. Bence hastanenin diğer bölümlerinde polikliniklerde de böyle vakalarla çok sık karşılaşıyorlar.”(ATA4-2)

“Acil servislerde şiddete ilişkin tanı konulduğunda hastanın tedavisi ile ilgili bir sorun bulunmamaktadır ancak sosyal destek konusunda görev dağılımı hayati önem arz etmektedir.”(ÖÜ-3)

“Yani acil servisin, direk acilde hastayı muayene eden kişiden ziyade belki işte bu konuda, ıı, özel eğitim almış sosyal hizmet uzmanı veya bu konuda psikiyatristin falan oluşturduğu böyle kadına şiddete yönelik bir hizmet veren bir birim olsa acilin içinde veya acile yakın bir yerde bunlar acil hekiminden daha fazla hastaya katkıda bulunabilir diye düşünüyorum. Acil servislerin yoğunluğu malum, kolay kolay hiçbir hekim uzun süre bir hastayla ilgilenecek bir vakit bulamıyor yani sıkıntı, en büyük sıkıntılardan bir tanesi de bu.”(ÖÜ-9)

“Yani hani bilmediğimiz için açıkçası bunu yapacak kurumda biz değiliz normalde. Belki kurum demeyelim de biz sadece doktoruz aslında baktığınızda bununla ilgili tabi ki bir bilgimiz olabilir ama bilgilendirme yapma yetkisine sahip ya

da bilgilendirme yapacak kişi olmamız gerekiyor. Doktor hasta ilişkisine diğer şeyleri de sokmamak gerekiyor burada belki diğer sosyal hizmet uzmanı ya da halkla ilişkiler uzmanı tarzında hastanın bu ilişkilerini düzenleyecek başka bir kişinin buna girmesi gerekiyor.”(ÖÜ-4)

“Acil serviste tetkik ve tedavi açısından var olan imkânları kullanmakta ise sorun yaşamıyoruz. Ama rehabilitasyon ile ilgili imkanlarımızı sorarsanız bulunmamaktadır.”(ÖÜ-3)

Güvenlik ihtiyacı;

“...hiç dediğim gibi başıma gelmedi ama güvenlik koşullarını hani kendimiz için bile sağlayamazken bir hasta için sağlayabilmeyi çok düşünmüyorum. Hani hayal bile edemediğim bir şey sordunuz şuanda .”(ATA1-5)

“İkincisi güvenlik çoğu ilçe hastanesinde güvenlik konusunda çok büyük sıkıntılar yaşanmakta ve bu aile içi şiddet özellikle kadına şiddette güvenlik konusunun daha ağır olmasına hani daha böyle sıkı olması gerektiğini düşünüyorum ama acil servislerimizde çok güvenlik konusunda veya şiddeti engelleme konusunda yeterli olduğunu düşünmüyorum.”(ATA1-7)

“Ama mesela ee ama mesela Türkiye’ye baktığında adam direkt geçebiliyor. Geçen gün mesela Ankara Hastanesi'nde duydum adam silah çekmiş. Çok vahim bir durum adam bir an ateşlese birisi ölecek, ölecek yani.”(ÖÜ-8)

“Bizde ordayken sadece bir güvenlik personelimiz vardı bir kişi onların yetkileri çok sınırlı müdahale edebilecek şeyleri çok sınırlıydı. o yüzden biz hemen hani polislere haber veriyorduk o yüzden hani onlar gelip olaya müdahil oluyorlardı.”(ATA1-8)

“Güvenlik şöyle, ya bu konu defektif aslında açık söyleyeyim. Özel güvenlikle anlaşmalı oluyor birçok hastane. Çalıştığım ben 7 sene önce çalıştığımda böyle değildi her yer ama özel güvenlik de hani yetkileri zaten kısıtlı olduğu için oradaki arkadaşlar da öncelikle kendini kurtarmaya, durumu çok vazife etmeme derdinde açıkçası. Bu genel yalnız ıı hastane problemi. Tabii ki de bu tür hastalar daha hassas olduğu için

bunlara daha çok yansıyor, bunların daha çok ihtiyacı var ama güvenlik kısmında genel olarak hastaneler defektif.”(ATA4-4)

“Güvenlik planı geliştirme ihtiyacını çok fazla hissetmiyoruz. Ama içeriye giriş çıkışlar sıkı bir şekilde denetlenmiyor. Hastanın ihtiyacına göre güvenlik planı geliştirmekte fayda vardır. Çünkü acil servise girişler iyi bir denetime tabi değil.”(ÖÜ-3)

“Sen sorunca hatırladım hasta annesini getiriyor. Annesi şiddete uğruyor karısı tarafından, sonra kendisi de karısını darp ediyor herhalde ama o tarafını hiç söylemiyor, annesini işte muayene ediyorum vs yakın yerde olduğum için ben bir hanımı muayene ederken kafamdan şöyle bir şey geçti, lan dedim bunun karşı tarafı da buraya gelirse hani onu düşünüyorum yani bunlar birbirleriyle girmişler. Annesi ona girmiş o da onu dövmüş yani küfrederek şey küfrediyor bir taraftan annesi kızı adamı gaza getiriyor yani şu kelimeyi kullandı yani seni işte boynuzluyor ediyor bütün mahalle üstünden geçti çok özür dilerim sende erkeğim diye dolaşıyorsun diyor ama bir taraftan da hakikatten sıkıntısı var her yeri kaniyor kadının, yani böyle bir şeyi var şiddeti var. O sıra ben uyandım hemşireye ihtiyare dedim ki ya dedim güvenlik arkadaşlara söyleyelim hani sıkıntı olabilir falan. Bu dedi ki hocam sıkıntı olmaz zaten gelirse dedi. Silahını gösterdi gelemez buraya dedi geldiler hani 5 dk sonra onlar da tedavi olmak için geldiler onlar için değil. Sonra kır güv güvenlik geldi falan vs dışarda olay oldu taş sopalık polis karakol geldi yani zaten ben korktum zaten adamında silahı var diye bir şekilde dışarı çıktılar ben o teyzeyi aldım o kadını aldım ayrı iki ayrı birim oluşturduğum geri kalan ne varsa güvenlikle dışarı attım ama dışarda kavga dövüş olmuştu velhasıl kelam sonra 112 yi aradım bir tarafı alıp başka hastaneye yönlendirdim tek tarafa baktım.”(ÖÜ-6)

Eğitim ihtiyacı;

“Sonuçta ilk karşılaşılan acil tıp hekimleri oluyor. O yüzden bizim bu konuda daha iyi bilgi daha hızlı hareket edebilme daha tecrübeli olmamız lazım.”(ATA1-3)

“şöyle mesela benim böyle bir eğitimim yok eğitim verilebilir hani bizim dikkat etmemiz gereken bazı şeyler vardır mesela şu an bilmiyorum ama bunlarla ilgili bir

bilgilendirme yapılabilir bu tür vakalarda hızlıca nasıl hastayı yönlendirebiliriz bunlar anlatılabilir. Benim daha çok bildiklerim eski çalıştığım yerde hemen adli olaya dönüşüp polise haber vermek aile içi şiddet formunu doldurmak adli vaka formunu doldurup gerekli yerlere bildirim yapma.”(ATA1-8)

“Acil hekimi olarak yani böyle bir eğitim olması bizler için çok daha iyi yani dediğim gibi biz o konulara çok vakıf değiliz. Bizim sadece bu hastane için diyemeyeceğim ama önceki çalıştığım hastane için sadece işin tıbbi boyutu ile ilgileniyoruz. Onun dışındaki hukuksal ve psikiyatrik boyutuyla hiçbir şekilde ilgilenmiyoruz yani onlarla da alakalı eğitim alınması daha iyi olur diye düşünüyorum.”(ATA1-7)

“Acil hekimleri bir kere bu insanlarla birebir ilk gören insan bir sağlık kuruluşunu ilk gören kişiyiz. Biz bu hastaları ve bu konuda en azından bir acil hekiminin çok iyi olması lazım çok donanımlı olması lazım. Şimdi mesela siz çok güzel sorular sordunuz arada bilmiyorum gibi cevaplarım oldu. Bu çok büyük bir eksiklik ve bu benim eksikliğim olduğunu da düşünmüyorum ben. Bunu çoğu arkadaşım da bunun eksik olduğunu düşünüyorum. Çünkü böyle eğitim yok ve biz daha çok hastanın kolesistitiyle taşıyla uğraşırken bu hastanın bunları çok iyi bilirken tanı koymada bunlarda çok eksikiz yani kesinlikle çok çok şey yapılmalı.”(ATA1-10)

“Çünkü buradaki ben kendi bireysel açığımı net hissettim bu çalışmaya dâhil olurken. Dolayısıyla kesinlikle bir eğitimin bir şeyin verilmesi gerektiğinin bir algoritma hastanelerde oluşturulması gerektiğini farkındalığı oluştu bende. Bu farkındalık şimdi oluşuyorsa böyle bir eğitim almadım anlamına geliyor. Böyle bir eğitim ihtiyacı doğuyor.”(ÖÜ-6)

“Çoğu kişinin belki bu konunun farkında olduğunu düşünmüyorum yani, ee, gelen hastayı normal bir hastaymış gibi düşünebilir. Bunun bir şiddet mağduru olduğunu düşünmeyebilir. İkincisi, hastanelerde bu konuda personele, hekim dışı personele bir eğitim verildiğini de düşünmüyorum. Aslında bunlar bir eğitim içinde olması lazım. Ee, sadece belki hekim yoğunluktan dolayı bir şey kaçırırsa diğer yardımcı sağlık personeli veya diğer hizmet veren kişiler bunu yakalayabilecek bir eğitime sahip olması lazım. Bu konuda bir eğitim verilmesi lazım. Bu işi sadece doktora

da bırakmak her zaman doğru değil. Belki ufacık, tefecik, kişinin bir hareketinden, sözünden hekim dışı kişiler de bunu yakalayabilir. Bu konuda bunların da eğitilmesi gerekir. Aslında hekimlere de eğitim verilmesi gerekir yani bu konuda ciddi anlamda bir eğitim olduğunu düşünmüyorum. Bizim asistan derslerimiz olur, asistan eğitimlerimiz olur. O süreçte bunlara bazen değindiğimiz oluyor işte kadına şiddet, yaşlıya şiddet veya çocuğa şiddet veya abuse, bunların ihmali gibi konuları işlediğimiz oluyor ama rutin bir şeyi yok bunun, bir programı yok.”(ÖÜ-9)

“...fiziksel ve psikiyatrik travması olan bir hastalığı mevcut psikiyatrik tramvayı çözemeyebiliriz tek başımıza. Ama fiziksel olarak genel olarak çözüyoruz o açıdan da acil tıp hekimlerinin bu konuda psikiyatrik eğitim almaları gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-9)

“Bu konuda bir eğitim almamız gerekiyor. Doktorluk sadece şöyle olmuyor ya bu sosyal boyutları düşünmek gerekiyor şiddet uygulanan bir kadının yasal sürecini uygulandığı kanıtlanan ya da düşünülen bir kadın yasal sürecini bende dâhil birçok hekim bilmiyor ya bu konuda ne yapılması gerekir şu yapılması gerekir eğitim olmalı kesinlikle eğitim şart.”(ATA1-11)

“Bu empati sempati cart curt gibi olayları zaten eğitim sürecinde altı yıllık eğitim de olsun falan öğreniliyor. Bence işte bu şey sosyal destek kısmı bu kısımda hekimlerin ne yapabileceğine dair pek bir bilgileri olmadığını düşünüyorum yani benim yoksa kimsenin yoktur öyle.”(ATA1-11)

“Sadece kadına yönelik şiddet değil, çocuğa ve yaşlıya yönelik şiddete de yönelik yeterince eğitim alıyoruz ve onlara yaklaşımımızı belirlemeye çalışıyoruz. İı ama dediğiniz gibi o uzun, uzun süreli kronik şiddetin şeyleri bulgularıyla alakalı falan dersler eklenebilir. Etik yaklaşımla alakalı ve ıı bu konulara hukuki yaklaşımla alakalı belki dersler verilebilir. Ve hastane için en azından bir politika geliştirilebilir. Daha kolay olabilecek onların da özerkliğine saygı demiştik, ona özen göstererek. İı ve bunu bize eğitim sürecinde hani vermeleri güzel olur bence.”(ATA4-2)

“Ayrıca acil tıp alanında çalışan hekimlerin şiddet olgu yönetimini daha iyi yapabilmesi için etik ve deontoloji eğitimi verilmeli ve arada da bu eğitimler tekrarlanmalı.”(ATA4-5)

“Etik ve deontolojinin hekimin mesleğini icrasında önemli olduğu düşünüyorum. Tüm tıp branşlarında olduğu gibi acil tıpta da sağlık hizmeti sunumunda önemi her geçen gün daha da artmaktadır.”(ÖÜ-2)

“Sonuçta dediğim gibi normalde daha öncede sormuştunuz hani iletişimle ilgili. Yani hastayla nasıl görüşüleceği, hangi sırayla nelerin sorulması gerektiği, neye dikkat edilmesi gerektiği, nelerin söylenmemesi gerektiği gibi hani iletişimini iletişim dersi gibi bir şey iletişimden, iletişim demeyim de bu karşdakinin daha da ürkütmeyecek tarzda nasıl anamnez alırım, daha doğru anamnez alırız tarzında bir şey olabilir. Eğitim olabilir dediğim gibi. Ama bu mesela şeyde başlayabilir normalde etik dersinin içerisinde de geçebilir. Bilmiyorum belki de artık yeni tıbbi etik derslerinin de bu konuda bir ders olabilir ya da adli tıbbın içerisinde var mı bilmiyorum yani bizim zamanımızda yoktu. Böyle bir şeyler genel normalde lisans eğitimi içerisinde bunların olması lazım acil doktorlarından ziyade. Çünkü zaten lisans eğitimi bitiren şu andaki doktorların hepsi uzman olsa bile sınavı kazansa bile o sınavı kazanıp da gidene kadar şu anda acil servislerde çalışıyorlar pratisyen hekim olarak küçük yani ilçe acil servislerinde oralarda zaten acil tıp uzmanları yok. Doğal olarak dediğim gibi lisans eğitimi içerisinde alınması gerekir. Ha onun harici eğitim aldıkları yerlerin acil tıbbında çalışan ekibine ekip yani normalde acil tıp eğitimi arasına sokmak gerekir mi? Olabilir. Etik dersleri arasına belki iletişim dersleri arasına konulabilir. Çünkü hani çocuklar yani öğrenciler acillerden de geçtikleri için eğitimleri sırasında böyle bir vaka ile karşılaşıldığında hocalarının işte asistanların nasıl davrandığını görerek de çünkü burası pratik eğitim onu görebilirler. Teorik de anlatılacak çünkü etik dersinde ama pratiğinde nasıl yaşandığını acilde stajı sırasında görebilir ama ayrıca dediğim gibi acil tıbbın kendi uzmanlık eğitimi içerisindeki programa dâhil edilebilir. İşte etik dersleri içerisine konulabilir ya da bir de dediğim gibi lisans derslerine yani tıp etiği derslerinin içinde olması gerekir bence çünkü yaşadığımız ülkede çok arttı.”(ÖÜ-4)

“Yok hiç kullanmadım ve öyle bir materyal var mı yok mu hiç bilmiyorum. Yani belki toplum sağlığı merkezlerinde böyle bir materyal kullanıyorlardır hastaları eğitmek amaçlı kadın hastaları eğitme amaçlı. Ama bizim acil servislerimizde böyle bir materyalimiz hiç olmadı.”(ATA1-6)

Altyapı ihtiyacı;

“Hastanın bilgilerinin gizliliği konusunda yani bizim alabileceğimiz bir önlem açıkçası yok. Çünkü yine çalıştığım yer için söyleyecem biz bunları verisel olarak bilgisayara girmiyorduk. Sadece adli rapor elden yazıyorduk ve bu bilgiler sadece kolluk kuvvetlerine teslim ediliyordu. Onun dışında herhangi bir sekreter olsun sağlık personeli olsun ve yahutta hasta yakınları olsun hiçbir şekilde o bilgiler açıklanmıyordu.”(ATA1-7)

“Valla o konuda çok açıkçası sağlayamıyoruz çünkü sistemimiz her türlü erişime açık. Dosyalarımız da zaten genellikle el altında oluyor.”(ATA4-3)

“Şöyle, hastanın bilgilerini saklamak konusunda yapabileceğimiz bir şey olmuyor. Çünkü sisteme yazdığımız bütün notlar herkes tarafından görülebiliyor. Onları gizleme şansımız olmuyor. Sonuçta başka bir hastane personeli eğer, kullandığımız şeyin, programın kullanıcısıysa eğer hiçbir şeyi gizleyemiyoruz aslında. Tek yapabildiğimiz şey dosyaya özel not alabiliriz. Onlar da ne kadar doğru saklanıyor, ne kadar sahip çıkılıyor o konuda bilgimiz yok yeterince. Ulaşamadığımız dosyalar oluyor bazen arşivden.”(ATA4-10)

“Yani şöyle bir kere acil servislerin fiziksel şartlarının bu tarz hastalara şey olması gerekiyor. Hani ilgilenebilecek düzeyde olması gerek bunlar mahrem konular olabiliyor. Ama ülkemiz acil şartlarında genelde bu tarz konuların şey yapamıyoruz hani engel olamıyoruz mahremiyeti sağlayamıyoruz acil fiziki şartları buna izin vermiyor bu birincisi. İkincisi yeri geliyor biz burda kişiyi şiddete uygulayan kişiden uzak tutamıyoruz yani acilin fiziki şartları buna engel oluyor.”(ATA1-11)

“Hiçbir olanak görmedim ki bu konuda. Dolayısıyla ekstra yani ekstra bir olanak olduğunu düşünmüyorum. Ama dediğim gibi kurumda 3-4 tane oda var bazen alıp o odada değil de dikiş attığımız odaya orda hasta yokken muayene ettiğim oluyor ama kurum özelinde kadına şiddet için ayrılmış bir izolasyon odamız ya da ayrı bir birimimiz yok.”(ÖÜ-6)

“Yani uygun değil. Mesela ben bu tecavüze uğrayan bir kız, şu en son dediğim vaka, asistanken adli tıp uzmanını çağırmıştım mesela ben gece. Geceydi hiç unutmuyorum. Ee, gelmişlerdi ve sürüntü örneği falan almışlardı ve tamamen ayrı bir

yere gitmişlerdi. Çünkü acil servis herkesin birlikte olduğu, en fazla bir perdeyle ayrılan alanlar şu an Türkiye’de. Hastayı o şekilde muayene etmek, hani batın muayenesi bile şüpheli derecede uygunken genital muayene hiç uygun değil. Ayrı, apayrı bir alanda bu hastanın muayenesi olmalı.”(ÖÜ-8)

“İki tane farklı yerde çalıştık. Bu bizim hastaya verdiğimiz güveni çok ortaya koyuyor. O da çok etkiliyor zaten. Dediğim gibi bir öncekinde mesela sadece perdeler şeklinde paravan yaptığımızda hiçbiri kendini güvende hissetmiyor ki perdenin arkasında onu darp eden kişinin olamayacağı garantisini bile veremiyorken bu tarafta daha profesyonel bir şekilde, en azından daha güvenli bir şekilde muayene edebiliyoruz.”(ATA4-10)

“İşin uzmanı olan kişiler hazırda bekletirlerse geldiğimizde hemen danışabileceğimiz birileri olursa daha hızlı yürür daha sağlıklı yürür yani işler.”(ATA1-3)

“Bu konuda teorik bilginin yanında da pratik olarak da Türkiye’nin farklı yerlerinde çalışmış yeteri kadar bu olgularla çok fazla karşılaşmış kişiler olursa...”(ATA1-3)

Kurumsal politika ihtiyacı;

“Kurumumuzda kadına şiddete yönelik hiçbir yani şiddet gören kadına yönelik hiçbir ne uygulama ne bir bilgilendirme hiçbir şey yok. Bu tamamen sadece bizim adli süreçteki alacağımız karar yani kurumun kendisine ait bir bu konu üzerine durmuşluğu yok.”(ATA1-12)

“Çalıştığım kuruma has şiddet izleme birimi şu sıralar kurulmaya çalışılıyor. Sistematiğe hale getirmeye çalışıyorlar ancak nasıl işleyeceğine dair detaylı bir bilgin bulunmamakta. Sadece KYŞ ile ilgili değil sosyal hizmet ve destek gereken tüm durumlar için özel bir hastane birimi bulunmalıdır. Sosyal rehabilitasyonun gerektiği her durum için bu birim gerekli ve günün her saati hizmet sunabilmelidir. Bunun ile ilgili bir örnek vereyim; en son şizofren bir hastayı 10 yıl önce kendisinden boşanan karısına, başka bir yakını olmadığı ve sosyal açıdan destek sunan birim olmadığı için, teslim etmek zorunda kaldık.”(ÖÜ-3)

“Yok, kurumsal bir yaklaşım yok. Sadece, fiziksel şiddet gören bir hasta bizim için travma vakası olarak, maddi bağlamda söylüyorum, travma olarak değerlendirilir ve o şekilde konuşulur.”(ÖÜ-8)

“İkincisi de en azından bu adli süreç başlatamadığımız hastalarda ne olursa olsun kadın ve şiddet yani içerisinde bu şey formu işte şu demiştik ya aile içi şiddet formunu doldurup kayıt formu en azından bir kayıt altına alınması güzel olur yani. Takibi ve sonrasını kıyaslatır ve kişinin şiddetinin süresini de anlaşılır maruziyetle anlaşılır. Adli süreçte faydası olur yani işin daha uzatılmasına sebep olmaz yani.”(ATA1-12)

“Acil servis özelinde de en azından şüphelenilen olgularda pratik 10-12 veya atıyorum belli bir sayıda bir soru şablonuyla hareket ettirilerek yani belli bir standartizasyon sağlamak amaçlı bir şablon oluşturulabilir.”(ATA4-4)

“Öncelikle pratik ve uygulanması kolay bir algoritma geliştirilmesinde fayda. Biz acil hekimleri vakaya yaklaşımda algoritmaları severiz.”(ÖÜ-2)

“Şu anda kurum bu konuda çok fazla bir olanak sunmuyor yani sen sadece, biz şu anda acil servisteki rutin hasta bakım işlerini yaparken bu tip hastaları yakalayıp adli sürecin başlatılmasını sağlamak yönündeyiz. Ama bu hastaların işte gerek sosyal desteği, gerek psikolojik desteği gibi konularda aslında hastanelerde dediğim gibi birimlerin oluşturulması lazım.”(ÖÜ-9)

“Yani sonuçta şu düşüncedeyim ben, aa 1 milyonda 1 görülse de o bir kişinin hakkı olduğunu düşünüyorum. O yüzden kurumsal bir yani en baştaki kurumdan başlanır, başlayarak herkesin bir böyle bir ee yapılanmasının olmasının gerektiğini düşünüyorum.”(ATA4-10)

“İhtiyaç var aslında yani. Şu anda neden ihtiyaç var? Çünkü medyadan da şeyden de görebildiğimiz kadarıyla şu anda öldürülen kadınların çoğunun zaten daha önce çok başvurusu var. Şey diyorlar işte daha önceden şuramı yaptı onlarında muhtemelen hastane başvuruları vardır polis başvuruları da var. Hani yani birkaç kez polise başvurma talepleri koruma talep edildiği zaman muhakkak kişilerin sağlık kuruluşuna daha önce başvuruları olmuştur diye düşünüyorum ben. Bu sağlık kuruluşlarına başvurulduğunda nereye gideceğini ya da neler yapması gerektiğine

dair bir bilgilendirme olsa idi hani belki ya da bu kadın hastaların bundan sonraki dönemlerinde nerelerde yaşayabileceklerine dair bir öngörüler ya da aile politikalar bakanlığından yönlendirecek bir şeyler olsa daha da engellenebilir tabii önlenabilir yani iyi olur aslında. Yani çünkü çıktığında ne yapacağını bilmeyen birçok insan var.”(ÖÜ-4)

“Acil servislerin bu anlamda ise ihtiyaç açığı olduğuna dair bir geri bildirim yok. Böyle bir geri bildirim olmayınca acaba bir ihtiyaç yok mu diye de sormadan edemiyorum. Kötü bildirim de olmaması acil servislerin ve acil hekimlerinin kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin yetersiz de olmadığını düşündürmüyor. Bence de acil servisler bu konuda en azından çalıştığım kurum özelinde çok iyi olduğunu düşünüyorum.”(ÖÜ-2)

“Hocam çok eksikiz her şey yapılabilir. Yani bunla ilgili çalışmalar yapılabilir bunla ilgili her yıl bir kongre düzenlenebilir. Türkiye’de bunların verileri tutulabilir. Yani her kadın işte Türkiye’de kaç kadın yılda ne kadar şiddete maruz kalıyor, bir kadın yılda kaç kere şiddete maruz kalıyor, veri olarak ben eksik olduğumuzu düşünüyorum. Çok fazla böyle bir veri yok elimizde yani işte nasıl bir fiziksel deformite ile sekelde kalıyor bir insanlar kalıyor bu travmadan sonra bunların hiç biri yok.”(ATA1-10)

“Kurum eksik görebilir belki birilerine katkıda sağlar. Bunla ilgili bir çalışma olabilir yani eksik ne varsa onu gidermekte açık açık söylemek lazım konuşmak gerekiyor. Ne kadar açık yüreklilikle ifade edildiği kadar insanlar sizi kale alıyor. Yani meselenin ciddiyetini anlıyor hani sıkıntı yok hallederiz ve yahut da işte nasıl gidiyor iyi gidiyor işte ve yahut da nasılsın sorusuna iyiyim gibi bir cevap da değil de, tam sorunu ifade etmek gerekiyor yani. Burada hastanenin şartlarında yönetiminden burası nasıl iyi diyorsunuz, nasıl gidiyor, iyi gidiyor, hayır yani sorun şu iyi olan şu kötü olan şu diye ifade etmek gerekiyor. Eksikliği tam olarak ifade etmek gerekiyor ki ilerleme labilsin yani o konuyla ilgili ben elimden geldiğince yani somut şeylerle anlatmaya çalışıyorum...”(ATA1-6)

Tablo 4.15. Araştırmaya Katılanların Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Yapılması Gerekenler Hakkındaki Bilgileri

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddetle mücadelede yapılması gerekenler	Hekimle ilgili	<ul style="list-style-type: none"> - Hekimin içinde yaşadığı toplumun kültürünü tanınması - Hekim farkındalığının artırılması - Hekimin sorumluluğunu yerine getirmesi - Hekimin iletişim becerisine sahip olması - Hekim tutumunu geliştirmek *Simülasyon eğitimi yöntemi kullanma - Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim *Mezuniyet öncesi eğitim <ul style="list-style-type: none"> **Etik eğitim **İntörlük içerisinde etik eğitimi *Asistanlık döneminde eğitim <ul style="list-style-type: none"> **Sertifikasyon eğitimi **İletişim becerisi eğitimi **Kriz yönetimi eğitimi *Hizmet içi eğitim <ul style="list-style-type: none"> **Hekimle birlikte tüm personelin eğitimi **Düzenli eğitim
	Kadınla ilgili	<ul style="list-style-type: none"> - Kadını cesaretlendirmek - Kadını bilgilendirmek *Yazılı materyal yoluyla - Kadına sosyal destek sağlamak - Kadının güçlenmesini sağlamak - Kadını şiddet tekrarından korumak - Kadının yakınlarından şiddetin nedenleriyle ilgili bilgi almak - Kadının güvenliğini sağlama - Kadının sorumluluğunu yerine getirmesini sağlama *Hekimi doğru bilgilendirmesine yardımcı olma - Kadın haklarına ilişkin katı düzenleme yapılması - Kadının topluma kazandırılması - Taburculuk sonrası barınma imkânı sağlama - Kadını acillerde şiddetle mücadele konusunda yönlendirme
	Şiddetin nedenleriyle ilgili	<ul style="list-style-type: none"> - Detaylı değerlendirme yapmak - Şiddetin nedenlerini ortadan kaldırmak - Şiddete engel olmak - Erkeğin eğitimi - Şiddeti uygulayanın muayenesi *Eşin muayenesi *Şiddet uygulayanın rehabilitasyonu
	Toplumla ilgili	<ul style="list-style-type: none"> - Sosyal sorumluluk bilincinde olmak

		<ul style="list-style-type: none"> - Bakanlığın toplumu bilinçlendirme çalışması yapması - Toplumsal farkındalığı arttırmak *Medyayla toplumu bilgilendirme - Aile bireylerinin kadına sahip çıkması - Toplumunu eğitmek *Yazılı materyal hazırlamak *Kamu spotu hazırlamak *İnternet tabanlı bilgilendirme *Toplumsal cinsiyet eğitimi vermek *Yaşam boyu eğitim vermek *Çocuk yaşta eğitim vermek **Evde eğitim vermek
	Politikayla ilgili	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddeti tanımlamak - Sağlık politikası oluşturmak - İlgili bakanlıklarca politika geliştirmek *Aile Bakanlığı *Adalet Bakanlığı - Kurumlar arası işbirliği yapmak - Geniş bakış açısıyla konuyu ele almak *Multidisipliner yaklaşmak - Kurumsal düzenleme yapmak *Kurumsal farkındalığı arttırmak *İdari ve tıbbi örgütlenme sağlamak *Uygun altyapı sağlamak *Şiddeti görünür kılmak **Kayıt formu *Hastane yönetimlerine şiddetle mücadeleyi zorunlu kılmak *Sosyal hizmet biriminin aktif olmasını sağlamak *Kurumsal yazılım geliştirmek - Yasal yaptırımların uygulanması - Düzenli takip yapmak *Takip mekanizması geliştirmek *Hastane sonrası sürecin takibi - Etkin telefon hatları oluşturmak - Sağlık sistemi içerisinde iş akışı belirlemek - Profesyonelelerin bilgilendirilmesi
	Acil servis politikasıyla ilgili	<ul style="list-style-type: none"> - Acil servis politikası oluşturmak - Acil tıpta etik eğitimi - Acil tıpta adli tıp eğitimi - Acil tıp ve adli tıp işbirliği - Algoritma belirlemek - Multidisipliner yaklaşım sergilemek - Acil servislerin şiddetle mücadeledeki rolünü önemsemek - Acillerde uygun fiziki alt yapının oluşturulmasını sağlamak - Sivil toplum kuruluşlarının acil servise desteğini sağlamak

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddetle mücadelede yapılması gerekenler bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Hekimle ilgili;

“Farklı bölgelerde farklı gelenek görenekler var bunlar konusunda da bilgi sahibi olması şiddet aynı olabilir ama nedenleri farklı olabiliyor hani bunların nedenlerine yönelik daha iyi olabilir nedenlerin çözümlerine yönelik.”(ATA1-3)

“Hekimleri için ise kadına yönelik şiddete ile ilgili farkındalığın arttırılması tanı, tedavi ve bildirim sürecinin sonuna kadar olumlu katkı sunacağını düşünüyorum. Hekimlerin bu eğitimi alması davranışlarının olumlu eyleme dönüşmesi açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum.”(ÖÜ-2)

“Her şeyden önce hekimlerin farkındalığının artması lazım. Farkındalığın artması için de bu konuda eğitim almaları gerekiyor. Yani bu konuda eğitimi kim verecek, belki bu konuda daha önce tecrübeli veya bu konuda çalışma yapmış veya bu konuda bilgisi olan kişilerin vermesi daha uygun olabilir. Yani her şeyden önce hekimlerin farkındalıklarının arttırılması gerekiyor.”(ÖÜ-9)

“Hekim şiddet olayı ile ilgili olarak anlık bir tıbbi durum değerlendirmekle yükümlü oluyor. Acil servis sürecin küçük bir kesiti olmakta. Bura da hekim tedavi ve bildirim sorumluluğunu yerine getirmelidir diye düşünüyorum.”(ÖÜ-2)

“Ben kendim bununla ilgili iletişime yönelik eğitim verdim. Ama şuan aktif olarak acil tıp alanında değilim tıp eğitimi anabilim dalındayım. Dolayısıyla şuan vermiyorum. Ama mesela bu iletişim becerileriyle ilgili şiddetle ilgili uygun öyküyü alabilmek de aslında bir iletişim becerisi daha büyük bir şemsiyenin altına giriyor. Onun altında spesifik bir konu şiddete uğramış olan hastaya yaklaşım ama genel olarak iletişim becerileriyle ilgili bir yaklaşımınız var ise bu yönde bu konuda bir alt yapı var ise hepsine doğru bir yaklaşım geliştire biliyorsunuz.”(ÖÜ-1)

“Şiddete uğrayan kadın hasta yaklaşımda cinsiyet farklılığı çok da önemli olmadığını tecrübelerinden söyleyebilirim. Burada en önemli olan hekimin iletişimi becerisidir. İyi bir iletişim kurabilen hekim şiddet yönetimini de iyi yapacaktır.”(ÖÜ-3)

“Hani bunlar ekstradan şuan bu konuşmadan çıkan aslında yapılabilecek şeyler olarak ilk aklıma gelenler. Öte yandan en başta söylediğimiz öykünün önemine vurgu yapan dolayısıyla acil tıp asistanlarının ve/veya aslında acil tıp uzmanlarının dahi farkındalıklarını arttıran belki bu tip şeyler ders kıvamında olduğu zaman çok önemsenen ya da çok üzerinde durulan şeyler olmuyor maalesef. Daha orijinal yöntemler bulunarak belki bir kurs kapsamında ve simülasyon eğitimleri gibi eğlenceli eğitimlerle dikkat çekilebilir ve o olgular üzerinde doğru tutum ve davranışlar tartışmaya açılabilir ve kişilerin doğru tutum geliştirmek konusunda becerilerinin zenginleştirilmesi denenebilir yani bunlar şuan ki dediğim ilk konuşmanın ardından ilk aklıma gelenler.”(ÖÜ-1)

“Olmazsa olmaz basamakların belirlenip o basamakları öğreten ve vurgulayan yapılandırılmış bir eğitim hatta önerim mezuniyet öncesinde belki teorik veya uygulamalı simüle hastalar üzerinden olabilir. Ama uzmanlık eğitiminde tamamen böyle olması gereken eğitimler yapılandırılmış eğitimler planlamak lazım.”(ÖÜ-1)

“Kendi adıma bu en başta anlattığım yaklaşımın doğru olduğunu düşünüyorum. Şimdi senle konuştukça daha da iyi şey yapıyorum bununla ilgili kesinlikle. Çünkü kendi toplumumuz da yani bütün dünyadan daha fazla olduğunu düşünüyorum bunla da ilgili bir bilgim yok ama daha fazla olduğunu düşünüyorum. Özellikle Doğu Anadolu da yurt dışında da muhakkak vardır. Sadece fiziksel şiddet tabii konuşmamak lazım kadına şiddetin kesinlikle tıp eğitimi içerisinde yeri olması gerekiyor. Özellikle acil tıbbın içerisinde bizim kendi şeyi adli tıbbın içinde mi acaba olur yani bir etik onu bilemiyorum ama böyle bir eğitim almıyoruz. Uzmanlık eğitimi içinde de almıyoruz. Bence kesinlikle olması lazım bu. Şimdi böyle farkındalığı oluşan bir şey şimdi düşünüyorum pratisyen hekimler var onlar acaba ne kadar eğitim aldılar? Yani ben kendimi belki bilemiyorum sen daha iyi göreceksin çalışma sonunda hekimliğe yeni başlayan kişilerle benim aramda fark varsa muhakkak tecrübeyle olmuş olacak. Ya da oluşacaksa böyle bir eğitim almadım olması gerektiğini düşünüyorum özellikle yeni pratisyenler için tıbbi eğitim alınmıyorsa çalışan kurumlarda bu konuyla ilgili iletişim becerileriyle ilgili ders verilebilir.”(ÖÜ-6)

“Eğitimimizin bir parçası mutlaka olmalı. Her eğitim programında acil serviste çalışan her personele sadece acil tıp asistanına değil acil tıp servisinde çalışan pratisyenlere dahil okul mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet olgularının mutlaka anlatılması gerekiyor. Bu yani işin bir parçası artık doktor bulunduğumuz toplumdaki sorunların bir parçası artık.”(ÖÜ-7)

“Dolayısıyla hani önce hastaya yaklaşımla ilgili genel kuralları genel becerileri ve hâkim bir kitle yetiştirmek lazım. Bunun içinde biz zaten şu anda tıp etiğini birinci sınıftan itibaren başlıyoruz bu eğitimlere hasta hekim ilişkisinde iletişim becerilerine...”(ÖÜ-1)

“Ya mesela bu birinci sınıfta alınan bir eğitimin katkısı olduğuna ben inanmıyorum. Hani bu eğitim nasıl mantıklı olur? Hani adam acilde başlayacaktır, başlamadan önce bu eğitim olmalı. Birinci sınıfta ben gördüğüm hiçbir dersi hatırlamam ki. Kafamda bazı şablonlar oluşmuştur. Hastayı izole olarak tek bir yerde dinle gibi. Kafamda onları yoğururum, en mantıklı en uygun nasıl onları genel olarak kendi yorumumu kadar bir şeyler çıkarabilirim. Ama hekimliğe başlamadan önce bu yapılırsa hasta için daha etkili bir durum olur. Ee, hekim öğrenirse şöyle yapmam lazım, şu andaki basamaktaki adımım budur diye bilirse hekimler başlamadan önce daha etkili olur. Yani bu intörnlükteki bir eğitim olursa çok daha etkili olur.”(ÖÜ-8)

“Farkındalığı arttırır direkt olarak. Yani buna ı özellikle bir sertifikasyon gerekir diye bir madde konulsa. Şimdi şöyle mesela tıpta iletişim becerileri diye bir sertifikasyon var. Bu olmadan acil tıp uzmanı olamazsınız. Bu sertifikasyonu sağlamanız gerekiyor. Bizim fakülte bünyesinde zannediyorum gene etik hocalarının oluşturduğu bir program var. İki gün sürüyor. İki gün oraya devam ediyorsunuz oradaki işte dersler oluyor. Ne bileyim işte görsel materyaller oluyor film oluyor, belgesel oluyor vs. İki gün oraya devam ediyorsunuz. İki günün sonunda sertifika veriyorlar. Bu sertifika olmadan bu olmuyor. Belki işte bir saatlik iki saatlik belki bir günlük. Ne kadar gerekiyorsa. Böyle bir sertifikasyon olursa bu dört senelik zaman dilimi içerisinde bir gün hiç bir şey değil. Ama şey anlamında farkındalık anlamında çok katkısı olur. Bir başka konu, konularla ilgili şey çok fazla değişiyor. Yönetmelikler, kanun maddeleri vs. O konuyla ilgili de hani hekimin üzerine düşen bir şey var mı yok

mu noktasında her değişimden sonra bir farkındalık oluşturmak için bakanlığa belki bu konuda görev düşer.”(ATA4-1)

“Uzmanlık eğitimine gelince, uzmanlık eğitimindeki beceri eğitimlerinin daha üst düzey olması lazım ve belki de gerçek olay temelli simülasyon vakalarıyla belki de yapmak lazım. Çünkü hani doğru oturma, doğru kalkma gibi doğru cümleleri kullanma işte mimikleri okuma kendi mimiklerinizin nasıl tepki verdiği anlaşıldığı gibi böyle temel iletişim becerileri bilgisinden çok uzmanlık eğitimi de vereceğiniz bilginin olay yönetimi kriz yönetimi gibi becerileri kapsayacak şekilde verilmesi lazım. Onun için daha komplike eğitimler olması lazım. Ben kendi eğitimimde böyle birebir almadım ama çok fazla pratiğin içerisinde ve hastalarla karşılaşarak yol aldığım için belki de kendi iç dinamiklerim ve özel ilgim ve merakım nedeniyle bu konuda kendimi geliştirmek adına okumuşluğum ve uğraşlarım olmuştur.”(ÖÜ-1)

“Bunla ilgili bir kere bir farkındalık oluşmasını istiyorsak, bunla ilgili dökümante bir şeyler muhakkak olmalı. Belki eğitim olmalı. Hastane içi ya da ne bileyim kurum içi, üniversite içi, sağlık bakanlığı içi. Bu konuda bir şey olmalı. Onun haricinde çoğu hekim ne yapacağını da bilmiyor. Yani işte hasta geldi diyelim ki benim gidecek yerim yok. Ya ben napayım ya da ne bileyim işte benim ben medikal olarak ben medikal duruma bakarım. Bunlar paramedikal şeyler, beni ne kadar ilgilendirir ki gibi yaklaşımlar olabiliyor. Hani burada yapabileceği şeyleri hatırlatmak anlamında muhakkak hekimlere, ııı, doküman ya da eğitim gibi bir şey olmalı bence..”(ATA4-1)

“Acil tıp hekimlerine bu konuda belki ara ara seminerler yapılarak böyle durumların gözden kaçmaması için hatırlatılabilir. Onun dışında yani ekstra bir ekip kurulabileceğini düşünmüyorum. Çünkü o ekibin 7/24 hizmet vermesi gibi bir durum imkânsız bir şey zaten. Dediğim gibi acilde çalışan tüm personelin hatta sadece hekimlerin de değil bu hemşiresi de olabilir yani intörnü de olabilir. Hepsinin ara ara seminerler şeklinde eğitilmesi gerekir diye düşünüyorum.”(ATA4-10)

“Bu konuda toplumumuzda her hangi bir eğitim olduğunu düşünmüyorum. Akademik düzeyde de bir eğitim olduğunu düşünmüyorum. Yani daha önce aldığım bir eğitim yok arkadaşlarımdan da ya da çalışma ortamda herhangi bir insanında aldığını düşünmüyorum bu konuda düzenli olarak eğitimler verilebilir.”(ATA1-9)

Kadınla ilgili;

“Şöyle bir hasta mesela şiddete maruz kaldığında ben yasal haklarından bahsedebiliyorum. İşte bu konu hakkında korkmaması gerektiğini adli kolluk kaynakları kolluk kuvvetleri bunu bildirmesi gerektiğini bunun adli bir olay olduğunu bilmiyorsa bu konuda ona bir aydınlatma yapmaya çalışıyorum.”(ATA1-6)

“Yani bu olayın yani şöyle bunun biraz cesaretlendirme olarak söylüyoruz. Yani bu böyle devam etmez. Bu insan size sürekli şiddet uyguladığında yaptıkça siz bir şey demedikçe, yapmadıkça daha çok kendini güçlü hissedecek daha çok size şiddet uygulamaya devam edecek. Yani bunun devlet sığınması gerekirse bir devlet sığınmasının olduğunu bu konu hakkında devletin artık yeterli eskisi gibi değil biraz daha hassas davrandığını ifade etmeye kadın sığınma evleri olduğunu ifade ediyoruz söylüyoruz yani bu şekilde.”(ATA1-6)

“Genel olarak hastaların bir materyal sunmadığınız takdirde yapacakları işleri tam olarak idrak edemediklerini seziyorum. Acil serviste ki bu tarz hastaların büyük bir sıkıntı içinde olduğunu ve bu yeteri kadar bu işlemi yapmak için yeteri kadar cesaretlerinin olmadığını ve elinde herhangi bir yönlendirme olmadığında bu işlemi yapabilecek durumda olabileceklerini düşünmüyorum. O yüzden materyallerimizin olması bize büyük katkı sağlayacağını hastanemizin de katkı sağlayacağını düşünüyorum.”(ATA1-9)

“Çok iyi olur. Mesela buradan çıkarken hastanın neler yapabileceği nereye başvurabileceği gibi bir şeyler olursa hani bakanlıklarda mevcut olan broşürlerden falan bulunursa bence çok faydalı olur.”(ÖÜ-4)

“Ya şöyle diğer zaten hastalar hani acil bir hastalığı olan hastaneye geliyor tedavisini oluyor, bir şekilde yönlendirmesini yapıyoruz. Hani onların çaresi var diye düşünüyorum. Ama bu tür olguların bir acil hekimi tarafından tedavisi yok bir şeyi yok daha çok şey gibi hem bir psikiyatrist ilgilenmesi gerekiyor. Hem de bu devletin nasıl deyim böyle kadın haklarıyla ilgilenen kurumlarının devreye girmesi lazım. Yani kadına güvende olabileceği bir yer sağlamaları lazım buna mecbur olmadıklarını göstermeleri destek olmaları lazım. Eğer kadın bir sefer bile olsun bu tür bir şeye mecbur olmadığını

hayatta daha farklı bir hayatın olduğunu anlarsa hani o çevreden uzaklaşıp bence kesinlikle anında boşanıp hayata farklı bir şekilde devam edecektir.”(ATA1-8)

“Genelde şundan bahsediyoruz işte eskiye göre boşanma oranları arttı. Çünkü kadınlar eskiden böyle bir gelirleri yok mecburlar aile baskısı var. Dediğim gibi işte gelinlikle girer kefeninle çıkarsın anlayışı vardı. Şimdi kadınlarda çalışmaya başladığı için bir mecburiyeti yok bir şeyi yok. Ya bir asgari ücret bile olsa bir kadın geçinebilir bunun farkına varan herkes zaten boşanıyorlardı. Ya bu kalanları da bir şekilde ekonomik özgürlüklerini sağlayabilirsek bence çok daha hızlı halledebiliriz diye düşünüyorum.”(ATA1-8)

“Çukurambar’ın içerisinde yani hani sosyokültürel seviyesi yüksek bir hastanede çalışıyorum. Tırnak içerisinde kadınlar orada kendini daha özgür hissediyor. Gelen kadın hani tabii olanaklarımız mevcut. Hasta sayımız az, gelen kadın meramını anlatma yeteneği daha yüksek, korkusu, bana bir şey olacak korkusu daha az daha özgür kadınlarla tırnak içerisinde muhatap olduğumuz için ı daha rahat tanı koyuyor ve yardımcı olabiliyor olduğumu hissediyorum doğuya nazaran.”(ATA4-4)

“Şöyle ı gördüğüm vakalardan ötürü söylüyorum bunu, dediğim gibi biz gönderirsek biz hemen göndersek yine başına aynı olay gelecek belki de evde yine kocasından dayak yiyecek. Bu emniyete giderse eğer geri eve geldiği zaman, kocası emniyete gittiğini gördüğü zaman kocası büyük ihtimalle daha hani ağır cezalandıracak ne dersek. Ama acil servise geldiği zaman ve biz de uygun yaklaşırsak buna ve bu vakalara, belki de öyle sonlanmayacak emniyete gitmiş gibi sonlanmayacak. Ama yine resmi yönden emniyete bildirilmiş olacak ama vatandaş acil servise gelmiş olacak. Genellikle bunlar zaten darp edildim diye gelmiyorlar. Genellikle bunlar başka sebeple gelip biz buluyoruz böyle olduğunu. Gizlice biz bunu emniyete bildirmiş olsak hani evdeki o darp eden kocası ya da her neyise aklıma gelen örnek bu sadece. Ona sadece hastaneye gittim diyebilir gibime geliyor. Bence bu riski azaltacak şeyler yapılması lazım acil servislerde.”(ATA4-2)

“Evet evet zaten şiddet gören kişinin de bir hani tedavi olması gerekiyor psikolojik olarak. Ama o neden olmuş sorgulamak lazım. Hani neden böyle bişey yapıyor, eşini artık eşi diyoruz ama annesi babası kardeşi abisi falan da olabilir. Tabi

yani onları bir sorgulamak lazım aslında neden böyle bişey yapıyorlar sadece ona mı yapıyor genel olarak mı öyle bunları bir sorgulamak lazım diye düşünüyorum.”(ATA1-2)

“Yani bu konuda hiç şansımız olmadı net konuşmak gerekirse. Ama ıı hastaya konuşmamızın başında, sohbetimizin başında bahsettiğim gibi kolluk kuvvetlerini arayabileceğimizi, bu hususta onu burada koruyabileceğimizi ifade ediyorum ben çekinmiyorum. Ama maalesef yani ülkemizde bazı şeylerde yolunda gitmiyor yani. Trafikte bile her an birinin çıkıp sizi öldürmeyeceği garantisi yok. Kendimizi de bir şekilde başka insanları da korurken kendimizi de korumamız gerekiyor. Ama elimizden geldiğince bu konularda hastayı ikna etmeye çalışıp ve gerekli olan neyse onun güvenliği açısından uğraşıyoruz.”(ATA4-6)

“Burada hekim sorumluluğu derken şiddete uğrayan kadının sorumluluğunu da unutmamak gerekir. Hastanın hastane dışında yeniden şiddete uğramasına dair bir risk değerlendirmesi yapmak için detaylı bilgi aktarma ve şikayetçi olma sorumluluğu da bulunmaktadır.”(ÖÜ-2)

“Neler yapılmalı? ıı toplumsal düzeyde de şu yapılmalı bence; ııı, çıkarılan yasaların daha şeffaf, daha açık, daha ikirciksiz olup her bireyin özlük haklarını koruyup, evlilikte de boşanma süresinde de kadına yeterli ve gerekli hakları verip, ıı toplumsal olarak ıı şiddetin tanımını herkese daha iyi yapmayı sağlayıp, sosyokültürel seviyeyi arttırmak ve hani bu ıı ceza durumunun daha katı olmasını sağlamak diyebilirim.”(ATA4-4)

“Bir kere daha geldi kız yanıma. O zaman da teşekkürle geldi. Hocam bir yerde kasiyer olarak işe başladım dedi işte tam hatırlamıyorum. İşte bilmem kaç ay daha aynı yerde kalmaya devam edeceğim dedi. Belli bir yaşı geçtiği için bakanlığın normalde bakma şeyi yokmuş mesela. Belirli bir süre daha orada kalacağım dedi işte bilmem nereden izin aldılar dedi. Bu arada biraz para biriktireceğim, kendi evimi kuracağım onun için de yardım edecekler bana dedi. Güzel bir tabloydu. Ama tabi kız açısından çok trajik bir durum.”(ÖÜ-8)

“O kadının bir şekilde eve gitmeden uygun şekilde, konforlu şekilde, güvenilir şekilde kendisini rahat hissedeceği bir yere gitmeli. Çünkü eve gittiği takdirde, eve

gidecekse o kadın şikâyetçi olamaz, tekrar dayak yer. Bunun lamı cimi yok. O kadın o evden çıktı. Tekrar dayak yiyecek. Ya bu kadın eve dönmek istemiyorsa, yani çok özür dileyerek söylüyorum, sokakta ona buna, paymal, ya üç kuruşluk adamların evine gidecek. Artık iyi, helal süt emmiş birine denk gelirse, sadece ev olarak kullandığını var sayalım. Orada da rahat edemez, bir tedirgin olur. Kötü adamın eline düştüyse zaten geçmişler olsun. Yani kadın böyle bir seçenikle, çaprazla karşı karşıya kalmamalı. Devlet buna tamamen kol kanat germeli. Nasıl çocuk için çocuk esirgeme kurumunu yapıyorsa, kadınlar için de mutlak suretle bir organizasyon teşkil edilmeli.”(ÖÜ-8)

“Yok, adli olarak zaten benim bu vakayı bildirme şartım var. Kadının onayı olsun veya olmasın. Ben buna bakmam. Ee, polise de bizzat kendim bildiririm. Davacı olup olmama noktasında, ben davacı olması yönünde pozitif yönlendirmemi yaparım ama mutlaka davacı olacak şekilde bir tutuma girmem de mümkün değil. O hastanın kendi rızasına bağlı.”(ÖÜ-8)

Şiddetin nedenleriyle ilgili;

“Şöyle toplum olarak son yıllarda baktığımızda kadına yönelik şiddetin daha çok medyaya yansıdığını görüyoruz. Bu direk istatistiksel bir de anlamlı bir yükselme olup olmadığını bilemiyoruz ama toplumun böyle bir gerçek olduğunu fark edip bu şiddet olgularına hem psikolojik hem de fiziksel şiddet olgularında kadına yönelik multidisipliner, detaylı ısrarcı ve dikkatli bir değerlendirme yapmamız gerekiyor atlamamamız için.”(ÖÜ-7)

“Hani şiddete girmeden önceki durumu müdahale biz sonuçta gidersek bu iş çözülmez diye düşünüyoruz. Önceliğimizde şiddete meyli olan bir şeyi ortadan kaldırmak gerekiyor şiddetin nedenlerini ortadan kaldırmak gerekir.”(ATA1-6)

“Kadına şiddet olgularında işlemleri gereken süreç daha çok yani şiddet olduktan sonrası için olabilir. Ama şiddet öncesinde buna engel olmak daha önemli diye düşünüyorum. Yani şiddet olduktan sonra yapılacak şeyler daha çok kısıtlama amaçlı olur. Ama bunun öncesini düzeltmek yani gerekirse benim eşim aile danışmanı, yani aile terapileri oluyor. Aile terapileriyle bu kadına şiddet en azından

aile içindeki şiddet en aza indirilebilir diye düşünüyorum. Sonuçta bu evlilikte bir sıkıntı varsa şiddetle sonuçlanmamalı. Yani şiddet varılabilecek en kötü ve en son nokta olmalı olmamalı aslında dediğim gibi yani bu süreç içerisinde en önemli olan sürecin öncesini engellemek.”(ATA1-7)

“Aynı zamanda erkeklerin daha çok erkeklere eğitim verilmesini düşünüyorum. Kadın erkek eşitliğini sadece çalışmak veya para kazanmaktan ibaret olduğunu düşünüyoruz. Yapılan işlerin nitelik ve nicelik olarak kadın erkek ayrımı yapıldığını görüyorum. Bunlar küçüklükten gelen çocukluktan gelen bir eğitimle değiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum yine şahsi fikrim olarak erkek adam profilinden biraz uzağa gitmemiz ya da çocuklarımızı uzağa götürmemiz gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-9)

“Yani şimdi acil tıpta karşılaştığımız şiddet olaylarını iki şekilde bir gerçekten hastanın hayatını tehdit edici bir şiddet var mı bu tıbbi yönüdür. İkincisi de psikiyatrik yönden muhakkak zaten şiddet uygulanan ve uygulayanı yönlendirme yapıyoruz. Gerek eşler olsun darp eden olsun şiddet uygulayan olsun tabi sözel olarak tavsiyede bulunuyoruz onun dışında ek bir önerimiz olmuyordu.”(ATA1-7)

“Eşini de sorgulamak lazım aslında. Eşi niye böyle bir şey yapıyor? Belki hasta olabilir, şizofren var, ıııı hani psikolojik bir sürü rahatsızlıkları olabilir, kişilik bozuklukları olanlar var. Aslında biraz onu da sorgulamak lazım neden böyle bir şey yapıyor diye. O da belki psikiyatriye yönlendirilebilir yani o şekilde bir çözüm aranabilir.”(ATA1-2)

“Bu konuda ben çok düşündüm. Mesela şimdi biz bu insanlara yargılayalım hafif ceza verelim erkek şiddete maruz şiddet uygulayan erkeğe bunun yakını da var. Yani bunun şiddete meyil gösteren insanın bence öncelikle rehabilite etmesi gerektiği gerekiyor.”(ATA1-6)

Toplumla ilgili;

“Sokakta kendi sokağımda oturduğum sokakta karşılaştığım olmuştu. Bir sevgilisi tarafından darp edilen kadına kadını görmüştüm bir iki arkadaşlık kendisine müdahalede bulunmaya çalıştık ama çok başarılı olamamıştık. Şiddet konusunda

gerçekten hararetli bir insan karşımızdaydı biz polis müdahalesi için telefonla bildirimde bulunmuştuk.”(ATA1-9)

“Sinop halk sağlığı müdürlüğü el kitapları şeyden geliyordu Ankara dan merkezden geliyordu Türkiye halk sağlığı kurumundan ama el broşürler afişler olsun onlar şeyden geliyordu.”(ATA1-3)

“Şiddetle mücadeleyi özendirici filmler ve kitaplar önerilmelidir. Toplumsal farkındalığın artırılması da şiddetle mücadelenin en önemli ayağıdır. Kültürel anlamda şiddeti meşrulaştıran söz ve davranışların yanlışlığını arttırarak farkındalık kazandırmak önem arz etmektedir. Aslında tüm toplumun sorunu olan şiddet olgularında etkilenen kadın olduğu zaman daha da çok zarar görüyor. Hukuki sürece baktığımızda caydırıcı cezalar bulunmuyor.”(ÖÜ-3)

“Sağlık Bakanlığının bir broşür çıkartması gerektiğini düşünüyorum. Yasaların daha net, daha şeffaf bir şekilde televizyon, radyo kanallarıyla herkese ulaştırılmasını, bunun ağır bir suç olduğunu, devlet tarafından korumaya alınacağını yani açıkçası kısa özet geçersen eğer; kadına tekrar yeni güven aşılayıp güven verip ortak bir dilde ortak deklarasyonla 1.basamaktan son basamağa kadar belirli bir şablon şeklinde ee ilerlememiz gerektiğini ve öyle olması gerektiğini düşünüyorum.”(ATA4-4)

“Bir veya 2 tane de olsa o ve şeydi olay hani hem magazinsel anlamda böyle etrafı etkilediği için aile yakınları hani kapatmaya çalışıyordu büyükleri, ama eş bir şekilde sahip çıktı. Hani kendi eşini olayı şey etti şikâyet etti hatta hani şey yani kardeşini tehdit ediyordu bağıryordu. Şeyde bir şekilde ondan sonra biz tabi adli raporlarını tutup gönderdik ondan sonra bizim yapacağımız bir şey yok.”(ÖÜ-5)

“Çünkü bu kadın şiddete uğramış. Ee sen şiddete uğradın, şimdi şunu yapacaksın falan değil o şiddete uğrayan kadının kendisinin de şiddete uğradığının farkında olması lazım. Ya böyle gelmiş böyle geçer gibi bir davranış var. Hani kadın dediğinin yeri bellidir gibi şeyden biraz uzaklaşmak için bence önce kadınların kendilerini eğitmesi gerekiyor ve ya bizim toplum olarak eğitilmemiz gerekiyor yani sadece kadınlar bazında değil erkeklerde şiddet uygulamamak yönünde eğitilmeli.”(ATA1-5)

“Bu konuyla ilgili toplumsal farkındalık ve birazda hani burada toplumu düzeltmek lazım. Yani toplum iyi beslenmiyorsa, sağlığına dikkat etmiyorsa, aşılarını almuyorsa siz istediğiniz kadar doktor istihdam edin ben burada iğne yaparım reçete yazarım, reçeteyi almaz adam. Yarın bir daha iğneye gelir, yarın bir daha iğneye gelir. İyileşir mi iyileşmez.”(ATA4-1)

“Birincisi bu en tepeden başlaması gerekiyor. İnsanımızı eğitmek gerekiyor. Yani ben küçük bir hastanede çalışıyorum, çok dev gibi büyük bir hastanede çalışmıyorum. Buraya bile kadına şiddet olayı geliyorsa ki Ankara'nın en güzide semtlerinden birinde olan bir hastaneye geliyorsa bu durum öncelikle bunu sadece bizim bireysel yapacağımız çabalarla düzeleceğini düşünmüyorum.”(ATA4-6)

“Tabi çünkü şimdi şöyle insanlar pat diye ben diyorum ya bu insanlar saklama eğilimindedir. Ne kadar ilk başta biz bir şey yapsak bile onu bir defans koyduğu için duymuyor, yani siz ne dersiniz onu duymuyor. O broşürler şu yönden faydalıydı; örneğin hastayı yalnız bıraktırıyordum kendi en güvendiği yakını bile olsa yalnız başına odada bulundurtturuyordum, broşürü veriyordum eline. Bunu oku diyordum, kimseyi de aldirtmıyordum ki kimse hiçbir kimse onu yönlendirmesin kafasını karıştırmasin. O broşürü okuduktan sonra broşürdeki haklarını bildikten sonra kişiler şikâyet yani şikâyetçi olmaya daha çok yatkın olmaya başlıyorlardı. Broşürün içeriğinde işte kadına şiddete maruz kalan haklarından bahsedilmişti. Nasıl sonrasında güven yani güven içerisinde hani şikâyetçi olduktan sonra bu şiddetin nasıl sonlandırılacağını ne hakları var işte mor çatıda nasıl kalacaklarını polisle nasıl çıkıyorlar polis onlara nasıl koruyor onlarla ilgili bilgilendirme.”(ATA1-12)

“Bu aslında nasıl ki şeker hastalığında, tansiyon hastalığında hastane öncesi eğitimler yapılmaya çalışılıyor, sağlık bakanlığı tarafından veya kamu spotları vs. şeylerle, belki bu konuyla da ilgili ellerinde basit bir broşür olsa ve bu tip olaylar yaşandığında nerelere ulaşması gerektiğine dair bilgilendirici bir materyal olsa, bir daha başlarına gelmesin diye insanlara verilebilir. Güzel bir şey olabilir.”(ATA4-7)

“Çünkü bu insanlar zaten araştırmıyorlar. Ama diğer yani formların hepsine internetten girip araştırıp çok rahat ulaşılacak bir şey. Yani bunun yani en kısa sürede

yaygınlaşmasını bu yönde bir şey oluşturursanız eğer bu yaptığınız araştırma üzerine en faydalı şey bu olacaktır bence.”(ATA1-12)

“Farkındalığı artırmak lazım. Bunun içinde hani cinsiyetçi davrandığımızı gösteren farkındalığı artırmamız lazım. Şiddete gitmeden cinsiyetçi davranışın olduğunu göstermek lazım zaten şiddete iniş vaziyetin çok daha şey hani bir sıkıntılı bir süreç. Eğer burada cinsiyetçi davranışların farkındalığı artırırsak diğer şiddetin de ortadan kalkacağını düşünüyorum, yani azalacağını düşünüyorum. Dediğim gibi hani ben ilişkilerimde işte toplumsal cinsiyetle ilgili hani çok kendimi iyi bilirdim, ama toplumsal cinsiyetle ilgili birkaç kavram oturmaya başlayınca veyahut da hafif bilginiz artınca hani çocuğunuzu bile severken böyle davranabildiğimizi gördüm çok şey ilginç geldi bana o yüzden farkındalığı artırmak gerekiyor.”(ÖÜ-5)

“İlk eğitim basamağından başlanıp sonuna kadar gitmesini eğitim kurumunun yükseldikçe yani düzeyinin yükseldikçe yasal süreçlere kadar gidebilen bir range da eğitimin verilmesi gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-9)

“Ya toplumun açıkçası kanayan yarası olduğunu düşünüyorum hani sorduğunuz sorular. Çünkü hani siz sordukça ben de hatırlamaya başlıyorum. Yani bunu nasıl çözebiliriz açıkçası eğitimle çözebiliriz. Ha nu eğitim dediğimiz öğretim değil, öncelikle eğitim. Küçük çocuk, çocuk yani çocuğun eğitimi. Şöyle söyleyeyim eğitim evde olur. Eğitim okulda olmaz. Çocuk evde ne görürse onu uygular. Bu yüzden çocuğa verilen eğitim çok önemli ki bu çocuk ileride büyüdüğü zaman birey olacak. Evde ne görürse onu artık uygulamaya çalışacak. İ toplumun yani eğitilmesi gerektiğini düşünüyorum. Eğitimle ııı, kadına yönelik şiddetin de biteceğini düşünüyorum açıkçası. Yani düzgün bir eğitim olduğu sürece.”(ATA4-3)

“O biraz daha çok öğretime kayar gibime geliyor. Yani eğitim genelde evde olur. Yani bize hani ney yere çöp atma, kırmızı ışıkta geçme. Bu eğitimidir. Yani bunu okulda öğrenmeye gerek yok bu zaten genel şeydir hani ne diyeyim insanlığın bir şeyidir.”(ATA4-3)

Politikayla ilgili;

“Tabi öncelikle şiddetin tanımını iyi yapmak gerekmektedir. Şiddet kapsamına neyin girdiğini iyi kavramak gerekir. Fiziksel ve cinsel şiddet varken aynı şekilde istismar olarak da tanımlanabilir. Mesela 16 yaşında bir kız ile olan bir cinsel ilişki rıza dâhilinde de bile olsa şiddet ya da istismar olarak değerlendirilmeyecek mi? Bilmiyoruz.”(ÖÜ-2)

“Yani bizim bildiğim kadarıyla adli rapor tutup polise bildirmek dışında yapabildiğimiz pek bir şey olmuyor yani. Bu yeterli bir koruma sağlamıyor benim gördüğüm kadarıyla. Ama yani fiziksel olarak tabi ki mevcut yaraları tedavi etmeye çalışıyoruz ama en azından psikiyatrik desteğimizi esirgediğimizi düşünüyorum yani her acile bir psikiyatrist olabilir bu açıdan ama tabi buda büyük bir sağlık politikası değişimi gereğidir muhtemelen gerekir.”(ATA1-9)

“Buraya bile kadına şiddet olayı geliyorsa ki Ankara’nın en güzide semtlerinden birinde olan bir hastaneye geliyorsa bu durum öncelikle bunu sadece bizim bireysel yapacağımız çabalarla düzeleceğini düşünmüyorum. Bu konuda bilgilendirmeleri bakanlık, Aile Bakanlığı, işte Adalet Bakanlığı bunların belirli düzenlemeler, kamu spotları, işte belki broşürler vs. bunlarla desteklemesi gerekli. Öncelikle insanlarımızın bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Sonrasında da bu konuda ee cezai yaptırımların daha etkin uygulanması gerektiğini düşünüyorum. Yani biz hasta bazında düşünürsek ben elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım ama tıbbi anlamda belki de bir kaç fikir anlamında yardımcı olmaya çalışırız. Ama mesleki olarak çok çok da görevimizin dışına çıkmamamız gerektiğini de düşünüyorum açıkçası.”(ATA4-6)

“Biz yönetemiyoruz olgu bildirim sürecini. En büyük sıkıntımız o. Adli vaka raporu ve polis haricinde. Aslında bu vakaların polisle, polisten çok sosyal hizmetle alakası var bence. Yani sosyal hizmetler ve polisle beraber alakası olması lazım bence. Biz polis kısmını hallettikten sonra, polise bildirim kısmını hallettikten sonra ne olduğunu gerçekten bilmiyoruz. Ama olması gereken bence bunları polise de bizim bildirmememiz gerekiyor. Sosyal hizmetlerden elimizin altında birisinin bulunması. Sosyal hizmetler tarafından bu vakalarla görüşülüp daha sonra savcılık mavcılık kim

gerekiyorsa onların halledilmesi gerekiyor. Biz bu vakaları tüm vakalar gibi hani tüm adli vakalar gibi algıladığımız için hemen polisle işi çözmeye çalışıyoruz. Bu vakaların hepsi polislik değil yani hepsi direkt polisin müdahale edebileceği gibi değil. Ve birçok vakayı polis daha kötü hale getiriyor büyük ihtimalle. Bence sosyal hizmetler daha mantıklı olurdu.”(ATA4-2)

“Kadına şiddetin boyutları dolayısıyla kadına şiddete bakış açımızı planlarken ya da onu çözmek için bir şey yaparken ya da daha spesifik düşünürsek sağlık sektörü içerisinde hizmet almaya gelen şiddete uğramış bir kadını nasıl yöneteceğimiz ve onu nasıl anlayacağımızı planlarken bu çerçevede daha kapsamlı bakarak bir perspektif sergilemek lazım. Aksi takdirde ne yaparız sığ bakarsak sadece durumu idare ederiz yani bugünkünü yaparız. Çünkü bu gün hiçbir yerde kadına şiddet olguları olması gerektiği kapsam ve genişlikle sahiplenilemiyor yani.”(ÖÜ-1)

“Kurumsal bazda da dediğim gibi acil servis içinde rahat görüşme yapılabilecek alanların sağlanması, buralarda bu konuda hizmet verebilecek sosyal hizmet uzmanlarının bulundurulması gerekir.”(ÖÜ-9)

“Bu eğitim boyutu kurumsal boyutunda ise, bu tür hastalarla mücadele daha doğrusu bu tür hastaların yönetimiyle uğraşırken ihtiyaç olan başlıkların kurumlar tarafından desteklenmesi lazım. Yani aynı farkındalığın kurumlar bazında da gösteriliyor olması lazım.”(ÖÜ-1)

“Bu konuda bir de bu konunun tabii bunda hem bizim organize olmakla bir sıkıntılarımızda olabilir. Öte yandan konunun çok hassas ve aileyi kanun yapıcılara şikayet eden bir niteliği de olduğu için ve toplum yapısı da bu tür şikayetleri çok henüz tolere edemediği için ya da diyelim hekimle hastayı hekimle hasta yakınlarını karşı karşıya bırakacak şeylerde olabilir olabiliyor. Bu tip durumlarda olaylar olabiliyor. Dolayısıyla hani sadece bir form oluşturmak çözüm değil. Form oluşturup arkasından gelebilecek sorunları da göğüsleyebilecek bir idari ve tıbbi örgütlenme lazım. Hani bildirim yapınca sorun bitmiyor. Çünkü onu karşılayacak psikoloğunuz var mı? Hani onu karşılayacak buradan kaynaklanacak herhangi bir adli sürece ya da bir arbedeyi karşılayacak süreçleriniz organize mi gibi onunla beraber gelecek pek çok şeyde göğüsleyecek bir yapılanmanın olması lazım.”(ÖÜ-1)

“Onun dışında da fizik mekânla ilgili özellikle bireyin kendini daha rahat hissetmesi fizik muayenelerin olması gerektiği gibi olabilmesi için az önce bahsettiğim gibi bu tür görüşmelerin hani kadına şiddete özgü ayrı bir odada değerlendirelim mi varan ayrı bir oda tahsil etmek çok kolay olmaz. Acil servislerde ama bu tür hasta gruplarının özellikle hasta gruplarının görüşmelerinin yapılabileceği bir alan en azından mevcut koşullar içerisinde oluşturulmuş bir alan tahsis edilirse ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilirse insanlar o ihtiyaç için o odaların o mekânların kullanılabilir olacağını bilirler önceden. İşte pediatriyse çocuk acilideyse mesela çocuk hastalar işte şurada görüşülecek, işte öz kıyım vakası işte ilk görüşmesi şurada yapılacak ya da psikiyatri ile olan görüşmesi burada yapılacak ya da kadına şiddet olgularının fizik muayenesi bu odada yapılacak falan gibi bir algı oluşursa bu tabii öncesinde bir hazırlık aşaması gerekiyor. O zaman ekip bu hastaların nerelerde karşılayacaklarını bilirler daha kapıdan alırken triyajdan alırken bu hastayı oraya alır bu özellikle hasta hocam buraya aldım siz öykünüzü fizik muayenenizi hallettikten sonra hastayı bir başka yere tıbbi tedavisinin gerçekleşeceği başka yere alabiliriz. Ama ön ilk karşılaşmasını burada yapalım diye sizden önce alır ve hastanızı orda hazırlar zaman ve yönetim karışıklıklarını bu şekilde önlemiş olunabilir. Yani yapılabilecek mevcut koşullar içerisinde yapılabilecek şeyler var ama yeter ki dediğiniz gibi bu konuda bir farkındalık olabilsin ve bu gündemimize girebilsin.”(ÖÜ-1)

“İllaki dediğim gibi bu sorun çözülmeyen bir sorun olduğuna göre herkesin yapacak bir fazla şeyi vardır. Aksi takdirde herkes her şeyi tam yapıyor olduğunu düşünüyorsa ortada sorun olmaması lazım. Demek ki herkes yaptığından bir ya da iki fazla bir şey yapması lazım. Acil tıp alanında fazla yapılacak şey şu olabilir bu olgular görünenden daha fazla olduğuna göre bu olguları daha görünür kılmak için bir takım girişimler de bulunabilir. Örneğin sizin söylediğiniz gibi bir form şuan hali hazırda acil servisimizde kullanılmadığı için böyle bir form oluşturulabilir. Bu form adli formun dışında bir formda olabilir sadece adli form süreci yönetmeye çok katkı sunmayabilir bireyi daha iyi anlayabilmek adına oluşturulmuş bir form olabilir. Böyle pisko-sosyal etkenleri inceleyen bir form olabilir.”(ÖÜ-1)

“Daha önceden vardı, uzunca yıllar devam etmişti. Daha sonra işte yönetimlerin tasarrufu veya çalışanların, gönüllü olarak çalışan ekipler vardı burada görevlendirme ile değil de, hastane içinde işte gönüllü olarak kadına şiddet topluluğu, çocuğa şiddet topluluğu gibi topluluklar oluşturulmuştu. Bunlar gönüllü çalışıyorlardı yani herhangi bir görevlendirme veya zorunluluk gibi değildi. Daha sonra bu değişik nedenlerle ve kişilerin ayrılması gibi nedenlerle yok oldu. Ee, belki hastanelerin yönetimleri zorunlu olarak böyle şeyler oluşturabilirler yani hastane yönetimlerine zorunlu tutulabilir bu tip birimlerin oluşturulması. Sosyal destek, sosyal hizmet birimleri var ama bu ne kadar yeterli oluyor soru işareti.”(ÖÜ-9)

“Şeye sosyal hizmetler birimine gidiyoruz onlar aile sosyal bakanlığı ile bağlantıya geçiyorlar. Onlar artık bir barınma evleri ya da yasal olarak hükümlünün yasal şeylerini onlar devralıyorlar ya da eşin yasal uzaklaştırması vb şeyleri onlar yapıyorlar o aşamada hani o sosyal hizmetin diğer yönüne çok karışmıyoruz açıkçası.”(ÖÜ-7)

“Yani ben kurumsal düzenle ilgili sistemlerde artık herkes sistem kullanıyor. Bütün üniversiteler hastaneler ikinci üçüncü basamak tüm sağlık kuruluşları artık sistem kullanıyor ve bu yazılımların birbirleriyle ilgili olan konuşmalarının daha hızlı daha çabuk ve eksiksiz olması gerektiğini düşünüyorum. Yani kurumların bu yazılımlarda yaşadığı açık varsa eksik varsa bunların giderilmesi gerektirdiğini düşünüyorum. Mesela az önce söylediğim gibi kadına yönelik şiddete biz eğer bir ilgi çekmek istiyorsak biz orada işaretleyeceğimiz bir kadına şiddet diye bir buton olmalı onu işaretlediğimizde az önce söylediğiniz süreçleri doldurmamız gereken formları sistem kendisinin zorunlu olarak doldurturmalı. Ve o şeyleri doldurturduktan sonra kadına vereceğimiz belki bir epikriz bilgilendirme broşürü onun yasal sorumlulukları ve hakları ödevleri yazan bir broşürü sistemden otomatik çıkarıp adına düzenlenmiş şekilde kişiye verebiliriz yada yazılımlar böyle pozitif şekilde kullanılabilir. Bence bu da çok zor bir olay değil yani burada bir hastalığın bildirim zorunlu dedikleri günden itibaren bütün Türkiye deki tüm sağlık kuruluşlarında o hastanın ICD on kodunu giren hekim zorunlu olarak bildirim yapıyor bunlarda zorunlu olarak yapılabilir. Çok zor bir

şey değil zaten biz muayenesini falan adli rapora ayrıca yazıyoruz. Oradan bilgi aktarımı da yapılabilir kurumlardan benim beklentim bu yönde olabilir.”(ATA1-4)

“Kurumsal düzenlemelere yönelik şunu gördüm ben çalıştığım süre boyunca hiçbir şekilde darba uğrayan dışında darp eden hakkında çok ağır yaptırımlar uygulanmadığını gördüm ve bunun bir sefer olduktan sonra tekrarlanma riskinin çok yüksek olduğunu gördüm bu konuda hani hukuki olarak yaptırımların arttırılması çok daha faydalı olur diye düşünüyorum. “(ATA1-7)

“Bu da bunun gibi yani bataklığı biraz kurutmak lazım bu konuda bir farkındalık ve ceza sistemi oluşturmak lazım. Yani karısını hastanelik edip döven bir adam akşama serbest kalmamalı. Bu konunun bir cezası olduğunun farkına varmalı insanlar ki bunlar olmasın. İnsanlar durup dururken veya ufak tartışmada bir birlerine yumruk atmaya kalkmasın, kafa atmaya kalkmasın. Bu sadece hani erkeğin kadını dövmesi noktasında da değil. Erkek-erkek arasında olan şeyler hani genelden bahsediyorum. Çok fazla şiddete eğilim var toplumda. Bunun tek bir sebebi var cezası yok. Net yani bu konuyla ilgili çok net. Sigaraya karşı bir savaş başlatıldı kapalı alanlarda sigara içilmeyecek dendi. Yüksek miktarda cezalarla bu bir şekilde topluma kabul ettirildi. Şuan için bu şiddet olaylarında aynı şey ciddi ceza artırımları yapılırsa ııı insanlar bu yollara çok fazla tevessül etmezler. Daha medeni olurlar. Bir şeyi olmadan engellemek tedavi etmekten daha kolaydır yani.”(ATA4-1)

“Adli muayene tutulur, adli açılır vaka gerekli hani psikolojik olarak gerekli birimler varsa onlara konsültasyon istenebilir. Yoksa biz yapıyoruz. Onun haricinde devamında da hani kontrollü de bizde takibe şey olarak medikal olarak diyeyim en azından. Üç ayda bir dört ayda bir tekrar görüşerek durum ne olmuş tekrar ne yapılabilir şeklinde.”(ATA1-3)

“Şöyle mesela periferi bahsederek orda psikiyatri yok konsülte edebileceğimiz kimse yok sadece adli bildirimini yapıyoruz onlar kalaniyla ilgileniyor burda bahsederek bur da evet psikiyatriste konsülte edebiliyoruz. Ama daha çok bur da şeye bağlı bireysel olarak bağlı yani o gün o gece geldiği gün psikiyatristle görüşüyor devamında ilerleyip ilerlememek o kişiye kalmış bir mecburiyet yok sanırım. Ama adli olarak orda bir şey olursa nasıl deyim polisler tarafından bir şeyler

zorunlu hale getirilirse gelip gitme ya da görüşme psikiyatristle bence daha iyi olur çünkü acil hekimler olarak bizim bu tür bir şeyimiz yok.”(ATA1-8)

“Risk değerlendirmesi konusunda psikiyatrinin de sürece dâhil olması gerekmektedir. Çünkü bu risk değerlendirmesi kronik bir süreçtir ve acilin işi değildir. Aile hekimi tarafından takip ve kontrolü için de not düşülen bir sistem kurulsa çok iyi olur ve bence böyle bir sisteme ihtiyaç vardır.”(ÖÜ-2)

“Sadece sizin şiddeti tanımanız yetmiyor. Şiddeti tanıdınız, hastayı taburcu ettikten sonraki durumu ne olacak? Bunun da çözülmesi gereklidir yani bunun bir protokole oturtulması gerekir. Bununla ilgili sosyal hizmetin devreye girmesi gerekir. İdarelerin de bu konuda katkıda bulunması gerekir.”(ÖÜ-9)

“Kesinlikle faydası olur. Yani kesinlikle faydası olur. Hasta en azından kaçtı arayacağım dediğinde, 183’tü değil mi bu arada yanlış hatırlamıyorum... Bakalım, olur mu? Ayıp olmaz değil mi bir yandan da check etsem. İkimiz de öğrenmiş olalım. 183. Doğru hatırlıyordum. Mesela böyle bir broşür olsa, benim 183 dediğimde unutulma ihtimaline karşı en azından görür veya haklarının veya orada kendisine şiddet uygulayanın bu şikâyet sonrasında ne tür durumlarla cezalandırılacağını ve kendisinin nasıl korunacağını, yasanın kendisini nasıl koruyacağını bilirse kendisini nispeten daha rahat ve daha konforlu hisseder.”(ÖÜ-8)

“Bu ıı hastane bazında değil de Sağlık Bakanlığı bazında 1.basamaktan 3.basamağa, sonuçta aile hekimliğine de başvuruyor bu durumlar. Yani hani aile hekimliğine gittiği zaman bir şiddet olgusu oradaki hekimin mutlaka dediği laf şu olur; ben adli rapor açamıyorum hastaneye gidin. Yani bir zincir oluşturmamız lazım. 1.basamaktan 3.basamağa kadar standart bir şablonumuzun olması gerektiğini ama bu dediğim gibi benim nezdinde bitecek veya birkaç ıı kişinin nezdinde bitecek bir şey değil.”(ATA4-4)

“Yani ihtiyacımız var fakat erişimimiz yok. Halk sağlığı kurumu ya da aile sosyal politikalar bakanlığı bunların bu konularda iyi çalışmalarının olduğunu biliyorum. Fakat bir broşürle şimdiye kadar karşılaşmadım kamu spotları da yoktu eskiden şimdi onlarla karşılaşıyorum muhtemelen onların broşürleri de vardır. Çünkü bu konuda oldukça aktifler fakat bu broşürlerin şiddeti gören kişiye kadar ulaşabilmesi için çeşitli

mercilerde toplanılması gerekiyor. Acil servisler adli tıp birimleri avukatlık büroları ne bileyim bu şiddeti yaşayan kişinin sonrasında geçeceği bütün adımlarda bu broşürlerin dağıtılması ve bu adımlarda kişileri şiddete uğrayanları karşılaştıran profesyonellerin de bu konularda yeterli seviyede bilgilendirilmesi gerekiyor bence.”(ATA1-4)

Acil servis politikasıyla ilgili;

“Kadına yönelik olsun veya olmasın, şiddet yönetimiyle ilgili gerçekten çok şey bilmemiz lazım. Çünkü bu şiddet primer olarak acil servislere yansıyor. Bunların muayenesi değerlendirmesi vs. şeyler ilk başta acil serviste yapılıyor. İlk basamak biz oluyoruz. O yüzden bunla da çokça karşılaştığımızı düşünürsek bu konu hakkında detaylı bilgimiz olmalı. Çünkü şiddet, acil servis rutininde önemli bir yere sahip.”(ATA4-7)

“Tıbbi etik eğitimin her açıdan katkısı olabilir. Yani, sadece kadına şiddet değil acil serviste hastaların en yoğun karşılaşıldığı, en sıkıntılı hasta, bence hastadan ziyade hasta yakınlarının karşılaşıldığı yerlerde. O nedenle etik konusunda acil hekimlerinin bilgisinin olması gerekir. Çünkü dediğim gibi, savunmalı hasta da size geliyor savunması olmayan hasta da size geliyor. Bilinci kapalı olan hasta da size gelebilir, kendisini ifade edemeyen hasta da size gelebilir. Bunlara nasıl yaklaşılacağını, bunlara hangi etik basamakları uygulayacağını hekimin bilmesi gerekir. Bunlar bazen zamanla, tecrübeyle kazanılıyor ama bu anlamda sistematik bir eğitimin olması gerekir.”(ÖÜ-9)

““Mesela acil tıp hekimleri özelinde bu konuyla ilgili şey eğitimler hani ders konabilir. Bizim zaman zaman yaptığımız şeyler vardır mesela eğitimlere özellikle adli tıptı çok severiz adli tıptan dersler koruz, belli yıllarda kurs şeklinde yaparız. Hani 3-4 yılda bir kurs şeklinde yaparız. Onun için düzenli olarak derslere koruz mesela etikle ilgili böyle bir şey konabilir yani böyle bir ders konabilir hatta.”(ÖÜ-5)

“Öte yandan biz bunları dediğim gibi adli tıp anabilim dalının bilgilendirmeleri üzerinden yürütüyoruz. Ama acil tıp anabilim dalı bunu daha aktif bir paydaşı olarak rol alabilir. Yani acil tıp asistanları ile adli tıp anabilim dalının asistanları aynı bilgilendirmeleri yapabilsinler diye aynı eğitimden geçirilebilir. Ve bu konudaki

eksiklikleri tamamlarsak eğer bir acil tıp asistanı da bu gün işte böyle bir vatandaşın ihtiyacı halinde nereye gitmesi gerektiği kimlere ulaşması gerektiği eğer b seçeneğini c seçeneğini tüketirsek d seçeneğinin ne olabileceği gibi buna böyle dallanan durumuna uygun ruhsal durumuna uygun seçenekleri sunabilecek bir hale getirilebilir.”(ÖÜ-1)

“Yani acil tıp uzmanları için bu konu toplumun gündeminde güncelliğini koruyup ya da en üst sıralara çıkmaya başladığı bu günlerde belki de daha da sivriliyor bu konu. Acil tıp uzmanları da bu konunun gündemine alıp bu konuyla ilgili yaklaşım şemaları oluşturup bu konuda uzmanlarını bu şekilde yetiştirip bu konudaki eksiklerini gidermek konusunda bir takım adımlar atabilir. Biz acilciler algoritmaları severiz. Çünkü karışık durumlara mücadele ederken asistanların ya da uzmanların bir takım algoritmalara belli sıralarla hareket etmesi karışıklığı önleyici bir yöntem olarak kullanırız aslında. Dolayısıyla kadına yönelik şiddet vakalarının da nasıl yönetileceğine ilişkin acil servisin dinamiklerine uygun oluşturulmuş bir algoritması işte böyle bir hasta geldiği zaman öyküde şüphe ettiğin zaman şunu yap, şunu görürsen bunu yap bunu gördüğün zamanda şu önlemleri al hasta taburcu olurken de şunları şunları yap gibi.”(ÖÜ-1)

“Tabi farkında olmak onunla ilgili bir şey yapmayı gerektirir yani işte acil servisin güvenlik elemanları sayısını birden ikiye ikiden dörde çıkarmıyorsak oraya zamanında ulaşacak sosyal hizmet uzmanı psikolog ihtiyaca göre tahsis etmiyorsak psikiyatrya her zaman ulaşamıyorsan gibi. Hani bu tür destekleri sağlamıyorsak o zaman işte kadına şiddet olgusuyla olgularına doğru şekilde yaklaşmanın bir ayağı hep eksik kalır yani siz ne kadar doğru yaptıysanız da o zaman kurumsal ayağı zayıf kalır dolayısıyla oranında bir taraftan besleniyor olması lazım.”(ÖÜ-1)

“Nasıl olmalıdır? Birincisi bu bir adli olay hep adli olay olarak söylüyorum. Birincisi kesinlikle bir adli, olay şiddetin her türlü bir adli olay bunun bildirim yapılması lazım. Bunu bildirdikten sonra tabi ben bir acil doktoruyum acil doktoru hayati tehlikeye bakar kişide. Hayati tehlike yaratan durum için önlemlerin idari tarafından da alınması gerektiğini düşünüyorum en azından. Adli olayı sadece polise bildirmek yetmez bunla ilgili toplumda hani ülkemizde devlet tarafından sağlanan

imkânları da sağlamak gerekir diye düşünüyorum. Kendi hastanemizde de bunla ilgili bir çalışma var biliyorsunuz sizde söylediniz ne yapabiliriz kadına şiddetle ilgili her an daha önce de başvuru alan diğer kliniklere başvuru alan durumlarda ideal olarak da bunların yapılması gerektiğini düşünüyorum.”(ÖÜ-5)

“Acil servis hemen hemen her gün şiddetin karşılaştığı bir mekân yani gerek acil servislerde de şiddetin olması açısından gerekse şiddete uğramış kişilerin acil servise gelip burada tedavi olmaları açısından acil servis bu konuda en çok tecrübeli olan birimlerden biri olarak düşünülebilir.”(ÖÜ-9)

“Bu durumda hastanın belirttiği şekilde, şu şekilde hasta yaralanmıştır veya travmaya uğramıştır diye belirtip yine adli rapor tutup yine adli mercilere bildiriyoruz. Yani ama hasta kendisi illa gizlemek istiyorsa veya hasta söylemek istemiyorsa yapacağımız bir şey yok. Ama işte bunu kolaylaştıracak faktörlerin, fiziksel ortamın sağlanması lazım ama işte o da şu aşamada bizim acil için şu anda uygun değil. Ama çoğu acillerde, artık yeni yapılanan, inşa edilen acillerde bu tip birimlerin oluşturulmasına, görüşme ortamlarının hazırlanan, yani güzel görüşme yapabileceğiniz ortamların hazırlanmasına dikkat ediliyor yeni acillerde.”(ÖÜ-9)

“Dediğim gibi şu anda herhangi bir sosyal kuruluşun, derneğin hastane içinde bu konuda bir faaliyeti yok ama daha önceden hastane içindeki çalışanların gönüllü oluşturduğu kadına şiddet grubu vardı. Onlar da gönüllülük esasına, bildiğim kadarıyla gönüllülük esasına göre çalışıyorlardı.”(ÖÜ-9)

4.3. Tutum Sorularına İlişkin Bulgular

Tablo 4.16. Acil Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddete Bakışı

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Hekimin kadına yönelik şiddete bakışı	Toplumsal boyutta	<ul style="list-style-type: none"> - Toplumsal sorun - Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin sorun - Toplumun sağlık sorunu olarak kabul etmemesi - Toplumsal geri kalmışlık - Mücadelede yetersizlik *Cezai yaptırımlarda yetersizlik - Kültürel ve dini inanca aykırılık
	Yakın ilişkiler boyutunda	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddet uygulayanın rol model olması - Çocuk psikolojisinin etkilenmesi - Affedilmez bir olay - İnsanlar arası azalan saygı - Korkunç ve üzücü olay - Savunmasız bireye saldırmak
	Bireysel boyutta	<ul style="list-style-type: none"> - Çözümüne ilişkin karamsarlık - Hassas bir konu - İrdelenmesi gereken konu - Takibi gereken konu - Kadının erkekten korunması - Önlenebilir bir sorun - Üzüntüyle karşılama
	Değerler boyutunda	<ul style="list-style-type: none"> - Etik konu - Kadının hakkına müdahale - Kadının güven duygusunun istismarı
	Tıbbi yaklaşım boyutunda	<ul style="list-style-type: none"> - Toplum sağlığı sorunu - Acillerde göz ardı edilen konu - Adli vaka olarak bakış - Yönetimi zor hasta grubu - Önem verilmesi gereken bir konu

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda hekimin kadına yönelik şiddete bakışı bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Toplumsal boyutta;

“Bu çünkü toplumsal bir olay. Yani bu bulaşıcı hastalık gibi bir şey. Yani kamu davası dediğimiz yani bu kamuya mal olmuş diye düşünüyorum. Aile kurumunu etkileyen bir şey ve burada bu sorunun çözülmesinin gerektiğini düşünüyorum herhalde o yüzden .”(ATA1-4)

“Ya bu çok ııı yıllardır yeni bir şey değil. Bu bizim toplumumuzda uzun zamandır çok uzun yıllardır olan bir sorun. ıı biraz da ataerkil toplum olmamızdan kaynaklanıyor galiba. Erkeklerin hep kendilerini haklı görmesi her şey de bundan kaynaklanıyor. Bir de kadın hiç hata yapamaz herhangi bir şeyde ama erkekler her şeyi yapabilir. Hani işte en basit yemek soğumuş bu yapılmamış o ütülenmemiş giysiler ama erkekler her şeyi yapsa bütün sorunları bütün şeyleri yapsalar yine onlar haklı kadınlar haksız.”(ATA1-2)

“Baskı oluyor. Hani şöyle şimdi bir kadın akşam yemeği yetiştiremezsek kim kızacaktır ya da kimden tepki görecektir. Yani benim yemeğim var, hani sağlık hizmetini almakta bile bu konuda eşinin şeyi ya da dediğim gibi çocuk istemiyor hamile kalmış işte, bir kaza olmuş korundukları halde, oldu ya da şey olmadı. Hiç fark etmez bunun kaygısını ben istemiyorum bu çocuğu büyüten ben deyip ama evde eşinin sözü şey yapıyorsa bu da bir nevi şiddet oluyor. Bu konularda daha çok hekimlerinde bu konuda dikkat etmesi gerekiyor. Biraz ben faşist feminist girdim ama yani öyle düşünüyorum yani şiddet deyince sadece dayak gelmesin diye düşünüyorum.”(ATA1-11)

“Ya tabi direkt etkisi olabiliyor yani. Sonuçta fiziksel şiddetin direkt bir etkisi var. Ama hani daha çok karşılaştığım şekilde anlatırsam psikolojik şiddete maruz kalmış hastalarda daha çok karşılaştım hani. Bunu anlaması da açıkçası çok kolay olmuyor yani. Her hastada da bu da işte şiddete maruz kalmış, bu da şöyle olmuş böyle olmuş diyemiyoruz ama hani fiziksel şiddette çok sık karşılaşmadım ama psikolojik şiddete maruz kalan hastalarım oldu. Yakınları tarafından ya geldi yanında bile sen hasta değilsin of şeklinde gelenler bile şiddete maruz kalıyor olarak düşünüyorum ben.”(ATA1-5)

“Yani kadına şiddet modern toplumlarda olmaması gereken bir şey. Ama tabii ki her toplumda olduğu gibi geri kalmış toplumlarda daha fazla. Ama bizim toplumumuzda çok sık karşılaştığımız bir şey.”(ATA1-7)

“Kadına yönelik şiddet olguları benim için, yani mesleki uygulamamda benim için en dikkat etmem gereken konulardan birisi olduğunu hani bir kere biliyorum. Çünkü karşılaşıldığı zaman yeterince girişim yapılmazsa, tedavi haricinde bu az önce bahsettiğimiz konulardan bahsediyorum. Bildirme, koruma gibi şeylerden. Yeterli girişim yapılmazsa ıı tekrar edeceğini ya da bu kişinin hayatına mal olacağını biliyorum. Aslında biz ne kadar özen gösterirsek gösterelim yine de yetersiz olduğumuzu da biliyorum. Bahsettiğim gibi hastayı belki taburcu hani taburculuğunu geciktirmekten başka yapacağımız bir şey olduğunu belki de kolluk kuvvetlerini haberdar etmekten başka yapacağımız bir şey olmuyor, beş dakika sonra tekrar aynı şey başına geleceği. Hani gelip gelmeyeceğine de emin olamıyoruz. Biz özen gösteriyoruz, benim için çok önemli. Hani dikkat etmem gereken bir şey olduğunu biliyorum. Dikkat de ediyorum ama ıı bence uygulamalar yetersiz. Bizden sonraki uygulamalar yetersiz gibime geliyor. ıı sıkıntılı yani böyle benim için.”(ATA4-2)

“Yine Van’dan anlatacağım. Yani ıı pozitif verileri anlatayım önce. Yaklaşık 168 yerinden bıçaklanmış ııı boğazı, trakeası, hemotoraks, pnömotoraks, pre-arrest olarak gelip zaten kurtaramadığımız yani üst taraftan kompresyon yaptığımız zaman o bıçaklanmış yerlerinden kan fışkıran bir hasta. 29 yaşında bir kadındı, 4 çocuğu olan bir kadındı. Eşi tarafından ıı defalarca, hunharca katledilerek, bıçaklanarak gelmiş vaziyette bir hastam olmuştu. Hastayı kaybetmiştik. ıı güler yüzlü, gül yüzlü bir kadındı ve hani yüzünde gülümseme ifadesiyle öldüğünü söylemiş olabilirim. Öyle görmüştüm ve ben hakikaten deprem döneminde çalıştım tekrar söyleyeyim. Depremi de bizzat yaşadık eşimle 7.katta. Kendi travmamı unutup o kadına çok üzülmiştim. Ve o eşin, daha sonra ben onu hani başka kanallar vasıtasıyla ıı, takip etme fırsatım olmuştu. Birilerinin birilerinin birilerinin yakını, tanıdığı vasıtasıyla. Sonradan ben istifa edip ayrıldım Van’dan ama o adamın ıı, cezai ehliyetinin tartışıldığı, psikiyatrik problemlerinin olduğu, hani ne kadar ceza alacağı hususunda hani bildiğim kadarıyla müebbe..-ağırlaştırılmış müebbetle yargılanmış olması

gerekiyordu ama eminim ki bu memlekette 5-10 sene yatıp çıkacaktır diye düşünerekten de iyice sinirlerim bozulmuştu yani.”(ATA4-4)

“Çünkü biz böyle bir toplum değiliz aslında. Hani kadınlar bizim baş tacımızdır. Hep tarih bunu gösterir. Ben kadına şiddet vakasını Türkiye’ye yakıştıramıyorum. Yani böyle bir ülke olduğumuzu düşünmüyorum şahsen. Çoğu ne kadar barbar olarak nitelendirilsek de ben çoğu medeniyetten daha medeni toplum olduğumuzu hani bu kadına şiddeti ister dini açıdan istersen toplumsal açıdan olsun her hangi haklılığını görmüyorum. Ya bunu savunan insanlar oluyor. Çünkü dinde işte kitapta da kadının dövülebileceğini kesinlikle yanlış yorumlanma olduğunu düşünüyorum ben bizim dinimizin de öyle bir şey olur vereceğini inanmıyorum zaten.”(ATA1-10)

Yakın ilişkiler boyutunda;

“İmmmm erkek çocukları da babalarını genelde örnek alıyor o da aynı şeyi de ilerleyen dönemlerde eşine aynı şeyi yapıyor aynı şeylerde eşine kızıyor sorumlu tutuyor öyle söyleyeyim.”(ATA1-2)

“Evde şiddet olunca çocukların psikolojisi de çok kötü etkileniyor doğal olarak.”(ATA1-2)

“Şimdi bunu öyle ya da böyle ya başa gelmiştir ya görülmüştür yaşanmıştır ya da hastalardan görülmüştür. Ben affedilebilir bir şey olduğunu düşünmüyorum kesinlikle düşünmüyorum. “(ATA1-11)

“Yani şiddet, sağlığın ıı artık bir şeyi oldu ıı ne deyim istemediğimiz bir bileşeni oldu. ıı hani toplum zaten şuanda bence artık hani böyle bir şiddet eğilimi var. ıı insanların çok bir birine karşı bir hani sevgiyi tamam geçtim ama saygı da hani azalmış ve insanlar hani bir şiddete yatkınlığı var deyim. Yani her şeyi tatlı söz yerine şiddetle çözme ıı yani hani tatlı söz derken söz olarak da bir şiddet. En basitinden ‘Sen benim kim olduğumu biliyon mu?’ yani bu bile hani şeydir yani tehdit içeren.”(ATA4-3)

“Yani korkunç, üzücü. Ya savunmasız bir bireyi güçlüyüm diye açıkçası ezmeye çalışmak diye düşünüyorum. Ya bu korkunç bir şey, üzücü bir şey. Bizim açımızdan da üzücü.”(ATA4-3)

“Hani hekimliğin yanında insani boyutuyla söylemek gerekirse hani bu benim hani gidip yoldan geçen savunmasız bir insana saldırmam gibi bir şey. Benim açımdan öyle duruyor yani.”(ATA4-3)

Bireysel boyutta;

“Şiddet bir sağlık sorunu olduğu kadar çözümü hiç de kolay olmayan toplumsal bir sorundur aynı zamanda. Toplumun gelişmişlik düzeyinin bir göstergesidir ve şiddeti azaltmak da gelişmişlik düzeyini arttırmakla mümkündür bence. Şiddet konusunun ise dindarlıkla hiçbir alakası da yoktur bence. Sistem zayıf olanı ezmeye odaklı. Gittikçe karamsarlığım artıyor. Şiddet vakaları gittikçe artacağına benziyor. Neredeyse her gün üçüncü sayfa haberleri mutlaka KYŞ ya da kadın cinayetlerine yer veriyor. Çok fazla cinayet oluyor ve artarak da devam ediyor.”(ÖÜ-3)

“Hassas bir konu kesinlikle onu söylemem gerekiyor. Özel bir konu yani herhangi bir yerde dışarda sokakta darba uğramış bir kadınla aile şiddeti arasında dağlar kadar fark var çünkü eşi tarafından ya da akrabası tarafından şiddet görüyor ve o kişiyi seviyordu yani ve onla bir bağımlılığı var çoğu kişi öyle oluyor zaten.”(ÖÜ-6)

“Hem fiziksel hem de ruhsal sorunlarla beraber irdelenmesi gereken, takibi gerektiren hastaların oluşu... Yani diğerleri de öyle ama hem ruhsal hem fiziksel hasta grubu değerlendirilmesi gereken, kolluk kuvvetleri ve çok multidisipliner gitmemiz gereken hasta grubu. Yaklaşmamız gereken diğer hasta grubundan biraz daha farklı tabi ki. Yani hepsini aynı anda düşünmemiz gerekiyor.”(ÖÜ-7)

“Ancak dediğim gibi ben ilk önce olayın kadının utanması gereken bir durum olmadığını kadını ikna etmeye çalışıyorum. Hani burada, çok şey var ya kadın dayanışma kurumları. Ben bu cümleyi bile abes buluyorum hani biraz feministçe düşünce tarzına sahibim, bence burada erkeklerden korunulması gerektiğini düşünüyorum.”(ÖÜ-8)

“Yani dediğim gibi biraz, önce de bahsettim. Şimdi kadına şiddet önüne geçilebilir bir şey olduğunu düşünüyorum kendi açımdan. Yani bu benim şahsi düşüncem. Yani ne kadar erken fark edilirse belki onun daha az şiddete maruz kalması, belki hayatının kurtulmasına sebep olacak diye düşünüyorum.”(ATA4-10)

“Üzüntüyle karşılıyorum. Diğer hastalarımın farklı olarak öncelik veriyorum. Bir an önce ilerinin görülmesi için ekstra çaba gösteriyorum.”(ÖÜ-2)

Değerler boyutunda;

“Hakikaten sıkıntılı bir etik bir konu yani, ama ekstra bir eğitim almadım vs almadım hani kendi kişisel deneyimlerimle bu konunun hassas olduğunu bilip onun özelinde ayrı ilgilenmen yani gerektiğini biliyorum.”(ÖÜ-6)

“Çünkü kadının temel hakkında bir müdahale var, bir taciz, bir tecavüz var. Temel hakkı kimsenin kimseye şiddet uygulamamasıdır. Böyle hani, en uç bağlamda bir kadının aldattığını düşünsek bunun çözümü dayak değildir. Bunun çözümü ayrılmadır. Bunu dahi yapmış olsa orada da kadının hukukuna bir tecavüz vardır. Orada da kadın hukukuna bir tecavüz. Onun için kadına o adamla, o adamdan, eşinden böyle bir duruma maruz kaldığı için kendisinin değil eşinin suçlu olduğunu söylüyorum.”(ÖÜ-8)

“Ya ben, çok hani, iş yaparken materyalist bir insanımdır. Ama aile içi şiddet vakalarında ben biraz daha hani duygusallığı ön planda tutuyorum. Hani, ee, bir bayan güveniyor bir kişiye, tamamen kendisini emanet ediyor tabiri caizse. O adam, o kişiye şiddet uyguluyor. Mesela ben, benim çocuğum yok, sizin çocuk var mı bilmiyorum. Mesela ben kızım olsa gerçekten hani en ufak bir şey olsa, Allah büyük söylemeyim, gözüm döner diye düşünüyorum. Çünkü yani bir bayan kendisini, tamamen güvenip tamam bu adam deyip, emanet ediyor ve o adam yapılabilecek en büyük kötülüğü yapıyor. Şiddet uyguluyor. Şahsına ait, mesela bir bayanın saçını kesmek, en basiti. Ya bir bayan için özel, mahrem bir şeydir. Saçını kesiyorsun. Kendi vücuduna saç kesmekle dahi taciz ve tecavüz ediyorsun. İsteği dışında müdahalede bulunuyorsun. Daha ağır bir tavır olamaz diye düşünüyorum.”(ÖÜ-8)

Tıbbi yaklaşım boyutunda;

“Ya tabi hani tekrarı olmasın. Sonuçta her gün çıkıyor hani ölüme kadar giden vakalar oluyor sonuçta. Tekrarı olmasın diye uğraşmak gerekiyor. Toplum sağlığı açısından belki hani.”(ATA4-8)

“Diğer hastalarımız, şimdi bir acil servis olduğumuz için önemli bir yere koyamıyoruz o açıdan soruyorsanız. Çünkü bize gelen hastaların çoğu zaten hayati tehlikesi olan kısım, yani şöyle söyleyim başvuru sayımızın %30u hayati tehlikesi olan hastalar oluyor. Onlar bizim için en değerli hastalar oluyor. Ondan kaynaklı olarak yani kadına şiddet, şey, şiddete maruz kalmış kadınları belki biraz daha göz ardı ediyor olabiliriz.”(ATA4-10)

“KYŞ adli vakaların bir türüdür. Özel bir yeri yok benim için.”(ÖÜ-3)

“Şöyle diyeyim; acilin çok fazla gelmeyen ama olmazsa olmazı. Belki de bir MI dan yeri gelirse daha sıkıntılı bir hal alabilecek acilde bizi çok daha fazla zorlayabilecek, yıpratabilecek, sıkıntı yaratabilecek bir durum acil servislerde.”(ATA4-6)

“Aslında bakarsanız Türkiye'nin genel sağlık sistemi içerisinde asıl bu hastalar zaten şeyi ıı büyük payı harcıyorlar. ıı bu vakalarda ıı ya bence bu vakalar normal o büyük majör travma vakalarından falan ayırt edilmemesi gereken vakalar. Çünkü ıı insanlar bir arayış içerisinde genellikle acil servislere geliyorlar. Bu acil servise gelmek her zaman böyle bir arayış içerisinde olmuyor. Genellikle işte sosyal sıkıntıdan dolayı ya da belki bir gün sonra başına bir şey geleceğinden endişe ettiği için geliyor. Bunu da tespit etmek aslında birazcık bizim görevimiz. ıı dediğim gibi ama keşke biz tespit ettikten sonra gerekli işlemler yeterince yapılıyor olsa. Ondan emin değilim. ıı bence böyle yani hı hı. Bence yük olmaması gerekiyor sağlık sistemi için bunların.”(ATA4-2)

Tablo 4.17. Acil Hekiminin Şiddet Olgusuna Yaklaşımı

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Hekimin şiddet olgusuna yaklaşımı	Deontolojik yaklaşım	<ul style="list-style-type: none"> - Adli görevi yapmak - Hekim sorumluluğu - Hekimin kendini koruması
	Sosyal sorumluluk olarak yaklaşım	<ul style="list-style-type: none"> - Bireysel hassasiyetle yaklaşım - Önemli konu olarak yaklaşım - Yardımı en fazla hak ettiği düşüncesiyle yaklaşım - Tespitinin önemli olduğu düşüncesiyle yaklaşım - Daha fazla önemli olduğu düşüncesiyle yaklaşım - Toplumsal sorunu içselleştirerek yaklaşım
	Mesleki profesyonelliğin gereği gibi yaklaşım	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta merkezli yaklaşım - Tüm hastalara olduğu gibi yaklaşım - İrdeleyici yaklaşım - Destekleyici yaklaşım - Öncelikli hasta olarak değerlendirme - Tıbbi aciliyetine göre yaklaşım
	Bireysel altyapıya göre yaklaşım	

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda hekimin şiddet olgusuna yaklaşımı bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Deontolojik yaklaşım;

“Sonuçta çünkü bir şiddet var o olayda, adli olarak da suç. Benim de görevim gördüğüm adli olayları bildirmek.” (ATA1-3)

“Hı hı kadına yönelik şiddet olduğunu fark ettik. Ya bir kere yasal olarak ben hekimlerin şu anki sıkıntısının en büyük sıkıntısının bu olduğunu düşünüyorum. Ya hani ben o kadını derdinden çok yasal olarak kendimi bir korumaya alma derdindeyim. Ya bu yasal olaraktan kastım işte haber verdiğim şeyleri tutanak altına almak zorundayım hani almam gereğini bildiğim dışında zorunlu olduğum şeyler var. Onları yapmak zorundayım. Hani çok bulaşma taraftarı olmuyor genelde

çevremdeki kişiler o yüzden bu işlere. Hani görmedim, duymadım, bilmiyorum şeklinde oluyor ama birebir eğer karşılaşısam kesinlikle tepki göstereceğimi düşünüyorum. Çünkü hastanede güç biraz daha doktorun elinde olduğu için. Hani o anda tepkisini koyup gerekli yerlere başvuruda bulunup gerekli işlemlerin yapılmasının sağlayabilecek kudrette oluyorlar.” (ATA1-5)

“Yanii, hekim olarak tespit edip, tanı koyup tedavi edebileceğimiz şeyler dışında bunları muhakkak adli kuvvetlere, adli birimlere bildirmek lazım. Yani bizim rutin uygulamamızda da bu hastane polise bilgi vermek şeklinde oluyor. Sonrasında da bir rapor tanzim edip, ıı, o şekilde biz hani görevimizi yapıyoruz.”(ATA4-1)

“Yani şimdi şiddetin şeyi önemli. Hani ben siz söyleyince direkt fiziksel şiddet düşündüm. İşte kırığı var mı, ekimozu var mı, bir kere adli raporu kesinlikle doldu mu hani eğer şiddet olduğunu düşünüyorsam orası benim için önemli nokta olur. Ve bunu doldururken ki en önemli dayanağım da kendimi savunmak olur açıkçası hani. Bu hoş bir davranış mı bilmiyorum ama kendimi koruma altına almak birinci önceliğim olur.”(ATA1-5)

“Ben bunu normal gördüm diyemiyorsunuz. Çünkü sonuçta bir adli varsa ortada bazısı bunu ispatlayacak makamlar var. Bunu ben adli düşünmedim diyemezsiniz. Sizin zaten göreviniz adli olup olmadığını görebilmek bunu da yapamıyorsanız bu konu hakkında sıkıntı yaşarsınız. Yani burada da aslında biz primer olarak kendimizi koruyoruz adli açarsak kabul et adli açmazsan muayene olmadan git çünkü biz burada kendimizi korumayı amaçlıyoruz daha çok hani ilerde sıkıntı yaşamayalım diye.”(ATA1-6)

“Ben birazcık daha farklı düşünüyorum. Ne kadar iş yüküm fazla olursa olsun bir insan şiddete maruz kalıp acil servise gelip bir yardım istiyorsa gerçekten yardım edilmeyi en fazla hak eden hastalardan biridir diye düşünüyorum ben. Hiç ıı kızdığımız tabii gerildiğimiz zamanlar olur. Acil servis kaos ortamıdır her zaman olur. Ama hiç bir zaman bu şekilde bir tavra bürünmedim kendi adıma.”(ATA4-6)

Sosyal sorumluluk olarak yaklaşım;

“Yani hani biliyorsak elimizde bir numarası varsa oraya yönlendirebiliriz mesela gelen her uğrayan şiddete maruz kalan kadınları yönlendirebiliriz veya şüphelendiğimiz hani direk primer bize başvurmayıp tamamen sosyal düşünce ile de yaklaşılabilir yani.” (ATA1-1)

“Benim için kadına şiddet biraz daha hassas olduğum bir konu olduğu için aile içinde de küçükken şiddet olaylarına maruz kaldım kadına şiddet olgularına bu konuda.” (ATA1-6)

“Dediğim gibi aldığımız uygun ortamda hastayı baştan aşağı soyup olabilecek herhangi bir darp ve şiddet bulgusunu ortaya çıkarmaya çalışıyoruz gözden kaçırmamız gerektiğini düşündüğümüz için ve bu konu gerçekten önemli bir konu olduğu için özenli davranıp her noktaya dikkatlice bakıyoruz.” (ATA1-9)

“Şöyle ki yani darp açısından incelediğimizde bir kere zaten bu konu sosyal bir yara deyim. Bizim açımızdan en azından toplum açısından bunun ne kadarıyla karşılaştığımızı görmek açısından bizim için faydalı oluyor. Direkt bu şekilde gelenleri görmek bu açıdan konu üzücü olsa da sevindirici. Kendini ifade edebilecek ve bunu yargıya taşıyabilecek kadar dirençli gelen görmek güzel. Ama şüpheli hareketlerle hikâyeyi sorgulayıp sonunda darp veya aile içi şiddete kadına şiddete ulaşmamız daha toplumdaki mevcut kadına şiddetin gizlenmesi açısından bizleri üzücü bir konu onu da burada tespit ettiğimizi hani buralarda tespit ettiğimiz için benim için konuya yaklaşmamız açısından güzel bir istatistiki bir veri verebilir.”(ATA1-9)

“Ya tabi ki diğer hastalardan daha fazla önem gösteriyorsunuz orası kesin. Ya şimdi şöyle de bir algı oluşturulmasını aslında sevmiyorum ben. Hani kadın dediğin işte kendini çok fazla koruyamaz biraz daha özen göstermek vs falan sevmiyorum. Ama ben ya şiddetin her türüsünün ayrı bir önem arz ettiğini düşünüyorum. Hani o yüzden daha ayrı bir öneme sahip yani daha fazla özen gösteriyoruz. Ama bu kadın bazlı değil yani şiddetin her türüsünde çocuğa yönelik şiddet yaşlıya yönelik şiddet vs falan çok ayırmanın mantıklı olduğu görüşünde değilim açıkçası.”(ATA1-5)

“Daha önce de dediğim gibi biraz daha sakin ve anlayışlı olmaya çalışıyorum. Her zaman şunu düşünüyorum. Benim de bir kız kardeşim var. O yüzden bu insanlara mümkün olduğu kadar yardımcı olmaya çalışıyorum. Ne kadar tersleyerek konuşsalar da ne kadar kızgın şekilde gelseler de mümkün olduğu kadar sakin kalıp elimden geleni yapmaya çalışıyorum.” (ATA4-7)

Mesleki profesyonelliğin gereği gibi yaklaşım;

“Profesyonel bakmak zorundayız. İnsan üzülüyor bazen gerçekten çok kötü manzaralarla karşılaşabiliyorsunuz veya hani bir genç kız geliyor cinsel saldırıya uğramış şiddete maruz kalmış insan bunları gördüğü zaman hani bi duygusal olarak kendisi de şey yapabiliyor sinirlenebiliyor bazen. Bazen kızabiliyor üzülebiliyor ama en fazla biz belki acil doktor olduğumuz için beş dakika sonra bu moddan çıkmak zorunda kalıyoruz. Çünkü o zaten sizden yardım bekliyor yardıma gelen insan yani sizde onla birlikte modu düşürme gibi şansınız yok. Mesleğim gereği mümkün olduğunca üzmeden gerekli bilgileri vererek kendine hani rahat hissettirmeyi benim ilkem yani dediğim gibi fiziksel şiddetin ilacı belli yani ağrısı varsa ağrısını keseriz kanaması varsa kanamasını durdururuz. Ama duygusal anlamda bir şiddete maruz kalan insana da burda bu hengâme arasında ilgi göstermese kendini daha da değersiz hissettiririz diye düşünüyorum benim fikirlerim bu.” (ATA1-10)

“Ya şöyle hekim olarak aslında bakarsanız travma hastası olarak bakarım buna. Ama bir kadın olarak, Türkiye'de bir kadın olarak aslında bakarsanız tabi ki sinirleniyorum, öfkeleniyorum. Çok sinir oluyorum böyle hasta geldiğinde. Daha çok dikkat ediyorum esik bir şey olmamasına. Atlamamak istiyorum. O kişiye ne kadar faydalı olabilirim bilmiyorum ama çok dikkatli davranmaya çalışıyorum yani.”(ATA4-9)

“Tanı ve tedavide yani işin açığı travmayla gelen ve yahut işte iki erkeğin bir birini sokakta darp etmesi ile gelen durumdan çok farklı olmuyor. Bizim yaklaşım algoritmalarımız belli. Hani her hangi bir yaralanma veya darp olgusundan daha farklı olmuyor.”(ATA4-1)

“Özel olarak bir şey yapmıyoruz. Şiddet olgularına herkese yaklaştığımız gibi yaklaşıyoruz. Adli vakalara yaklaşıldığı gibi yaklaşıyoruz.”(ATA4-5)

“Şimdi hakikaten böyle durup düşününce, haha, çok farklı bir şey yapmıyormuşuz yani. Normal gelen hastadan çok farklı bir şey yapmıyoruz bildirim dışında. Yapmamışım yani şimdiye kadar.”(ATA4-8)

“Çünkü kendisi birini şiddet uygulamadığını ifade ediyor. Kendisi duvara vurduğunu yani duvara vurduğunu cama vurduğunu veya hatta üzerinde başkasının yaptığına dair bir belirti olmadığı için biz daha çok bunu veya birisiyle kavga etmiştir aslında değindiğimizde aile içinden kavga çıkmıştır. O eşini dövmüştür belki o anda eli şey olmuştur. Farklı yere çarpmıştır belki dövüş yaparken şiddet uygulamaya çalışırken belki o olay olmuştur. Dediğimiz gibi tabi biz o olayı çok bu konuda eksikimiz olduğunu düşünüyoruz yani bu konuda da aslında bunu tam olarak bunun ben adli bir olay olup olmadığını tam olarak netleştirmişte değilim ben açıkçası yani erkek kadın geldiğinde aile içi şiddet tahmini kadın şiddete maruz kalmış taraf diyoruz. Ama erkek geldiğinde şiddeti uygulayan kişidir deyip de adli açtığımızı hiç hatırlamıyorum yani...”(ATA1-6)

“Ya şiddet gören kadın hastaya yaklaşım olarak ıı, ya biraz hani onu destekleyici genellikle yaklaşıyorum. Yani bir şekilde yani çünkü yaşadığı şey onun açısından da ııı mevcut duygu durumunu bozuyor. Yani onu biraz destek olmaya çalışıyorum ama açıkçası ideal yaklaşımın da ne olduğunu bilmiyorum. Biraz insani içgüdülerimle yaklaşıyorum yani.”(ATA4-3)

“Açıkçası acil serviste hastaların aciliyetine karar verilir. Benim çalışma prensibim bu. O yüzden ben daha çok kırmızı alan ya da daha acil olan hastalara cinsiyet ayırımı yapmadan öncelik veriyorum. Bu hastaları basit hastalardan daha önde tutuyorum açıkçası.” (ATA4-7)

“Yani şöyle olabilir normal travma gibi değerlendiresek eğer hani sonuçta kafasını düşüp yere çarpanla kafasına vurulan bir insan tabi ki olmaması daha iyi olur bizim için ama hastalık olarak öncelik sırasına göre değerlendiririz. Yani hani ekstra bir külfet yaratır mı yaratmaz hani alkollülerin kendine zarar vermesi gibi bir şey hani

ona da sonuçta aynı müdahaleyi yapıyoruz. Nasıl travma el kesisi geliyorsa kendi kesmişse ona da müdahale ediyoruz yani darpta da öyle düşünülenebilir.”(ATA1-1)

Bireysel altyapıya göre yaklaşım;

“Şuan itibariyle soruyorsanız ben sergileyebileceğini düşünmüyorum. Herkes kendi yeteneği ölçüsünde sergiler, o da kişi bazlı olur. Yani toplumsal düzeyde bir etki ve ya tüm hekimler üzerinde bir etki oluştuğunu düşünmüyorum. Kişi bazlı yani ben kötü yönetiyordum başka hekim arkadaşım iyi yönetiyordur o şekilde düzen devam ediyor şu anda.”(ATA1-5)

Tablo 4.18. Kadına Yönelik Şiddet Olgusuna Acilde İdeal Yaklaşım

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Kadına yönelik şiddet olgusuna ideal yaklaşım	Şüpheli yaklaşma	<ul style="list-style-type: none"> - Kadının tıbbi geçmişini sorgulamalı - Kadının sosyal yaşamını sorgulamalı - Yaşlı hastalara şüpheyle yaklaşmalı - Kadının tetkiklerini şüpheyle değerlendirmeli - Kadının söylediklerine şüpheli bakmalı - Fiziksel her bulgu için şüpheli olmalı - Çocuk hastalara şüpheyle yaklaşmalı
	Kadına yönelik tutum	<ul style="list-style-type: none"> - Sürece ilişkin denge kurmalı - Rahatlatıcı konuşmalı - Özen göstermeli - Korumacı yaklaşmalı - Anlayışlı olmalı - Şefkatli olmalı - Merhametli olmalı - Resmi davranmamalı - Israrcı olmamalı - Yönlendirici olmalı - Samimi olmalı - Sevecen olmalı - Yapıcı olmalı - Alttan alıcı olmalı - Empati kurmalı - Pozitif ayrımcılık yapmalı - Suçlayıcı olmamalı - Destekleyici yaklaşmalı - Hasta güvenini kazanmalı - Sakin yaklaşmalı - Hastayı bekletmemeli - Hastanın yanında durmalı - İlimli yaklaşmalı - Kadının talebine cevap vermeli - Kadının hekimi yakın hissetmesini sağlamalı - Kadının utanmamasını sağlamalı - Kadına değerli olduğunu hissettirmeli - Yardımcı olmayı hissettirmeli - Sorgulayıcı olmamalı - Hastayı önemsemeli

	Profesyonel tutum	<ul style="list-style-type: none"> - Profesyonel yaklaşmalı - Eğitimli kişiler yaklaşmalı - İnsan merkezli yaklaşmalı - Kılavuz kullanmalı - Bilgilendirici materyal kullanmalı - Hastayı rahatlatmalı - Dolaylı sorular sormalı - Kadına zaman vermeli - Kadının eğitim düzeyine göre yaklaşmalı - Psikolojik olarak rahatlatmalı - Empati kurmalı - İzole ortam sağlamalı *Mahremiyeti sağlamalı *Kadını tek olarak muayene etmeli *Kadının yakınlarını uzaklaştırmalı *Kadın yardımcı personel desteği - Şiddetin niteliğine göre yaklaşım *Cinsel saldırıya yaklaşım *Suisid olgusu ya da düşüncesi durumunda <ul style="list-style-type: none"> **Bir kişinin hastaya eşlik etmesini sağlamalı - Kadının değerlerine uygun yaklaşmalı - Kadının güvenliğini sağlamalı - Kadına uygun hitap etmeli - Kadına zarar vermemeli - Kadının endişesini gidermeli - Karşı tarafı kışkırtmamalı - Kadının korkularını fark etmeli - Uygun yönlendirme yapmalı - Şüphe dâhilinde sorgulamalı - Hasta ve yakınlarının beyanlarını karşılaştırmalı - Multidisipliner yaklaşılmalı - Hastaya uygun yaklaşmalı - Ruhsal desteği fazla vermeli - Var olan imkânları en iyi şekilde kullanmalı - Özenli yaklaşmalı - Zorla muayene yapmamalı - Kadının ihtiyaçlarına hızlı cevap vermeli - İhtiyaca uygun yaklaşmalı *İhtiyaca uygun konsültasyon talep etmeli *Sosyal hizmet uzmanı desteği almalı *Adli tıp uzmanı desteği almalı *Güvenlik planı geliştirmeli <ul style="list-style-type: none"> **Hastane öncesi alanda güvenlik planı geliştirmeli - Özverili yaklaşmalı - Gebelik sorgulamalı - Bilgi gizliliğini sağlanmalı - Kadının güvenlik kaygısını gidermeli - Hasta yakınlarının desteğini almalı - Hastayı soyarak detaylı muayene - Adli bildirim yapmalı *Adli bildirim gerekçesini anlatmalı *Hastanın onurunu zedelememeli *Hastanın sağlığına dikkat etmeli *Hastanın sağlık durumunun ciddiyetini bildirmeli *Bilgi gizliliğini korumalı *Şüphe dâhilinde bildirim yapmalı *Ayrıntılı rapor düzenlemeli
--	-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda kadına yönelik şiddet olgusuna ideal yaklaşım bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Şüpheli yaklaşma;

“Öncelikle şüpheli her durum bizim için adli rapor tutma konusunda belirleyicidir. Yani bu aile içi şiddet olabilir başka bir şiddet olabilir eğer şiddet darp bulguları varsa biz bunu adli olarak değerlendiriyoruz. Aile içi şiddet veya başka bir şekilde darp edildi mi edilmedi mi açıkçası orasını adli merciler hallediyor ama en ufak bir şüphemizde biz adli raporunu tutup kolluk kuvvetlerine haber veriyoruz.”(ATA1-7)

“Yani ben hekim olarak bir kere adli sürecin başlatılmasını yönündeyim. İkincisi basit bulgular örneğin, ne bileyim elini burkmuş burkulmayla insan böyle şuan duruşunuzdan bile burkulma olabilir. Ama kişinin geçmiş kayıtlarında da aynı tanıları çok sık, yani travmatik tanıları çok sık olduğu zaman bu hastaların en azından kadın hasta ve travması varsa bizim örneğin programlara bir tik konulabilir, işaret ünlem. Bu hastalarda kısa süreler içerisinde travmatik maruziyet çok sık oluyorsa eğer, bunun kadına şiddet üzerinden de ayrıntılı araştırılabilirliğini pat diye yani bir burkulma üzerinden eşinin yani şiddete maruz kalma çok çıkmaz. Ama üç ay içerisinde kişi altı kez burkulma kızarıklık bu tarz yumuşak doku zedelenmesi ile bize geliyorsa yani insan bu kadar bahtsız olamaz yani illaki bir çevresel maruziyete kalıyordur ki bunu çok sık yaşıyordur. Bir de sıkıntı şurada yani orda değil de yani benim önerdiğim bu bizim hasta kayıt olayının her hastanenin kendine ait bir program düzeninde olması. Çok kötü bir şey yani SGK'nın tek bir dosya olacak yani sistem kayıt yani hastanın bu hastanede maruz kaldığını bilir. Üç gün sonra başka bir maruz kalır ama bu sefer bu hastaneye girişi olmaz başka hastane de olur oraya da sanki ilk kez gitmiş gibi olur. Sonrada üç gün sonra başka bir hastaneye gider ama belki hasta on gün içerisinde dört kez maruz kaldı ama her hastaneye ilk girişi olduğu için kimse şüphelenmez. O yüzden yani bir ortak sistem üzerinden takip edilmesi gerekiyor ki hani hakarete de maruz kalıp, İstanbul'daki kişide bunu şeyini görmesi gerekiyor.”(ATA1-12)

“Öncelikle bir şey daha ekleyim az önce imm, sürekli hani kocasından darp şeklinde ifade ettim ama bir vaka daha aklıma geldi. Bu da 3-4 ay önce olmuştu. Bakımevinde olan bir yalnız yaşayan kadına ıı hani solunumu durmuş olabilir gibi yaklaşp, oradaki hemşire de paramedik arkadaş ıı entübe etmeye çalışmış hastayı. Üst dişleri kırılmıştı ıı onu belirtmek istedim yani. Ondan sonra ben o vakadan şüphelenip durumu adliye değiştirmiştım yani bu gerçekten böyle mi oldu yoksa bakım verildiği süresince nasıl davranıldığını bilemediğimiz için normal hani başka bir 112 ile gelip KOAH atak diyebileceğimiz vakayı üst dişleri kırılıp dilinde zedelenme olduğunu gördüğüm için adliye çevirmiştım.”(ATA4-4)

“lı soruyu tam olarak doğru anladım mı bilmiyorum. Ama eğer hastanın bir fiziksel şiddetinde ıı kayda değer şüpheli bir tablo görüyorsak, hemogram değerlerinde düşme var, iç organ patolojisi var gibi bir ön tanımız varsa eğer multiple travmaya bağlı. Gözlemleyip ileri tetkik yapıyoruz zaten. Fakat psikiyatrik şiddetteyse, psikolojik şiddete maruz kalmışsa eğer konsülte edip adli raporunu doldurup taburculukla yetiniyoruz. Bir sonraki aşamaya ilerleyemiyoruz.”(ATA4-4)

“Biz klinik olarak açıkçası en ufak şeylerde bile adli rapor tutanağı tutuyoruz. En basit şeylerde bile. Çünkü hastanın söylediklerine ilk başta güvenmek çok zor. O yüzden yanlışlıkla oldu denilen olaylarda bile ona gerçekten güvenmiyorsak ki genelde güvenmiyoruz, bu durumda biz yine de adli tutanağını yazıp o şekilde gönderiyoruz. Eğer kendisi konuşmak isterse ileride konuşur diye. Gözümüzden bir şey kaçmasın diye. Onun haricinde hasta geldiğinde öncelikli olarak hayatı tehdit edici bir durumu söz konusu değilse baştan aşağı bütün muayenesini yapıp, muayenesini yaptıktan hemen sonra adli rapor tutanağını düzenlemeye başlıyoruz. Ondan sonrasında hastanın durumu kesinleştiği zaman kalan birkaç detayı da yazdıktan sonra hastane polisine iletiyoruz.”(ATA4-7)

“Kadın ve çocukta fiziksel anlamda karşılaştığımız her bulgu tespit ettiğimiz durumda rutin olarak şiddet ya da istismar sorgularım. Kadınlar ve çocuklarda aile içi şiddetin ekstra sorgulanması gerekmektedir.”(ÖÜ-2)

“Gayet tabi. Mesela vücudunda multiple yerlerde varsa, hasta bana yaygın miyaljiyle ben yine sorgularım. Veya kot fraktürüyle geldi, tek kot fraktürü var, iki kot

fraktürü var ve vücudunda yaygın ekimozları var. Evde kapıya çarptım dedi mesela kotu için. Ama vücudunun birçok yerinde, ters istikametlerde de morlukları var. Ben bu durumda oraya sen darbe almışsın ve birisi sana şiddet uygulamış deyip onu da açıklamasını sağlamaya ikna etmeye çalışırım.”(ÖÜ-8)

“Fiziksel travması beni ilgilendiriyor. Major depresyon dışına hani intihar eğilimi olduğu için herhangi bir algım yok ama çocuk hasta için aynı şeyi söyleyemem yani oraya istismarı muhakkak önyargı ile yaklaşıyorum yani.”(ÖÜ-6)

Kadına yönelik tutum;

“Yani şöyle çok psikolog gibi kendini böyle hani onu o duygudan kurtarmaya da çalışılmamalı bence. Motamot tamam buranda bu var sen gidebilirsin hani buda olmalı bence hani arası dengeyi sağlayabilmeliyiz ne derece yapabiliriz orası şüpheli ama.”(ATA1-1)

“Yani demin saydığım şeyler gibi mesela güven verici bir konuşma olabilir. En azından korkmuş bir durumda hani ya da tekrarlanacağını biliyor sonuçta ölüm korkusu bile yaşamış olabilir. Daha böyle bir telkin edici işte onu rahatlatıcı konuşmak şeklinde olabilir. O hem aynı anda muayeneyi zaten yapmış oluyoruz gözümüzle şuraya bakayım buran da acıyor mu hani öyle olabilir.”(ATA1-1)

“Yani hekim bazen hastanın yerine kendisini koyabiliyor. Tabi bir özdeşleştirme yapıyor ama, ıı, sonuç olarak şiddeti, hiçbir hekim şiddeti kabul etmez. Şiddet bizim mesleğimize tamamen ters bir uygulama. Onun için tüm hekimler her türlü şiddeti reddediyor ama sonuç olarak kadına şiddet olduğu zaman kadın ve çocuk daha çok, yaşlı, bunlar savunmasız, biraz daha savunmasız kişiler olarak düşünüp bunlara daha korumacı bir yaklaşım sergilenebilir diye düşünüyorum.”(ÖÜ-9)

“Yani olabildiğince anlayışlı yani böyle hani tam düzgün cevapları vermesi için daha samimi hani o anlamda mı soruyorsunuz? Yani samimi olmaya çalışırım çünkü hani sert değil yumuşak olmaya çalışırım öyle oldukça anlatmaz çünkü anlatsın hani ortaya çıksın diye daha şefkatli merhametli olurum diğer insanlara göre yani çok daha fazla söyleyeyim.”(ATA1-2)

“Hani ama hani şüphelenirsem ortaya çıkarmak için çabalarım hani ama çokta olabildiğince ama çok da fazla ısrar etmem çok da fazla karışmam yani.”(ATA1-2)

“Bildiğim kadarını işte söylemeye çalışırım hani yönlendirme anlamında yönlendirmeye çalışırım böyle yapabilirsin şöyle yapabilirsin diye.”(ATA1-2)

“Kendim karşı cinste olduğum için maalesef hani cinsiyet ayrımı tabi biz hekimler olarak yapmıyoruz ama ıı yaşadığımız memleket ve kadın özelinde konuşmak gerekirse daha samimi davranıyorum. Kadın ve şiddet gördüğü için daha naif oluyor ve psikolojisi daha bozuk oluyor haliyle.”(ATA4-4)

“Bazen de şey oluyor. Hani hastanın mahrem bölgelerinde bir şey oluyor hani vurma hani onları tespit etmek içinde böyle bir ortam lazım zaten hani sırtında göğsünde bir yara falan olabilir bir iz olabilir yani onları tespit etmek için öyle bir ortam elde etmeye çalışırım bir de olabildiğince anlayışlı olmaya çalışırım sevecen.”(ATA1-2)

“Yani alttan alıcı, yapıcı karşıdaki ile empati kurarak o tarzda bir yaklaşımda bulunurlarsa daha iyi oluyor hastalar için.”(ATA1-3)

“Yani kadınların şöyle bir durumu var, dediğim gibi aynı oranda şiddetten daha fazla etkileniyorlar. Bir de Türkiye’deki kadın popülasyonunun biraz daha böyle ev hanımı olarak karşımıza çıktığını görüyorum ben. Biraz daha savunmasız görüyorum onları böyle yani. Kişi şiddet görse de o evden o şiddet kaynağından kendini alıkoyamayacak ve uzaklaşamayacakmış gibi hissediyorlar. İlk geldiklerinde bundan dolayı bir pozitif tolerans geliyor bende açıkçası ve kişilere buda mı vardı şu da mı vardı diye sorgulamayı ve anamnezi biraz daha derinleştirmeye çalışıyorum.”(ATA1-4)

“Yani dediğim gibi onlara üzülmediğim için hemen böyle normal hastalardan daha çok ilgilendiğimi söyleyebilirim. Daha böyle ayrıntıya girmeye çalışırım hani acilin şey yaptığı kadarıyla elverdiği kadarıyla çok acil bir hastam yoksa bekletirim nedenini araştırmaya çalışırım bundan sonra ne yapacağını nasıl bir yol izleyeceğini öğrenmeye çalışırım ama acil hekimi olarak onlara çok daha bu anlamda desteklerimin olduğunu düşünmüyorum.”(ATA1-8)

“Kadına karşı şiddet uygulanan kadın bir şiddete maruz kalmış bir kadın geldiğinde yani ne yalan söyleyim benim için bir üst solunum enfeksiyonu olarak gelen hastalara oranla bir adım daha önde oluyor öyle görüyorum yani biraz daha ilgiyi hak ettiğini düşünüyorum kendi adıma.”(ATA1-10)

“Şiddete maruziyet zaten psikolojik ve sosyal açıdan kadınları yıpratıyor. Bu açıdan konuyu biraz daha önemseyip sorunlarının çözümünü hızlandırmak istiyorum. Bana düşenin bu süreçte en hızlı bir şekilde sağlık ile ilgili sorununu olabildiğince çabuk çözmek ve acilde kalış sürelerini azaltmak olduğunu düşünüyorum. Diğer süreçlerin de olabildiğince hızlı çözülmesini umuyorum elbette.”(ÖÜ-2)

“Ha bu soru biraz değişik bir soru oldu. Evet, güzel bir soru ya dediğim gibi konuşmanın o yönde ilerlemesini sağlamak güzel olabiliyor. Yani bu nasıl oldu vs gibi başlamak daha uygun yani bunu biri yapmış olabilir falan gibi hani direk kadını kadını suçlamak oluyor. Çünkü o dayak yemişsin sen şu olmuşsun sana bunu yapmışlar vs gibisindense bu nasıl oldu bir anlatır mısın vs hani genelde tedavi aşamasında oluyor tanı koyma aşamasında değil de çünkü tedavi aşamasında o senden iyilik göreceğini biliyor ona göre daha fazla açılma imkânı buluyor. Ya ben kendi tecrübem genellikle tedavi aşamasında konuşurmak daha mantıklı konuşmak bu konuyla alakalı daha mantıklı geliyor bana.”(ATA1-5)

“Empati kurmaya çalışırım daha çok hani alttan alırım çok suçlayıcı tavırlardan kesinle kaçınırım hani daha çok yardımcı olmak amacıyla olurum psikolojik olarak öyle deyim destek olurum deyim yaklaşım olarak destekleyici yaklaşım.”(ATA1-3)

“Ya öncelikle normal hastalara bile bakarken böyle bir hasta geldiği zaman çok daha naif bir hal alırım. Çünkü hasta zaten fiziksel bir şiddete uğruyor bunun yanında da ruhsal bir şiddet yaşıyor zaten hali hazırda ruh sağlığı da normal olmuyor. Çok daha sakın kalıp hastaya en azından ee burada gereken neyse yapılabileceğinin güvenini vermeye çalışırdım öncelikle. Çünkü bu güveni vermediğiniz zaman zaten hasta size güvenmeyecektir. Bunu gizleyebilir, bu konuda tedaviyi reddedebilir veyahut işte dediğim gibi biraz önce bahsettiğim gibi gidedebilir.”(ATA4-6)

“Şiddet gören kadın hastalara daha sakın yaklaşmaya çalışıyorum. Zaten hasta korkmuş ve ürkmüş oluyor.”(ATA4-5)

“Dediğim gibi altyapımız kesinlikle ben Türkiye de herhangi bir acilin yetersiz olduğunu düşünüyorum bu konuda. Yani bir kadına karşı şiddet vakası geldiğinde bir darp vakası geldiğinde herhangi aslında diğer bir hastadan ekstra bir özelliği yok yok yani hani tüm süreçler öyle yoğunluk varsa bu hasta bekliyor. Triyajda beklemesi bence beklememesi gerekiyor. Yani triyajda bence bir önceliği olmalı. Yani ondan onbeş dakika bir solunum yolu enfeksiyonu geldiye bence triyaj olarak bu vakalar daha öncelikli. Tamamen bu benim şahsi fikrim yani bunun herhangi bir falan yok ama bu tarz konularda bi kere daha girişinden önlem alınmalı. Hastalara bekletilmemeleri mümkün olduğu kadar daha öncelikli olmalı.”(ATA1-10)

“Yani varsa önceliğin onlara verilmesi gerekiyor acil serviste. Çünkü birazcık daha bu konuda şey yapmak gerekiyor yani hastanın yanın da olmak gerekiyor bu konuda ekstradan bir yani hiçbir şeyi atlamamaya çalışmak daha farklı bir hastanın yanında olduğunu ifade ettiğiniz zaman belki yani yanında olduğunu hissettiği zaman size çok daha rahat açılıyor. Daha rahat ifade ediyor belki bir emniyete anlatamayacağı şeyleri çok daha güzelce ifade edebiliyor.”(ATA1-6)

“Aslında normal darp vakalarından çok farklı yaklaşmamışım herhalde şimdiye kadar. Evet. Yani gerekirse, çok ajite olursa mesela hani daha böyle ılımlı yaklaşıma, daha böyle farklı şeyler sormaya yönelik de olabiliyor bazen. Yani hani eşiyile olan problemlerini bazen anlatıyorlar hani sorduğum zaman şey yapıyor, hani bayan olarak gördüğü zaman da bazen anlatıyor hani. Erkek olduğu zaman bazıları anlatmıyor hani de bayan olarak karşısına çıktığınız zaman anlatabilenler oluyor yani o şekilde.”(ATA4-8)

“Yani o daha çok şeyle ilgili talep etmesiyle ilgili. Talep ediyorsa koruma vs. için hastane polisine yönlendiriyoruz.”(ATA4-1)

“Tekrar söylüyorum hani bu insana yakışır bir tavır değildir. Her ne şekilde olursa olsun şiddet insana yakışır bir tavır değil. Hastayı her zaman rahatlatacak. Mümkün olduğunca konuşabilecek, beni kendisine yakın hissedecek, konuşacak düzeneği açmaya çalışıyorum hastaya.”(ÖÜ-8)

“Elimden geldiğince olumlu yaklaşıma çalışıyorum. Hani dediğim gibi kadına sen burada mağdursun, suçlusun şeklinde utanacağı bir durumda değil, tam aksine

hani sen burada bir belaya maruz kaldın, bir afete maruz kaldın tabiri caizse. Bu senin utanman gereken değil, bunu yapan hayvanın utanması gerekir şeklinde, bu kelimeyi kullanmaktan da çok imtina etmiyorum açıkçası.”(ÖÜ-8)

“Açıkçası tam histerik değil de 2 şekilde genelde geliyor. Bir anksiyete yaşıyorlar, öfori ya da konuşmak istemiyor yani böyle durgun donuk o anı yaşıyor belki dolayısıyla muayene etmek içinde buna uygun ortam bir değil bunu ona işte ifade ederken başta söylediğim şeyleri kullanarak genellikle yüzüne bakıyorum. Çoğu zaman sen bunları konuşuyorsun ama böyle donup kalıyor böyle düşünüyor vs. Hani buna biraz daha kendine geldikten sonra devam edebileceğimizi bana şu anda en sıkıntılı olan yerini söyle oraya bir ağrı kesici en azından yapalım. Sen kendine gelince tekrar bir daha bak dışarda da sıkıntılı hastalar var onlara da zaman ayırmam lazım ama sende önemlisin sende bana yardım edeceksin ki bende sana yardım edeceğim beraber hani sana yardım edeceğiz onu bana odaklandırmaya çalışıyorum.”(ÖÜ-6)

“Yaklaşımımızı bu şekilde yani her hastaya her hastada olduğu gibi ona yardımcı olmak amacıyla bu işi yaptığımızı, bunun verdiği verilerle bilgilerle onlara yardım elimizi elimizden geldiğince yardımcı olacağımızı ona çalışacağımızı bunu baştan hissettirmeye çalışıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Tabi ki öncelikle şey yapmak gerekiyor. Sakin sorgulayıcı olmadan hasta mahremiyetine önem vererek, söylediklerini dikkatle dinleyerek, önemseyerek zaman ayırarak, ondan sonra hastanın izin verdiği ölçüde girişimlerini yaparak izin verdiği ölçüde verdiği bilgilerle yetinerek bunlar önemli şimdiye kadar edindiğim.”(ÖÜ-7)

Profesyonel tutum;

“Fakat kişiyi güvende hissedeceği ortam intibasıyla yaklaşırsanız ve profesyonel yaklaşırsanız kişiyle irtibatınızı neden bu soruları sorduğunuzu neden bu şekilde yaklaştığınızı anlatırsanız kişide belki minimal şeyleri de söyleyecektir diye düşünüyorum.”(ATA1-4)

“İdeal yaklaşım bununla ilgili ayrı bölüm olması büyük merkezlerde en azından hani bu işin uzmanı sırf bu aile içi şiddetle görüp konuşmuş işi bu olan insanlar

tarafından hani görüşmenin gerektiği tedavinin onlar tarafından yapılması ideal olur.”(ATA1-3)

“Yani ideal yaklaşım az önce aslında ondan bahsetmeye çalışıyordum. İdeal yaklaşım insana daha doğrusu canlıya olan şiddetin birbirinden çok fazla ayırt edilmeden herkese eşit mentaliteyle, eşit özenle, eşit ihtimamla yaklaşılması şeklinde olabilir bence. Kişiyi de ideal şartlarda bence bütün şiddet vakalarında psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-4)

“Tabi elimizde böyle bir kılavuzun olması işimizi çok rahatlatır. Sistematik bir şekilde yapardık bu işi atlamadan yanlış bir şey kalmadan eksik bir şey kalmadan.”(ATA1-10)

“Bence yararlı olur bu en azından çözülemeyen öykü de çekinik davranan çekimser davranan hastalar için bunun yararlı olacağını düşünüyorum belki biraz daha onları cesaretlendirici olabilir toplum olarak bu konuda kapalıyız yani öykü vermede.”(ÖÜ-7)

“böyle olaylar duyulmasını istemediği için ama hani bu işlerin gizli olduğunu gizli tutabildiğimizi hani başka olaylarda da göstermiş olmak yani rahatlatıyor onları konuşarak hani ikna etmek gerekiyor çoğunu.”(ATA1-3)

“Ha bu soru biraz değişik bir soru oldu. Evet, güzel bir soru ya dediğim gibi konuşmanın o yönde ilerlemesini sağlamak güzel olabiliyor. Yani bu nasıl oldu vs gibi başlamak daha uygun yani bunu biri yapmış olabilir falan gibi hani direk kadını kadını suçlamak oluyor. Çünkü o dayak yemişsin sen şu olmuşsun sana bunu yapmışlar vs gibisindense bu nasıl oldu bir anlatır mısın vs hani genelde tedavi aşamasında oluyor tanı koyma aşamasında değil de çünkü tedavi aşamasında o senden iyilik göreceğini biliyor ona göre daha fazla açılma imkânı buluyor. Ya ben kendi tecrübem genellikle tedavi aşamasında konuşturmak daha mantıklı konuşmak bu konuyla alakalı daha mantıklı geliyor bana.”(ATA1-5)

“şöyle yaklaşık süre 5-10 dakika arasında değişir. Benim görüşüm bunun da sebebi şudur en başka tabi ki hiç kimse tabi yeni gördüğü bir adama güvenip de ben böyle ben şöyle diyemez. Ama hani sizden iyilik görmeyi görebildiği süre zarfından bahsediyorum 5-10 dk hani benden iyilik gördüğünü görünce oda biraz daha tabi ki

dikkati elden bırakıp konuşmaya başlayabiliyor. Bu adam bana kötülük yapamaz herhalde gibi söylemez vs gibisinden olabilir.”(ATA1-5)

“Yani şöyle hastayı dediğim gibi tekrardan üzerinden geçeceğiz. Ama hasta geldiğinde çevresi sosyokültürel düzeyi bunlar çok önemli oluyor eğitim düzeyi önemli oluyor şimdi hasta bir ev hanımı bir olması ile bir eğitilmiş bir insan olması zaten eğitilmiş insan olduğunda da çok bir şey anlatmanızda gerekemeyebiliyor. Risk faktörlerini şöyle söylüyorsunuz işte eşi darp ediyor ya da başka kişi darp etmiş, trafik sırasında o da sonuçta kadına şiddete giriyor. Risk faktörleri olarak yani riskleri azaltmaya yönelik çok bir şey yapamıyoruz burada. Yani riski azaltamayız en fazla kişiye fiziksel korun veya şey yapma diyebilirsiniz ama oda yani çok anlamlı eşiyse kavga eden birisine eşine sakın davran demiyoruz bu tarz şeyleri diyemiyoruz.”(ATA1-6)

“Yani öncelikle hastanın hani o anki psikolojik durumu hani rahatlatma rahat mı değil mi hala gerginliğimi var önce rahatlatmaya çalışırım, hani rahatlattıktan sonra konuşması daha rahat oluyor deyim karşı tarafın daha rahat anlatabiliyor, düşüncelerini daha rahat söyleyebiliyor neler hissettiğini de daha rahat söyleyebiliyor. Kısa kısa tutmam konuşmaları zamanın varsa benimde olabildiğince uzun ayrıntıları yavaş yavaş giderek bunlara dikkat ederim daha çok.”(ATA1-3)

“Empati kurmaya çalışırım daha çok. Hani alttan alırım çok suçlayıcı tavırlardan kesinle kaçınırım hani daha çok yardımcı olmak amacıyla olurum psikolojik olarak öyle deyim destek olurum deyim yaklaşım olarak destekleyici yaklaşım.”(ATA1-3)

“Şiddet. Bu bayandan biraz belki... Benim de çocuğum var, 3 yaşında. Bayanın da yaklaşık 1.5 yaşında bir çocuğu vardı yanında biraz o fazla etkilemişti. Belki onun için biraz daha üstüne düştüm, sosyal hizmetlerin üstüne düşüp kadınla biraz daha fazla konuşmuştum belki onun da etkisi olabilir yani.”(ATA4-8)

“Önemli ortamın nasıl olduğu hani çok insan içinde insanın çok bulunduğu ne bileyim ses geçiren daha çok olması daha çok etkiliyor diye düşünüyorum. İzole olması hani daha önemli ortamın.”(ATA1-3)

“Biz burada genelde yaptığımız şey şu oluyor; çok fazla hastayla karşılaşmadım özellikle kadına şiddet ile karşılaşmadım ama hastayı izole bir odaya alıyoruz. İzole odadan kastım mesela cerrahi odasına alıyoruz. Cerrahi odasında muayenesini yapıyoruz o sırada tabi ki konuşma fırsatımız da oluyor, muayenesi biraz daha uzun sürüyor diğer hastalar gibi olmuyor hani. Daha konuşma üzerine 10 dk 15 dakikaya kadar çıkabiliyor o konuşma sırasında illaki bir takım bilgiler ediniyoruz.”(ATA1-5)

“Özel bir odaya almaya dikkat ediyorum, yakınlarını dışarıya çıkarıyorum. Bulunulan ortam görüşmeyi ve hastanın vereceği bilgileri elbette etkiliyor. Bu sebepten dolayı özel bir ortamda muayene etmenin faydası olacağını düşünüyorum.”(ATA4-5)

“Şiddet gören kadın hastalara ideal yaklaşım biraz öncede bahsettim yani mahremiyet konusunun özellikle yakınlarının yakınlarından öncelikle hastayı ayırt etmek gerekiyor yani ayırmak gerekiyor. Başka bir ortama ayırmak gerekiyor herhangi bir şekilde mahremiyetinin bozulacağı bir alanda olmaması gerekiyor. Yani kaç kişiyiz biz burada hastayı muayene ediyoruz aynı hastanın belki ne olduğundan belki de bütün personelin haberi oluyor. Ben bunu doğru bulmuyorum sadece ben veya yanımdaki kişi bilmeli bence bu konuda yani bunu bütün hastanedeki işte personeldir. Şudur budur bilmemeli yani bunu sadece hasta ve hastayı muayene eden kişi yakınındaki kişi bilmeli bu konuya çok dikkat edildiğini düşünmüyorum yani bir kadına şiddet olmuş herkes biliyor hastanede herkes öğreniyor bir şekilde yani bu doğru değil.”(ATA1-6)

“Acil servisimiz içerisinde böyle bir hasta için değil, ama normal şartlarda zaten hasta yakınlarını içeri almıyoruz, alınmaması lazım. Hastanın tedavi sürecinde beklerken de hasta yakınlarının hastanın yanında beklemesi bizim şeyimiz değil çünkü yani diğer hastalarda var onlarında mahremiyeti söz konusu oluyor. Ama hani bir merak konusu oluyor hastayı görmek isteyebiliyorlar. primer bir yakının hani görmek amaçlı hastayı görmek amaçlı beş dakika falan sokup bizim işimiz bittikten sonra bir şeyler beklenirken gösterilebiliyor ha bu ama bu güvenlik eşliğinde olmuyor dediğiniz gibi aslında yani yanında birisi olmuyor.”(ÖÜ-4)

“Mesela ben hastayı muayene ederken özellikle hasta yakınında kimsenin olmamasını sağlıyorum. Çünkü kendi kardeşi olsa bile baskı altına alabilir söyleme diye. Onu engellemeye çalışıyorum.”(ÖÜ-8)

“Bu hastalarda tepeden tırnağa muayene yapmak gerekiyor. Öyle olunca mümkün olduğu kadar izole bir ortamda tek başıma değil başka bir sağlık personeliyle birlikte, mümkünse kadın bir personelle birlikte muayenesini gerçekleştiriyoruz. Onun haricinde hikâyesini dinlerken de izole bir ortamda hastayı dinliyoruz. Ama bunları her zaman %100 bir şekilde yapmamız zor. Bu yoğunluktayken bazen aksayabiliyor. Ama onun dışında mümkün olduğu kadar izole bir ortamda hikâyesini dinleyip, tetkiklerini almak için tekrar normal bir odada muayenesine devam ediyoruz.”(ATA4-7)

“Çünkü bana bazen dediğim gibi insan görmek erkek görmek bile istemiyor bile. Cinsel saldırıya maruz kalan bir kadın yani bu insanı alıp da cerrahi müdahale odamız bizim 20 kişi kapasiteli karman çorman bir ortam bu hengâmeye koyduğumuzda daha da hastayı sınırlendirip üzebiliyoruz aslında bence ayrı bir odası olmalı sessiz sakin bir rahat kalabileceği dinlenebileceği.”(ATA1-10)

“Ama hastanın bir cinsel saldırı gibi bir şikayeti varsa, tecavüz gibi bir şikayeti varsa bununla ilgili genital muayene yapabilmemiz için izin alınması gerekiyor. Ee, hastanın böyle, ben tecavüze uğradım diye gelen bir hastanın muayenesini yapabilmemiz için savcılıktan izin almanız gerekiyor veya hastanın tek başına buna izin vermiş olması da her zaman yeterli olmayabiliyor çünkü oralardan örnek alınması ve bunun da işte adli birimlere bildirilmesi gerekiyor.”(ÖÜ-9)

“Yani kendi yarattığımız izole oda kullanmayı ben genelde bu tarz hastalara şiddete maruz kalmış hastalara izole bir oda kendimiz yarattığımız da tek başına orda mümkünse bırakmamaya çalışıyoruz. Özellikle bu suicidal düşüncesi oluyor bu kadınlarımızın. Zaten bir sağlık personeli mümkünse yanında bir de yakını hani gene mümkünse yanında oluyor. Sesten ve ışıktan uzak tutmaya çalışıyorum. Birazcık onunda aslında kendini tek onunda isteklerine karşı hastayla buluşturuyoruz. Kimisi bu konuda şey bile değil kadınlar şiddete uğrayan bir kadın gelip ben kalmayacam, adli rapor alacam deyip bekleme salonunda bekleyip gidip mesela bir buçuk saat

sonra gelen hastam da oluyor. Hani tutanağımı tutuyorum aslında. Kendi izinsiz ama yani bu tarz bir izole odaya hayalimdeki izole odaya nasıl erişim olsa bir kere kesinlikle acil bir durumda güvenliğini tehdit edeceği bir durum olduğunda hızlı bir şekilde buna müdahale edebileceği bir defa güvenliği sağlanmış. Yanında da dediğim gibi yardıma olabilecek yakını veya sağlık personelinin sürekli yanında olmasını bende şahsen tercih ederdim.”(ATA1-10)

“Ben önemli olduğunu düşünüyorum. Ama dediğim gibi ülkemizin sonuçta dinamiği var. Bazı kadın hastalarımız muhafazakâr olabiliyor, istemeyebiliyor. Yanında bir yakını olmasını istiyor. İdeali nedir tabii ki primer hasta ve hekimin gizlilik esasında görüşmesidir. Yani sonuçta biz yeminli bir meslek yapıyoruz. Hastamızın her hangi bir bilgisini gizlilik ilkesinde biliyoruz öyle bir şey yok aslında güvenini sağladıktan sonra böyle bir şey varsa biz birebir görüşme yapmış olduğum hastam var ve önemli olduğunu düşünüyorum kesinlikle. Mahremiyetinde yani dediğim gibi çok hastam olmuştur bana başta hani yakını yanında söylemeyip burun kanamasıyla sadece gelip yakını gittikten sonra veya biz baş başa muayene sırasında kaldığımızda darp edildiğini söyleyen hastam olmuştur. Mahremiyet o açıdan çok önemli aslında bu kadına karşı şiddet vakalarında benim adli raporum tutmam süreci tamamen farklı bir noktaya götürüyor zaten bu mahremiyet sonrası.”(ATA1-10)

“Şöyle, güvence veriyoruz öncelikle. Burası öyle bir yer değil diye. Ama tabii ki güvence verebilmek için öncelikle şey yapmak lazım. Iı özellikle kolluk birimlerini uyarmak lazım. Ondandır sonra böyle böyle bu vakanın böyle bir sıkıntısı var. Haberinizi olsun. Gelene gidene dikkat edelim diye. Gerekirse hastane polisine gerekirse ekiplere haber veriyoruz. Önce bir çevrenin güvenliğini sağladıktan sonra güvence veriyoruz hastaya. Güvence verdikten sonra biraz daha rahatlıyorlar. Rahatlayamayan da oluyor. Madde altında olan oluyor. Madde etkisi altında olan da oluyor. O zaman onları rahatlatamıyoruz genellikle. Hastaneden kaçıp giden büyük yaralanması olup hastaneden gitmek zorunda olan vakalar biliyorum ben. Genellikle güvence böyle hani etrafı güvence altına alarak güvence vererek şey yapmaya çalışıyoruz sakinleştirmeye çalışıyoruz.”(ATA4-2)

“Ya şöyle zaten hani dediğim gibi hastalar ı bir şekilde izole odaya alıp kendim birebir konuşmak istiyorum. Yine muayenesini izole odada kapı kilitliken yapmaya çalışıyoruz. ı onun dışında da hani bizim ortamımız ı şimdi şey bir ortam hani o hasta geliyor o hasta gidiyor, o geliyor o gidiyor yani şimdi hastaya ı darp edilen kadın hasta vardı diye seslenmek var bir de ismiyle seslenmek var. Genellikle hani bu tarz şeylere dikkat ederek yaklaşmaya çalışıyoruz.”(ATA4-3)

“Bizim için benim nezdinde kesinlikle ı bildirilmesi gerektiğini düşünmekle beraber konuşmamızın başında da bahsettim yanlış yapmama kısmındayım açıkçası. Hastaya yardımcı olmak önceliklerimizden ama en azından böyle bir vakayı kaçırmayayım, adli sürecinin rutin işlenmesi gerektiği kanısındayım ama diğer hastalardan da çok farklı bir anlama geliyor mu diye düşündüğüm vakit tekrar, çok farklı konumlandırmıyorum. Bir trafik kazasının da adli raporunu tuttuğumuz için hani bildirilmesi gerektiğini, yardımcı olması, olmamız gerektiğini bilmekle beraber en azından hastaya zararlı olmamaya çalışıyorum.”(ATA4-4)

“Bir iki tane vakada karşılaştım; özellikle gece kulüplerinde falan böyle yerlerde dediğim gibi yine akşam çalışan gece çalışan kadınlarda 1-2 kere şeyle karşılaştım hem darp edilmiş ı bıçaklanmış, ondan sonra acil servise geliyor. Ama hala şeyden korktuklarını hatırlıyorum gelip beni burada bulacaklar gibi. Hala o endişe içerisindedir. Tabii onu sorgulama şansımız yok sağlığıyla ilgilenmekten hastanın. ı hani aklıma gelen bunlar var. Dikkat ettiğim şey de bu gelen hastaları da rahatlatmak gibi şeyimiz de var. Endişe etmesine en azından endişesini engellemek gibi bir durumumuz da var.”(ATA4-2)

“Empati kurulmalı. Kişiyi işte dediğim gibi öncelikle mahremiyet ve güvene önem verilmeli ve ayrıntılı anamnezi alınmalı bu konuda objektif yaklaşılmalı. Hani bu şey var ya elleri kırılınsın falan hani o tarz şeylere pek girilmemek gerekiyor. Bu karşı misillemede olabilir çünkü bu sonuçta kişiler özellikle evliyse öbür ailede önemli sonuçta. Cinayetle bile sonuçlanabilir karşı tarafın yani o zaman şey yapmak pek gaza getirmemek gerekiyor öyle düşünüyorum.”(ATA1-11)

“Zaten hasta korkmuş ve ürkmüş oluyor. Yaşlı bir teyze bir gün yakınları tarafından acile getirilmişti. Vücudunda yaygın ekimozları vardı. Yakınları bu lezyonları hastanın kendisinin yaptığını söylediler.”(ATA4-5)

“En başta aslında söyledim yani. Kadına şiddet aslında iki aşamalı öncesi ve sonrası yani. Öncesinde hekimin yapabileceği çok bir şey var mıdır yani çok yoktur. Ama bu kadına şiddet olduktan sonrası için en azından psikiyatrik muayene yapmasak bile psikiyatrik muayene olabileceği bir yere gitmesini ve onun dışında işte aile terapisi alabileceği yerlere gitmesi ve haklarını yani tam olarak bizde vakıf değiliz. o konuya ama en azından kadına şiddet konusunda kadının kendi edineceği hakları bilmesi için gereken yerlere yönlendirme yapılabilir.”(ATA1-7)

“Bu konuda bir kere şuan mesela sorduğu sorularda eksik teorik bilgim olduğunu farkındayım. Mesela bu konuda nerelere başvurması gerektiğini hani işte emniyet güçleri dışında ya da bildiğimiz sosyal destek veren mor çatı gibi kurumlar dışında pek bir bilgim yok bu konuda kimlere başvurabileceği ama bu konuda hani bilgi vermeye çalışırım en azından araştırmaya teşvik ederim hani.”(ATA1-11)

“İmm rutin sorgulamıyoruz. Yok. Sadece aklımıza getirtebilecek bulgular hakkında rutin olarak uyanız. Onun haricinde sorgulamıyoruz. Genellikle çünkü sorgulandığı zaman bir fayda vermiyor böyle şeylerde. Sorgulandığı zaman inkâra gidiliyor. Onun yerine şüpheli bulgular üzerinden gitmeye çalışıyoruz.”(ATA4-2)

“Ya şöyle, önce hani annesi ya da annesine soruyorum ne oldu, ne bitti. Sonra babasına soruyorum nasıl oldu falan. Bir de gidiyorum çocuk konuşabiliyorsa şey yapabiliyorsa çocukla da konuşmaya çalışıyorum. Bir şeyler örtüşmüyor. Bir şeyler örtüşmeyince soru işareti oluyor. O zaman hani şey yapıyoruz.”(ATA4-3)

“Yani multidisipliner yaklaşılması gerektiğini düşünüyorum yani söylediğim gibi psikiyatri doktoruyla birlikte yaklaşmanın hastaya daha faydalı olabileceğini düşünüyorum. Orda büyük bir travması her açıdan yani fiziksel ve psikiyatrik travması olan bir hastalığı mevcut psikiyatrik tramvayı çözemeyebiliriz tek başımıza ama fiziksel olarak genel olarak çözüyoruz. O açıdan da acil tıp hekimlerinin bu konuda psikiyatrik eğitim almaları gerektiğini düşünüyorum kendi açımızdan ya da multidisipliner bir

yaklaşım olması gerektiğini düşünüyorum ve acil servislerde bu konular bu ve bunun benzeri konular özel bir alan oluşturulması gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-9)

“Adli tabipler yapabilir. Özel birimler kurulabilir. Mutidisipliner yaklaşım yapılmalı ancak bunun yeri acil servisler olmamalı. Olgunun şiddetine göre ilgili branşlar aktif rol almalıdır.”(ATA4-5)

“Şiddet gören kadın hastalara da tüm hastalara yaklaşıldığı gibi yaklaşıyorum. Tabii ki her vaka kendine göre özel olduğu için vakaya uygun yaklaşım sergiliyorum.”(ATA4-5)

“Ama bilmiyorum şey olarak farklı yani sağlıksal açıdan farklı davranmam ama hani şey olarak dediğim gibi ruhsal desteği daha fazla vermek gerekiyor bu kişilere bu kişilere daha fazla vakit ayırırdım.”(ATA1-11)

“Yani bize sunduğu olanakları aslında kurumun bu konuda özellikle kadına karşı şiddette ekstra özel bir şeyimiz yok bir olanak yok bizim kurumumuzda. Yani böyle bir özellikle kadına yönelik bir şiddet ama elimizde olan olanakları kendi kendimize yani işte geliştirmeye çalışıyoruz. Mesela yakını tarafından darp edildiye hala burda darp edilme şüphesi olan bir kadın hastamız varsa ultrason odamız var mesela hani oraya belki alabiliyoruz hastayı normalde orası hasta bakılan bir yer değil sadece ultrason görüntülemesi yaptığımız bir yer. Bizim veya hani güvenliğimiz var hani mümkünse güvenliğimiz muayene odası yakınlarında tutup hastamızın güvenliğini sağlamak başkada olanağımız yok. Bize sağlanan olanak yok.”(ATA1-10)

“Psikolojik travmaları da söz konusu olabileceği için daha dikkatli daha özenli yaklaşacağımız hastalar grubunda olduğu için hep böyle bir daha özenli yaklaştığımız hasta grubu arasında görüyoruz en azından görüyorum.”(ATA1-9)

“Her hasta gibi, çok farklı bir şeyimiz olmadı. Muayenesini yapabildiğimiz kadar, özene bildiğimiz kadar özenerek yaptık. Sonrasında acaba bebekle ilgili bir sıkıntısı var mı yok mu vs. onlarla ilgili kadın doğuma göstermiştik. Kadın doğuma da yatırılmıştı hatırlayabildiğim kadarıyla. Sonrasında ne oldu, süreç nasıl işledi, hasta nasıl taburcu edildi, bu konuyla ilgili çok bir bilgim yok.”(ATA4-1)

“Adli raporu o hastada gördüğümüz her şeyi en ufak teferruatına kadar tutuyoruz. Acil servislerde gözden kaçmıyor mu trafik kazasıyla geldi belki ufak

noktayı gözden kaçırabiliyoruz. Ama ben kendi adıma söyleyeyim hani benim kız kardeşim, ablam yok ama olsun çok isterdim. Gelen hanımefendilerin hepsine, şiddete uğrayan hanımefendilerin hepsinde vücudunda en ufak çizige kadar, en ufak çizige kadar ayrıntılı olarak yazmaya özen gösteriyorum. Çünkü tabiri caizse korunması gereken bir hanımefendi ve kimden koruncak birlikte yaşadığı tabiri caizse hayvani dürtülerle hareket eden bir yaratıktan koruncak.”(ÖÜ-8)

“Yani zorla muayenenin zararı ne olur bilmiyorum ama zorla muayene yapmam yani istemedikten sonra zaten bakmam. Bana bir zararı olur mu? Şikâyet eder mi? Bilmiyorum hiç böyle bir şey düşünmedim. Ama herhâlde zorla muayene yapmam herhâlde.”(ATA4-9)

“Yani ideal yaklaşım derken bu hastaların, şey olabilir belki erken dönemde işte kolluk kuvvetlerine bildirilip de, daha hızlı önlem alınması ve psikiyatrik, acil bir şey olmasa da, psikiyatri polikliniğinden randevu alınarak belki psikiyatrik desteğin daha hızlı verilmesi daha ideal bir şey olabilir.”(ATA4-10)

“Yani bu maruz kaldığı şiddetin niteliğiyle örtüşür tabi. Eğer ağırlıklı olarak fiziksel bir şiddete maruz kaldıysa ve hayatını tehdit edici bir durum varsa öncelikle onu ortadan kaldırmakla uğraşırız. Hayati fonksiyonlarını koruyacak veya düzelterek tıbbi girişimleri eğer birey bilinci açık ise ve bizimle iletişim kurabiliyorsa o zaman onun yanında psikolojik desteği eş zamanlı vermeye başlamak lazım. Eğer bilinci kapalıysa onu alamaz ama bilinci açık ise hemen ilk müdahaleleri yaptıktan hemen sonra yine bir psikolojik destek için görevli biriyi olaya dâhil etmek lazım. Biz bu tip durumlarda genellikle eğer beraberinde tabi bunlar izole olmuyor birbirine bağlı birbirinin içine girmiş halkalar gibi oluyor. İşte şiddet eşlik eden bir öz kıyım yani intihar işte ilaç alımı vs ya da kesici delici alet yaralaması bunlar hepsinin birbiri içine geçmiş olabiliyor hani adli mercilere bildirmenin dışında psikiyatrik konsültasyonu da istiyoruz. Biz bu hastalarımız için eğer böyle birbirine girift durumlar öz kıyım durumlar vb durumlar varsa işin içinde o zaman psikiyatrik konsültasyonu da yardım almaya çalışıyoruz eğer sosyal desteği zayıf ve kendi destek ihtiyacı varsa o zaman sosyal hizmet görevlisini de sürece dahil etmeye çalışıyoruz zaman zamanda adli tıptan yardım alıyoruz bizim adli tıp anabilim dalımız özellikle kadına şiddet

konusuyla ilgili çalışmaları olan bir ana bilim dalı ve adli tıptan bir konsültasyonda isteyip genellikle şiddete maruz kalan kadının seçenekleri konusunda bilgilendirmek açısından daha anlamlı oluyor adli tıbbı devreye sokmak ve onlarda o konuda bilgilendirici görüşmeler yapabiliyorlar kişiyle.”(ÖÜ-1)

“Konsültasyon ihtiyacı olursa ilgili branştan konsültaston talep ediyorum. Ancak her bir şiddet olgusu için kesinlikle psikiyatri konsültasyonu istiyorum. Diğer branşlardan ise lüzum dahilinde konsültasyon istiyorum.”(ÖÜ-2)

“Travmaya göre muayene, tanı ve tedavi yaklaşımı sergiliyoruz Talep edeceğimiz konsültasyon cinsel saldırı ise daha farklı olmaktadır.”(ÖÜ3)

“Hastanın eşi halen gelip acil serviste mevcut şiddetini uyguluyor hem. Fiziksel şiddet uygulayanı da hayatım da bir kez gördüm hastanenin içinde de tabi biz hemen güvenlik çağırdık güvenlikle müdahale ediyoruz. Güvenlik yetmiyor bunlara hemen adli vaka olduğu için de mutlak kolluk kuvvetine hastane polisine haber veriyoruz ve işlemleri başlatıyoruz. Gelip o pis şey sözlü şiddetine psikiyatrik şiddetine halen yapmaya çalışanlar oluyor biz zaten hasta yakınlarını içeri almıyoruz. Acil servisimize mutlak dışarı çıkarıyoruz buna direnç gösterenleri güvenlikle çıkartıyoruz. Daha direnç gösteriyor ve eşine gerçekten şiddet uygulamış ise mesela genelde eş üzerine olanlar oluyor polise bildiriyoruz. Adli vaka şuan bir şiddet var hastanın güvenliği ile ilgili problem var erken bildirim yapıp erkenden çıkartıyoruz hatta fiziksel şiddet uygulayıp tutuklayıp göndermişler çok eski bir vaka yapmıştık onu biz acil servisin içinde böyle bişey yapmıştık.”(ÖÜ-5)

“Yok 112'de adli rapor tutulmuyor. Ee yani 112'de görevimiz sadece bizim hastanın transportu, stabilizasyonu, hayati fonksiyonlarının anlamı. Bunlar sağlandıktan sonra gerekli adli merciler hastane bünyesinde başlıyordu. Ama şöyle bir durum olabilir ee yani bir aile içi şiddet, bir eşin eşine yani karısına ıı şiddeti maruz kaldığı zaman tabii ki de bu olay her zaman polise aks ettirilmiyor. Yani komutaya işte eşim düştü denebiliyor, elini kesti denebiliyor veya bir yerinde yara var denilebiliyor. Yani biz böyle gidiyoruz ama direkt şiddet olarak gittiğimiz zaman ee öncesinde tabii orda polis, kolluk kuvvetleri bulunuyor. Bulunmasa bile talep ediliyor. Onların eşliğinde hasta alınıyor.”(ATA4-6)

“Şiddet gören kadın hastalara daha da titiz ve özverili yaklaşılmaya çalışıyorum.”(ÖÜ-2)

“Ya, ben hani her hasta için kendi yakınım olsa mentalitesinde davranmaya çalışıyorum. Hani her şeyi en iyi şekilde yapayım. Yani çünkü çok kompleks bir hadise değil. Yarın bir gün benim yakınım da hastaneye başvuracak çünkü. Allah etmesin benim kendi çocuğum olsa bir doktor ona baksın, çocuğuma nasıl müdahale edilmesini istersem kızıma, o şekilde davranıyorum. Yani çünkü tamam, benim canım, ben objektif olamam ama kızıma bakan hekim ne yapsın istersem, nasıl bilgilendirsin istersem mümkün olduğunca aynı şekilde bilgilendiriyorum ve davranıyorum.”(ÖÜ-8)

“Hani gebelik şüphesini mutlaka ve mutlaka sorguluyoruz bu hastalarda artı.”(ÖÜ-8)

“Bunun haricindekiler önceki bahsettiklerim gibi. Hastaların bilgilerinin gizliliği kişiye özel gitmemekte. Benim çalıştığım kurumda tüm hastaların bilgilerinin gizliliği ve mahremiyetine saygı gösterilir.”(ÖÜ-2)

“Sosyal hizmet desteği sunarken gizlilik ve güvenlik çok önemlidir. Acil servisler açık konuşmak gerekirse kadına şiddet olgularına yaklaşım için uygun yerler değildir. Hasta mahremiyetinin sağlanması çok önemlidir. Şiddete uğrayan kadın hastaların bulunduğu ortamda çok fazla sağlık görevlileri dahi bulunmamalıdır aslında. Hastanın bulunduğu ya da müşahade edildiği odanın kapısına dahi çok dikkat edilmelidir.”(ÖÜ-3)

“Ben şöyle yani ideal yaklaşımdan hep bahsediyorum. Yani mutlaka hastayı ayrı bir odaya işte hasta yakınlarından ayırmanız gerekiyor. En önemli şeyin bu olduğunu düşünüyorum. Güvenli bir ortam olduğu artık hastanede olduğunu hastanenin güvenli bir ortam olduğunu hissettirmek gerekiyor. Bunla ilgili sizin hekim olarak sağlık görevlisi olarak yapacağınız ona sağlayacağınız ortam güvenliğini bir bildirmeniz gerektiğini düşünüyorum. O dakika bildirmeniz gerek ki size kişi mevcut şikayetini rahat anlatabilsin. Bunları sağlayamazsınız kişi size bilgi de vermiyor da zaten o da kendini düşünüyor ve vermiyor. Ama böyle bir ideal ortam olması gerekiyor. Mutlaka hastayı ayırmanız gerekiyor. Hasta yakınlarından ortamın güvenli olduğunu burada güvenlik insanların ilgili bir bilginin ona doğru böyle iletilmesi

gerekiyor ve kendisiyle ilgili işte bildirimleri gerekli önlemleri aldırabileceğimizi hissettirmeniz gerekiyor bunları sağlarsanız daha iyi bir ortam olur.”(ÖÜ-5)

“...ailenin gelmesi negatif bir şey de olabilir. Ama kişinin hani yanında olmasını istediği birinci derece yakını olursa onu da telefonla arayarak davet ediyoruz ve yaşı aslında 18 yaş ve erişkin olmalarına rağmen onları daha akli salim olacağını umduğumuz bir başka akrabasıyla birlikte evine gönderiyoruz ki hani başka karışık süreçler yaşanmasın diye.”(ÖÜ-1)

“En azından bunlar kendi bilgilerim değil ama kendi uygulamalarım yani hasta ile uygun muayene ortamını sonrası oluşan kendi bir algoritmam kendi asistanlık usta çıkarak ilişkisi dediğim gibi gördüm. Ben kendi deneyimlerimle bende kendi asistanlarıma bir şekilde aktarıyorum daha sonra uygun ortam sağlandıktan sonra muayene kısmına geçtiğimiz de keza her hastayı soyarım. Çünkü o işin sıcağı çünkü oraya asıl geliş amaca gerçekten sıkıntılı bir şeyi yok morluklar vs tırnak izleri bu gibi şeyler oluyor. O sıcağı sıcağına erken dönemde gelse hissetmez hasta adli bir olay olduğu için soyup neresinde ne var nerde darp izi var öncesinde olanlar olabilir vs bunların kesinlikle o an adli rapor tuttuğum için görmek isterim.”(ÖÜ-6)

“Hastanın geliş şikayetiyle öncelikle olayın adli olup olmadığını irdeliyoruz. Tüm travma hastaları adli vakalardır. Onun için travma şikayetiyle geldiyse zaten bu hastalara adli giriş yapılır kapıdan. Adli giriş yapıldıktan sonra da tetkik-tedavisi tamamlandığı sürece raporu doldurulur. En sonunda raporu hastane polisine bildirilir böyle bir hastamız var, raporu budur diye. Polis de ona göre işlem yapar.”(ÖÜ-9)

“Şimdi şöyle, gizliliğinde zaten, eğer şüpheli bir durum oluştuysa direk bizim sekreterlikle görüşülerek dosya direk adli vakaya çevriliyor. Bu arada hastanın kendisine bilgilendirme olarak şöyle bir şey, bu yapılan adli vaka dosyasının şikayetçi olmadığı sürece işleme girmeyeceği ya da bunun savcı tarafından araştırılarak şikayetçi olduğu durumda değerlendirileceği anlatılıyor. Bizim bunu yapmamız gerektiğini söylüyoruz. Çünkü olası, eğer bir şiddetse ve bunun önüne geçemezsek bir sonraki şiddet olayında hayatını kaybedebilecek duruma gelebileceğini anlatıyoruz. Yani bunun da kararını biz değil, yargılama yerinin vermesi gerektiğini düşünüyoruz.”(ATA4-10)

“Birincisi, onurunu zedelememeye dikkat ediyorum hastanın. İkincisi bu olay mümkün olduğunca gizli olmasına dikkat ediyorum. Ama her şeyden en önemlisi hastanın primer sağlığına dikkat ediyorum. Yani bu şiddetle oluşabilecek herhangi bir tedavi gerektirecek durum var mı yok mu ona dikkat ediyorum. Çünkü bunun bildirimini yaparken ee, ben adli mercilere, bu konularda hayati tehlikesinin olup olmadığı bizim için çok önemli. Hastanın hospitalize edilip edilmediği çok önemli. Ya bu konular eee bilgilendirmek bu konularda gerekli olduğunu düşünüyorum ben.”(ATA4-6)

“Bildirim yaptığının, şiddeti uygulayan kişi tarafından bilgisi olursa tekrar darba maruz kalabilir. Olma ihtimali var. Ama mümkün olduğu kadar buna özen gösteriyoruz açıkçası. Biz hiçbir zaman hastanın kendisine adli tutanağı verip başımızdan savma gibi bir düşünce içerisinde olmuyoruz. Mümkün olduğu kadar kolluk kuvvetini çağırıyoruz. Hasta izole kaldığı süreç içerisinde kolluk kuvvetiyle görüşüyor ve bununla birlikte en azından başka insanların bilmesini engelliyoruz.”(ATA4-7)

“Adli açarım risk almam. Ben adli açarım darba uğradığını beyan etmem. Sadece şöyle yazarım kolunda işte gelmiş şikâyetidir o onun benim kolum ağrıyor ben eğer ondan şüpheli bir şey hissettiğim anda adli rapor ya zaten çoğunda açılıyor %90 unda öyle hasta düştüm diye beyan etmediği sürece hani siz ona sorabilirsiniz. Mesela hasta genelde böyle düştüm diyebilir. Eğer ufak bir şey hissedersen adli açarım. Hastalarla münakaşaya giriyoruz ama beni koruyacak bir şey, seninle hiçbir sıkıntısı yok sen yine şikâyetçi olmadığın sürece... Genelde iş kazalarında bunu yaşıyoruz ama şüpheli bir şey hasta der ki benim kolum ağrıyor ama bir bakarsın başka yerlerinde morluklar var ben hiç risk almam asistanlarıma da bunu söylerim. Yani adli vaka açarız ama orada hastanın beyanını yazarız mesela düştüğünü ifade eden hasta yani orda darp şüphesi falan öyle bir şey yazamayız düştüğünü beyan eden hasta bizim için yeterli olur genel adli vaka açarız.”(ÖÜ-6)

“Bizim yaptığımızın ideal yaklaşım olmadığına eminim ama işte şuan kendi adıma en ideal yapabildiğim mümkün olduğu kadar hiç bir şey atlanmadan, işte tek tek o raporda belirterek. Çünkü bilmiyorum o raporlar ne kadar işe yarıyor savcılıkta

veya mahkemede saldırıyı yapan kişiye yaptırım açısından. Ama ben kendi adıma mümkün olduğu kadar faydalanabilmesi için çok ayrıntılı bakmaya çalışıyorum. Onu ayrıntılı şekilde yazıya dökmeye çalışıyorum.”(ATA4-9)

4.4. Uygulama Sorularına İlişkin Bulgular

Tablo 4.19. Şiddet Olgusuna Yaklaşımda Acil Hekiminin Rolü

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddet olgusuna yaklaşımda hekimin rolü	Öykü alma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Lezyona yönelme - Hayati tehlikeye müdahaleden sonra öykü alma - Müsait ortam ayarlama - Yalnız görüşme - Yardımcı personel tayini - Hastayı teskin etme - Hastayı sakinleştirme - Kadına güven verme - Hasta güvenliğini sağlama - Çalışan güvenliğini sağlama - Şiddet kaynağını uzaklaştırma *Eşini uzaklaştırma - Hastanın güvenini kazanmak *Hekimin kendini tanıtması *Hastayı rahatlatmak *Kadın hekim yönlendirmek - Ayrıntılı öykü alma - Olayı anlamaya çalışma - Şüphe dâhilinde sorgu - Hekimin hastayı yönlendirmesi
	Tanı koyma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Mahremiyeti sağlamak - Hastayla konuşma - Detaylı değerlendirme - Yardımcı sağlık personeli belirlemek - Fizik muayene yapma *Hayati fonksiyonları değerlendirme *Detaylı fizik muayene *Cinsel saldırı yönünden değerlendirme *Çocuk istismarı yönünden değerlendirme - Ruhsal muayene yapmak *İntihar teşebbüsünü değerlendirmek - Tetkik istemek - Tetkik sürecinde hasta güvenliğini sağlamak - Bilgi gizliliğini sağlamak - Psikiyatrik tanı koymak için psikiyatri konsültasyonu - Hasta yakınları ile konuşma
	Tedavi sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Tedaviye ilişkin bilgilendirme

		<ul style="list-style-type: none"> - Tedavi planı yapma - Triaaj yapmak - İhtiyaca uygun yaklaşma - Konsültan hekim davet etme *Psikiyatri konsültasyonu *Kadın doğum konsültasyonu *Genel cerrah konsültasyonu *Adli tıp konsültasyonu - Duygusal destek olma - Medikal takip önerme
	Adli rapor tutma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Adli raporlama - Detaylı raporlama *Tıbbi risk faktörleri *Detaylı lezyon tarifi *Kan alkol düzeyi belirleme *Şiddetin tahmini oluş zamanı *Lezyon görünmese dahi hasta şikâyetleri *Tetkik sonuçlarını eklemek *Kan ilaç düzeyi *Ruhsal bulgular *Radyolojik bulgular *Laboratuvar bulguları *Hastanın beyanını ekleme *Şiddetin türünü belirtme *Hayati tehlikeyi belirtme - Gerçeğe uygun raporlama - Detaylı adli muayene - Detaylı öykü alma
	Adli bildirim yapma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Adli bildirim yapma *Ölümlü vaka bildirimi - Bilgi gizliliğini sağlama - Polis desteği alma *Şiddet kaynağının kontrolü *Çalışan güvenliğini sağlama - Şiddet bildirimi *Aile içi şiddet kayıt formu - Adli rapor düzenleme *Geçici rapor düzenleme *Kati rapor düzenleme
	Hastayı bilgilendirme sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Yasal sürece ilişkin bilgilendirme - Başvuru birimlerine ilişkin bilgilendirme - Aileyi bilgilendirme - Hekimin hastayı bilgilendirme yöntemi *Polisle irtibatı sağlama *Sivil toplum kuruluşlarına yönlendirme **Mor Çatı *Bilgilendirici materyal yoluyla *İlgili telefon hatlarına yönlendirme *Deneyime dayalı bilgilendirme **Bizzat bilgilendirme **Sağlık personeli eşliğinde **Hasta yakınları eşliğinde *Sosyal hizmet uzmanıyla irtibatı sağlama *Adli tıp uzmanıyla irtibatı sağlama

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddet olgusuna yaklaşımda hekimin rolü bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

“Bireysel olarak bunu yanıtlamak gerekirse, ben mümkün olduğu kadar fiziksel anlamda da ruhsal anlamda da destek olmaya çalışıyorum. Polisle olan görüşmesi için polisin yanına ben götürüyorum ya da bir takım şeyleri söylememek istedikleri zaman bunun bir yanlış olmadığını, onların bir hatasının olmadığını, bunları konuşarak ya da yetkili yerlerle görüşerek bir yerlere varabileceklerini, bundan kurtulabileceklerini söylüyorum. Onun haricinde açıkçası bu yaşadığı talihsizliği, en azından karşı tarafa net bir şekilde gösterebilmesi için elinde resmi olan belgesini mümkün olduğu kadar düzgün doldurmaya çalışıyorum. Bir doktor olarak elimden gelenlerin bunlar olduğunu düşündüğüm için bu kadarını yapabiliyorum.”(ATA4-7)

“Adli vaka yaptığımız birimler şimdi öncelikle hasta bize başvurduğunda atıyorum işte eşinden şiddet görmüş, nedir işte yumruklanmış diyelim yani hani darba uğramış. Öncelikle hani bizim baktığımız nedir hastanın hani acil servis başvurusundaki şeyi genel durumu sağlık durumu muayene bulguları hayatını tehdit eden bir durum var mıdır yok mudur onu tespit etmek öncelikle. Şu her yani özellikle darplarda çok hayatını tehdit eden durumla karşılaşılmıyor. Eğer sadece el kullanılmışsa hayatı tehdit eden bir durum yoksa mevcut tedavisinde de şey varsa yani hani hemen müdahale edilmesi gereken bir şey varsa müdahalesini yapmak, öncelikle hastanın sağlığı ile ilgili prosedürü tamamlamak.”(ÖÜ-4)

“Tabi öncelikle tanı konması gerekiyor. Acil servisler bunu bir şiddet olduğunun açık ve gizli bulgularının ortaya koymak gerekiyor şüphelenmek gerekiyor. Yani fiziksel olarak düşündüğümüzde öyküsü net olmayan olguların veya öyküsü uyumlu olmayan yaralanmaların mutlaka öyküsünün derinlemesine sorgulanması gerekiyor. Eğer şüphesi varsa adli bildirim olarak ilgili birimlere bildirilmesi gerekiyor. Yine aynı şekilde hastayla uygun koşullar sağlandıktan sonra görüşme koşulları öyküyü derinlemesine alıp fiziksel olarak her hangi bir sorun olup olmadığı çevresiyle bunları sorgulamak gerekiyor. Yani hastaya biraz zaman ayırabilmek daha acil servisin karmaşası içinde hastaya da uygun bir şekilde görüşebilecek yer alan bulabilmek gerekiyor.”(ÖÜ-7)

Öykü alma sürecinde;

“Bence hekimliğin pek çok problemi tanımlama ve çözme konusunda altın bileziği öykü ve fizik muayene ederiz biz. Ve bu konuda da yani kadına yönelik şiddetin tanınmasında da yine altın bilezik öykü ve fizik muayene yani bunu tanısallıkla tespit edemeyiz. Tamamen insani öngörülerimizle bakış açımızla doğru algılarla ve doğru sorularla anlayabiliriz. Dolayısıyla öykü böyle bir durum hakkında en başta söylediğim gibi şüphe edebilmek için gerekli iyi öykü alabilen bir hekim ancak ortamda bir sorun olduğuna dair bir soru işaretini yakalayabilir ve o soru işaretine gidebilir, uygun sorularla hedefe ulaşabilir. Ama pek çok sebeple öykü alınamıyorsa ya da yeterli öykü alınamıyorsa ya da derin öykü alınamıyorsa sıklıkla da bu olasılığı kaçırmaktayızdır. Belki de bu konuda yapılmış epidemiyolojik çalışmaları, retrospektif çalışmaların sonuçlarını bilmiyorum ama muhtemelen hem kadına yönelik şiddet çeşitleri veya hem de çocuk ve geriyatrik hastalara yönelik şiddet istismar ihmal gibi olaylar sandığımızdan çok daha fazla görmüyor olmamız az olduğu anlamına ya da olmadığı anlamına gelmiyor. Kanıtın yokluğu yokluğun kanıtı oluyor yani.”(ÖÜ-1)

“Şiddet öyküsünü nasıl alıyoruz? Burada da aslında şöyle düşününce bizim odaklandığımız konu hep şey oluyor, ne oldu yani nerene vurdu diye soruyoruz. Vurdu mu? Nerene vurdu? İşte nasıl vurdu? İşte vurduğu yerlerine bakıyoruz ne olmuş olabilir. İşte basit bir yara bere gibi bir şey mi yoksa kırık mı? Odaklandığımız şeyler daha çok bunlar oluyor.”(ATA4-1)

“Bir acilci olarak ilk önce yapacağımız şey hayati tehdit edici durumları belirlemek. Önce bunlar bizim için önemli sebebi ne olursa olsun. Çünkü ilk önce biz yaşamsal organların devamını sağlar mı buna bakmak lazım öncelikle zamanlamamızın ilk kısmı o yönde olmalıdır kesinlikle”(ATA1-11)

“Şurada bir alçı odamız var bizim. O alçı odası alçı yapılmadığı zamanlarda kullanılmaz nadiren böyle hastalar sığmazsa şeylere odalara alçı odası yatağını o zaman kullanırız. Biz burada psikiyatrik durumu kötü olan hastaları ve yalnız görüşmemiz gereken hastaları alçı odasına ki yatakta değerlendiririz. Öyle durumlarda hastayı o odaya alarak anamnezini ve muayenesine o odada yapıyoruz genelde boş oluyor o odamız o açıdan iyi.”(ATA1-4)

“O yoğunluğun içerisinde nasıl ayarlıyoruz görüşme ortamını? Yoğunlukta bazen nasıl denk gelirse oluyor. Ama boş bir ortam bulup oraya almaya çalışıyorum. En azından daha sakin, az hastanın olduğu, içeri yoğun olsa da alabilecek en az hastanın olduğu yerlerde görüştürmeye çalışıyorum.”(ATA4-8)

“Hastanın bulunduğu kalabalık ortam konuşmamızı olumsuz etkiliyor. Daha rahat bir ortam yaratmak gerekmektedir. Böylelikle hasta ile iletişime geçmek ve güvenini kazanmak daha da kolay olacaktır.”(ÖÜ-3)

“Mesela eşi tarafından dövüldüyse eşinin olmamasına dikkat gösteriyorum. Tek konuşmak istiyorsa tek almaya çalışırım.”(ATA1-1)

“Şiddet öyküsünü alırken kişiyi yalnız dinlemek istiyoruz özellikle böyle aile içi durumlarda sadece eşi değil kayınvalidesi kendi ailesi çocuğu varsa çocuğu bunlardan tamamen uzak bir ortamda hastayı değerlendiriyoruz.”(ATA1-4)

“Hastanın yanındakileri, hastanın daha rahat hissedebilmesi ve konuşabilmesi için uzaklaştırıyorum. Hiçbir hastanın olmadığı bir odada yanıma müsait olan kadın hemşire, intörn doktor, paramedik vs ile muayene ve öykü alma sürecini yürütüyorum.”(ATA4-5)

“Şöyle kimse öğrettiği için değil ama daha önceki tecrübelerimden dolayı genellikle bir tane hemşire ya da başka bir hani eğer bir kadınsa ıı bayan doktor arkadaşımı, genellikle bizde intörnlr var. Bir tane intörnü yanıma alıyorum. Genellikle böyle şeylerde ben söylenen şeylere şahit olunması gerektiğini düşündüğüm için genellikle yetkili birini almayı tercih ediyorum. O da doktor arkadaşlarımdan, asistan arkadaşlarımdan birisi oluyor. Ya ne oluyorum, beraber görüşüyoruz. ıı eğer ondan tamamen rahatsız olursa o zaman onu da dışarı alıyorum. Birebir görüşme yapıyoruz. Şahitsiz oluyor ama yapılacak bir şey yok.”(ATA4-2)

“Hastayı yani fiziksel sözlü olarak işte teskin etmeye çalışıyoruz bu konuda yani güvenliğini sağlıyoruz.”(ATA1-6)

“Hikâye için öncelikle kendisini telkinlerle sakinleştirmeye çalışıp daha sonra ayrıntılı bilgiyi almaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Hikâyenin doğruluğunu teyit etmek, hikâye ile muayene bulgularını karşılaştırmak şiddeti tanılamada önemlidir. Bu sebepten dolayı hastayı doğru şeyler

söylemesi konusunda ikna etmek ve kendi yararına eylemlerde bulunacağımıza dair güven vermek önemli olmaktadır.”(ÖÜ-3)

“Şöyle, güvence veriyoruz öncelikle. Burası öyle bir yer değil diye. Ama tabii ki güvence verebilmek için öncelikle şey yapmak lazım. İı özellikle kolluk birimlerini uyarmak lazım. Ondan sonra böyle böyle bu vakanın böyle bir sıkıntısı var. Haberiniz olsun. Gelene gidene dikkat edelim diye. Gerekirse hastane polisine gerekirse ekiplere haber veriyoruz. Önce bir çevrenin güvenliğini sağladıktan sonra güvence veriyoruz hastaya. Güvence verdikten sonra biraz daha rahatlıyorlar. Rahatlayamayan da oluyor. Madde altında olan oluyor. Madde etkisi altında olan da oluyor. O zaman onlar rahatlatamıyoruz genellikle. Hastaneden kaçıp giden büyük yaralanması olup hastaneden gitmek zorunda olan vakalar biliyorum ben. Genellikle güvence böyle hani etrafı güvence altına alarak güvence vererek şey yapmaya çalışıyoruz sakinleştirmeye çalışıyoruz.”(ATA4-2)

“İıı, öykü alınmasında sadece zaten genellikle bir kişi olur. Hani diğer yan yakındaki güvenlik görevlilerini de işin içine sokmadan ama etrafta bulunmalarını, kendi güvenliğimizi öncelikle sonra da hastanın güvenliğini sağlamak için biraz etrafta bulunarak direkt kendimiz alıyoruz.”(ATA4-2)

“Yani eğitimden geçmedik ama şöyle bir yol izliyoruz aile içi şiddette olabilir başka bir darpta olabilir. yani izlediğimiz yol standart aile içi şiddeti uygulayan ve uygulananın tarafı olabildiğin kadar uzak tutmaya çalışıyoruz. Onun dışında tekrar dediğim gibi muhakkak kolluk kuvvetlerine birinin yanında yanında olması muayene sırasında bile yanında olması yakında olmasına özen gösteriyoruz ve muayene bittikten sonra da kolluk kuvvetlerine teslim ediyoruz.”(ATA1-7)

“Mesela eşi tarafından dövüldüyse eşinin olmamasına dikkat gösteriyorum.”(ATA1-1)

“Hasta güven hissetmediği takdirde genellikle şöyle şey yapıyoruz, kendimizi daha iyi tanıtıyoruz, bak ben buranın doktoruyum, buranın şu kadar kıdemli doktoruyum, bir sıkıntı varsa paylaşmak ister misin? Tekrar tekrar soruyoruz. Tabii birazcık irrite etmeden yapmaya çalışıyoruz bunu. İı senin iyiliğin için bunları soruyorum. Seni bir yere şikayet etmek için değil gibi ıı hani daha rahatlatıcı, yine

tekrarlıyorum güven altına, güvence altında hissetmesini sağlayıcı şeylerle ıı, rahatlatmaya çalışıyorum. Eğer hasta rahatlamazsa bu tarz şeylerle. Sana başka bir doktor ya da daha kıdemli doktoru şey yapıyorum gönderiyorum, sen onunla görüş ya da cinsiyet olarak başka bir şey istiyorsa. Örneğin kadın sadece kadınla konuşmak istiyorsa ki ülkemizde öyle şeyler oluyor. Bayan bir doktoru yönlendirerek biraz daha en azından açılmasını sağlamaya çalışıyoruz. Genellikle de yanıt veriyorlar hastalar.”(ATA4-2)

“Şöyle bir kişinin mesela omzunda ya da yanağında bir şey varsa bir lezyon varsa bu lezyonu kapıya çarptım falan diye açıkladığında ben biraz daha belki kapıya çarpmamışsınızdır ya da başka bir şey olmuş olabilir mi diye daha derine inmeye ve gerçekten onun bir kapı çarpması mıdır değil midir diye ayrıntılı sorgulamaya çalışıyorum. Ya da işte kapı çarpsa ora öyle olmazdı şöyle olurdu falan diye ağzından laf almaya çalışıyorum.”(ATA1-4)

“Hastayı karşılama, muayene etme, hastanın durumunu stabilizeleme, hastanın bütün anamnezlerini olayın detaylarını alma muayenesini detaylı yapma olabildiğince kaçırmama herhangi bir adli durumda hastanın lehine olabilecek bir bütün şeyleri ortaya koyma darp cebirleri ortaya koyma bulguları fiziksel bulguları ortaya koymaya çalışıyoruz.”(ATA1-6)

“Şiddet gören kadın hastalara yaklaşımım şöyle oluyor öncelikle ona güvenli bir ortamda olduğunu en azından hissettirmemiz gerekiyor yani bize rahatça anlatabilecek bir ortamda muayene etmemiz gerekiyor onun dışında yani olabildiği kadar açık kelimelerle işte biri vurdu mu gibisinden. Seçtiğimiz şuraya darp aldın şuraya darbe aldın mı gibi sözcüklerle daha çok biz istiyoruz yani bunu saklayabiliyor mu çoğu bayan maalesef saklıyor tekrar şiddet korkusundan dolayı ama olabildiği kadar biz olayın açıkça net halini anlamaya çalışıyoruz.”(ATA1-7)

“Bu tamamen ıı glaskow koma skalasına, duyu muayenesinin, motor muayenesinin, ee solunum muayenesinin ee ve kısa özgeçmişinin ve öyküsünün içinde olduğu bir klasik şablon. Bunun dışında biz soruları sorduğumuz zaman hasta eğer regl ise atıyorum psikolojik şiddet hani her hangi bir hastalığı yok tamamen şüpheyeye dayalı açıkçası daha kısa özetleyeyim. Şüpheleniyorsak eğer anamnezini, o

standart F1 formunun dışında ıı şey yapıyoruz genişletiyorum ben kendi adıma boş bir kâğıda acaba bu başka bir durum mu? Başka bir tablo mu? Diye. Kendim sorgulayarak alıyorum. Standart bir şiddet şablonumuz, formumuz ve şeyimiz yok.”(ATA4-4)

“Özel hastanede çalıştığım için, daha fazla hastalarla vakit geçirebiliyoruz. Özellikle yani bu hani kliniğin boşluğuyla da alakalı. Atıyorum gece 12’den sonra bir hasta geldiye bu şekilde, onunla maalesef daha çok ilgileniyoruz. Yani diğer hasta, hasta sayısı azaldığı için bire bir daha çok diyalog halinde oluyoruz. Yasal haklarının ne olduğunu ıı bilmememe rağmen hani sıralamayla a’dan p’ye kadar sayamıyorum bilmiyorum kadına yönelik şiddetin ve kadının yasal haklarının ne olduğunu bilmememe rağmen haklarının olduğunu, kesinlikle şikâyetçi bulunması, şikayetçi olması gerektiğini, istediği takdirde bildiğim kadarıyla hani koruma verilebileceğini, ıı bu tür yasaların sürekli geliştirildiğini söyleyerek hastayı eksterne ediyorum.”(ATA4-4)

Tanı koyma sürecinde;

“Tanı ve tedavi sürecinde aktif olarak bulunuyorum. Öykü ve tanı sürecinde diğer hastalar ile aynı ortamda bulunmamaya özen gösteriyorum. Tedavi süreci ise diğer hastalar ile aynı ortamda devam etmekte.”(ATA4-5)

“Şiddet tanısı dediğim gibi şey yani sonuçta bu ne kadar kendinizi yeterli hissetseniz de asıl koyduğunuz tanı hastanın kendi beyanına bağlı olur. Şey olmuyor yani ne kadar siz şüphelenseniz de buna %100 bu şiddet hastası diyemezsiniz. Sonuçta dediğim gibi hasta ne beyan ediyorsa bizim için doğru olan odur. Biz onu şüpheli bulursak belirtiriz sadece onunda araştırarak kişiler dediğim gibi biz değiliz. Biz hasta beyanına göre sadece şüpheli olduğunu düşünürsek bildiririz.”(ATA4-10)

“Fiziksel muayene sırasında zaten yalnız olunmasına özen gösteriyoruz. Hani ayrı bir odada, eğer ayrı bir oda zaten böyle özellik olunca o bir oda bahsettiğimiz odalardan biri boşaltılarak orda muayenesi yapılıyor ve bu tip hastaların altına pek çok şey pek sorun çıkabileceği için fiziksel muayenenizin üstün körü ve yüzeysel değil tüm vücudu kapsayacak şekilde yapılmasını önemsiyoruz. Yani mümkünse tüm vücut yüzeyleri göreceli şekilde hekimin görmesi lazım işte sırtını da görsün bacaklarının

arkasını da görsün kulaklarının arkasını gören her yeri görsün yani dolayısıyla sadece bir işte ağzını aç bak kollarını bak işte yüzünde bir şey yok olmuyor her tarafı görmesi lazım hekimin.”(ÖÜ-1)

“Genelde eşler arasına yaşanan olaylarda da böyle oluyor tabi. Bu her yaşanmış şiddet olarak tanımlamak da doğru olmayabilir. Mesela eş arası kavga olabiliyor biri onu somatize edebiliyor biri edemiyor ama bu ilişkinin boyutu genel de hani baktığımız da konuştuğumuz da bir tarafın daha şiddet uyguladığını eşi şiddet uyguladığını görüyorsun. Genelde kadın bu konuda daha bir şey. Şiddete maruz kaldığını hissediyorsunuz görüyorsunuz. Konuştuğunuzda konuştuğunuz ifadeleriyle size ifade ettikleri konuştuğunuz kadarıyla öyle olduğunu görüyorsunuz.”(ÖÜ-5)

“Ama fiziksel olarak bir travması varsa, bu hastalara bir travma hastası gibi yaklaşıp tepeden tırnağa değerlendirmemiz gerekiyor. Yani tüm travma hastalarında o şekilde değerlendiririz. Tepeden tırnağa değerlendirip herhangi bir yerinde, ıı, hangi izler var, onları bulup dökümente etmeye çalışırız. Bunlarla ilgili tetkikler gerekirse, ilgili tetkikler de yapılabilir. Yani hastanın belki toksik bir şey alıp almadığı, ilaç alıp almadığı veya işte alkol alıp almadığı gibi adli açıdan soru işareti düşündürecek şeyler varsa onlarla ilgili tetkikler yapılabilir. Veya işte grafiler çekilebilir yani işte bir kırık düşündünüz, filmi çekebilirsiniz. Beyinde bir problem düşündünüz, tomografisini çekebilirsiniz gibi ıı, yani genel travma hastasına yaklaşım gibi yaklaşıyoruz.”(ÖÜ-9)

“Bir şey olup olmadığı konusunda karar vermek için tam fizik muayene için ayrı bir odada hekimi hasta olacak. Aynı zamanda hekimin yanında da bir başka sağlık görevlisi daha olacak. Hani o daha mahremiyeti ihlal eden bir unsur gibi görebilir, değil orda hekimi koruyan bir özelliği var ikinci bir sağlık görevlisinin olmasının. Çünkü bu tip adli süreçler karma karışık öyle bir şey olabilir ki sebebi olmadığınız bir sorunun sorumlularından biri haline gelebilirsiniz dolayısıyla hekim yanında böyle bir muayeneyi yaparken ikinci bir sağlık görevlisini de gözlemci olarak bulundurması gerekir.”(ÖÜ-1)

“Ayrıntılı fizik muayene önemli. Çünkü sadece ruhsal şiddet değil, cinsel şiddette olabilir kadının istemediği bir cinsel ilişki şekli ilişki tarzı bir şey olabilir. Sonuçta yasal sistemimize göre de vücudun neresi yaralanırsa orayla ilgili ceza farklı

olduğu için özellikle adli raporumuzu etkileyecek şeyler ayrıntılı fizik muayene gerekir eğer kırık tarzı mesela bir şey düşünüyorsak ilgili görüntüleme yöntemi bu kişi sonunda suisit düşünüyorsa tekrar yaralanma ihtimali varsa uzman destek için psikiyatrik konsültasyonu işte kadın doğumla ilgili falan sıkıntılar ileri tetkik gerekiyorsa ilgili bölümlere konsültasyonlar yapılan şeyler.”(ATA1-11)

“İlk muayenesini yapıyoruz. Eğer fiziksel şiddet ve organik bir patoloji varsa zaten hani çok detaylandırabilirim bunu fraktürler varsa redüksiyon, alçı yapılması, adli rapor tanzim edilmesi gibi aslında birçok durumda aktif rol alıyoruz diyebilirim. Psikolojik şiddet varsa da hastanın ilk değerlendirilmesi, vitalleri, hastayı ı işte bir gözlem odasına alıp psikiyatri kliniğinden yardım isteyip oradaki hekim arkadaşımız gelene kadar hastayı müşahede altında tuttuğumuz için ve ilk muayenesini yaptığımız için biz aktif durumda yer alıyoruz diyebilirim.”(ATA4-4)

“Az önce anlattığım gibi aslında bakarsanız. Fizik muayenesini yapıp, anamnez alıp ağrı şikâyeti varsa neresinde olduğu daha sonra kendi fizik muayenemle birleştirip ilgili tetkikleri isteyip tedavisini ona göre geçiyorum.”(ATA4-9)

“Fiziksel muayene sırasında zaten yalnız olunmasına özen gösteriyoruz. Hani ayrı bir odada eğer ayrı bir oda zaten böyle özellik olunca o bir oda bahsettiğimiz odalardan biri boşaltılarak orda muayenesi yapılıyor ve bu tip hastaların altına pek çok şey pek sorun çıkabileceği için fiziksel muayenenizin üstün körü ve yüzeysel değil tüm vücudu kapsayacak şekilde yapılmasını önemsiyoruz. Yani mümkünse tüm vücut yüzeyleri göreceli şekilde hekimin görmesi lazım işte sırtını da görsün bacaklarının arkasını da görsün kulaklarının arkasını gören her yeri görsün yani dolayısıyla sadece bir işte ağzını aç bak kollarını bak işte yüzünde bir şey yok olmuyor her tarafı görmesi lazım hekimin.”(ÖÜ-1)

“Şöyle biz acilde kişiyi pirimer değerlendiren kurum oluyoruz. Çoğu zamanda ve geldiğinde öncelikle kişinin hayati fonksiyonları bir sıkıntı var mı yok mu onu araştırıyoruz.”(ATA1-4)

“Öncelikle hastanın muayene edilebilecek her noktasını muayene etmeye çalışıyoruz. Dediğim gibi aldığımız uygun ortamda hastayı baştan aşağı soyup olabilecek herhangi bir darp ve şiddet bulgusunu ortaya çıkarmaya çalışıyoruz gözden

kaçırmamız gerektiğini düşündüğümüz için ve bu konu gerçekten önemli bir konu olduğu için özenli davranıp her noktaya dikkatlice bakıyoruz.”(ATA1-9)

“Tanı kısmında ı öncelikle aldığımız anamnezde ön tanı oluşturuyorum ben hani şiddetin çeşidine göre değişir bu tabi fiziksel şiddet, majör bir ekimoz, bir ödem vücudunun, sıyrık, abrazyon vs. varsa işim daha kolay oluyor haliyle. Ağrıyan, rahatsızlık duyduğu ve hani travmaya uğradığını söylediği yerlerin grafilerini çekip gerekli görürsek yüzeysel ultrasonunu yapıp ı hastanın laboratuvar parametrelerine de bakarak sonuçta ee etanol de alıyorum mesela ben hastadan. Alkolik, psikiyatrik bir problemi olan bir hastaysa veya yalan söylüyorsa ki bunlar hepsi tabi şey oluyor önsezi, öngörü oluyor hani majör somut bir şekilde baktığımız şiddet türü fiziksel şiddet tekrar söylüyorum. Onun dışında diğerleri şüpheye dayanarak. Herhangi bir şüphelendiğim vakada da adli rapor tutarak açıkçası önce kendimi kurtararak daha sonra da eğer bu durum bir şiddetse ve hasta bunu söylemekten çekiniyorsa ve şikayet etmek istiyorsa diye düşünerekten adli rapor yazıyorum. ı tedavi kısmı tabi ii hastanın durumuna göre de değişir hani ee psikiyatrik bir durumu varsa uzun bir tedavisi oluyor psikiyatriden destek alıyoruz. Eğer fiziksel bir burkulma, ezik gibi durumlarda da krem, tablet ve ı herhangi bir pozitif fraktüre dair bulgular varsa da atel, alçı şeklinde de tedavisini sağlayıp taburcu ediyoruz.”(ATA4-4)

“İdeal yaklaşım hastanın bütün vitalleri bütün fiziki muayeneleri detaylı yapılarak bütün baştan aşağı nörolojik muayene gasrointestinal muayene kas iskelet muayenesi detaylı yaparsak hasta soyunmalı. Belki de tahmini soyunmadan kasıt yani kendisini ifade edemeyeceği yerlerde bile hastada travma izi olabilir. Hasta evliyken bile tecavüze uğramış olabilir gibi mesela farklı şekillerde hasta üzerine işkence tarzı bir şeyler yapılmış olabilir.”(ATA1-6)

“Travma hastası geliyor. Travma bakıyoruz. Hani onlarda yani çelişkili şeyler oluyor. Babasına soruyorsun “ne oldu?”, “ya işte koşuyordu düştü çocuk. İşte koşuyordu aa, abisinin ayağına takıldı düştü.”. Annesine soruyorsun “kanepenin üstündeydi kolunun üstüne düştü”, bu demek ki böyle bir şey olmadı. Düşmemiş bu yani belli. Oradan bir şekilde şey oluyor. Zaten genelde çocuk hani düşme, çarpma, kırık hani bu tarz şeylerde genelde biz böyle çok şeye de kaldığımız zaman. Bir de orda

ailenin de ıı şeyini biraz ölçmeye çalışıyoruz hani nasıl davranıyorlar, davranış biçimleri nasıl. Yani ona göre olayı bazen şey yapabiliyoruz yani adli olaya çevirebiliyoruz.”(ATA4-3)

“Ruhsal değerlendirmeyi dediğim gibi psikiyatri sadece yönlendirmeye çalışıyoruz en azından gördüğüm kadarıyla öyle yapıyorduk.”(ATA1-9)

“Yani kendine zarar verme şeklinde sıkıntılar olabiliyor. İntihara teşebbüs gibi. İı, bizde şöyle bir yaklaşım var, hasta bir şekilde intihara teşebbüs ettiyse biz onu her zaman psikiyatri ile görüştürüyoruz. Bizim her zaman anamnezlerimiz işte şeylerimiz çok fazla derinlemesine olmuyor. Psikiyatride yatış endikasyon kararını çünkü psikiyatri veriyor bu konuda hasta kitabi bilgi olarak intihar meyilli olan, intihara teşebbüs etmiş olan hastayı psikiyatride yatırmak lazım. Burada yatış kararını psikiyatri talep ediyor. Biz bu şekilde bir şey aldıysak, hasta kendine zarar veriyor, öldürmeyi düşünüyor veyahut da bu konuda bir teşebbüste bulunmuş. Bu hastayı illa ki psikiyatristlerle görüştürürüz. Bunlar da hani genel itibarıyla ya yatırıyorlar veyahut da işte yatış için ya da işte bir tedavi verip acil serviste bir miktar takip ettirip taburcu ettiriyorlar. Ama benim hatırladığım buradaki pratiğimde işte eşimden şiddet görüyorum bu yüzden buna teşebbüs ettim diyen bir kadına ben de hani denk gelmedim. Bunları da yine adli olay kabul edip her durumda polise bilgi veriyoruz. Sosyal destek noktasında dediğim gibi denk gelmedim. Bir şeyler yapıyor mu yapılmıyor mu söyleyemem.”(ATA4-1)

“Rutin hı hı yani şeyin devletin istediği şey o şekilde olduğu için biz yapıyoruz. İı bazı yerlerde üfleterek yapıyorlar. Bizde kan seviyesi ölçerek. Dediğim gibi eğer rutin kullanılıyor olsaydı toksikolojik şeylerini de yapardık tetkiklerini de yapardık bu vakaların. Onun haricinde şüphelendiğimiz durumlarda diğer kan tetkiklerini, idrar tetkiklerini falan da alıyoruz. Onun haricinde eğer başka bir ıı hani cinsel olarak şiddete uğramışlığı falan varsa onun için ilgili bölümlerden konsültasyon istiyoruz. Her şeyi kendimiz yapmak gibi bir durumumuz hem olmuyor hem de bir anlamda şey yanlış oluyor. Çünkü uzmanlık alanımıza giren kısmı yapıp geri kalanını diğer ıı hekim arkadaşlara ya da diğer bölümlere danışarak yapmak çok daha mantıklı ve ıı şey adli anlamda daha rahatlatıcı oluyor. İı diğer bölümlerle genellikle bu konuda

paslaşıyoruz. İşte kadın doğuma göndermek veya diğer bölümlere göndermek.”(ATA4-2)

“İşte istenen tetkiklerini istiyoruz. Bu grafi olabilir, tomografi olabilir belki kan tetkiki olabilir bilmiyorum durumuna göre tetkiklerini isteyip sonucuna göre eğer yapılabilecek bir tedavisi varsa onu yapıp adli raporuyla varsa hastane polisine bilgi verip gereken işlemleri yapmasını, artık hastane polisinin yönlendirmesiyle sağlıyoruz.”(ATA4-9)

“Glasgow, hı hı glasgowu 15 puan olan bir hasta. Ee hastanın genel durumu benim için iyi olduğu için sadece başına çokça darbe aldığı için mutlaka beyin BT sini isteyeceğim. Gebeliğini sorguladım, gebelikte sıkıntı yok. Şiddette travma var beyin BT sini istiyorum. Yüzündeki morluklar için buz uygulamasını yapıyorum. Her ne derse desin mutlak suretle gebelik yoktur imzasını alıyorum ve Beta HCGsini yine mutlak suretle istiyorum şiddet hastada, şiddete uğrayan kadın hastada.”(ÖÜ-8)

“Yani bu kadar ayrıntılı herhâlde hiç düşünmedim. Ama imkânımız da güvenlik görevlileri var. Şuan bizim burada yok ama birçok devlet hastanesinde biliyorsunuz hastane polisi oluyor. Eğer riskli bir durum görüyorsam eski çalıştığım yerde hastane polisine bilgi veriyordum, güvenlik amirine bilgi veriyordum. Onların işte kan alınma, tetkik gitme-gelme durumunda eşlik etmeleri anlamında. Ama çok ayrıntılı bir şey de düşünmedim bunun üzerine bugüne kadar hiç.”(ATA4-9)

“Başka bir yerde göremez onların erişimleri yok onun dışında hemşire gözlemlerimiz var manuel kullandığımız tek formlar onlar. Onların üzerine de hani şiddet şeklinde falan yazılar düşmüyoruz ama bir ön tanı yazmak zorunda kalıyorsunuz oraya hastaya ilişkin bir ön tanı örneğin darp yazmak adını koymak gerekiyor darp soru işareti yazmanız gerekiyor o da hastanın ya da hastanın başındaki deskinde durur ya da hemşire hanımların deskin de durur evrak dolayısıyla hani onun da sadece sağlık çalışanları görür ama onların üzerinde mesela öyle bir darp soru işareti gibi bir bilgi var ama o da zaten ön tanı yazmak zorunda olduğu için.”(ÖÜ-1)

“Tabi ki özellikle bu depresif türdeki fiziksel değil de, psikolojik şiddet ihmal dışlama gibi şeylerde her zaman bunu tanıyı koyamayabiliyoruz. Öyle bir durumda

eğer tam netleşmediyse o zaman bir sonraki yönlendirmemiz psikiyatri polikliniğine yönlendirmek oluyor hastayı.”(ÖÜ-7)

“Ama net pozitif yani net bulgularımız yoksa o zaman hasta bazlı düşünüyoruz hastanın diğer koşullarda imkânlarının diğer hasta yakınlarından güvenilir öykü alabileceğimiz insanlar var mı onlara bakıyoruz. Güvenilir öykü alabileceğimiz kişiler varsa onu şahitlik yapabilecek kişiler varsa onların görüşlerine hastanın onayını alarak yapıyoruz hani bu konuda sizin hakkınızda kardeşiniz ya da şeyle görüşebilir miyiz dedikten sonra yapıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Tedavi sürecinde;

“Tanı kısmı ı fiziksel anamnez, inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon, palpasyon, grafiler, ultrason, laboratuvar yardımı, ı tanı süresince adli sistem olarak açılması, tedavi kısmı, ilgili konsültasyonlar genel olarak ortopedi, beyin cerrahisi, psikiyatri oluyor maalesef. ıı takip, takibi şöyle yapıyorum kendi adıma söyleyeyim, atıyorum humerus kırığı var, sirküler alçıya aldırdıktan sonra bir hafta sonra ortopedi poliklinik kontrolü, bir ay sonra psikiyatri poliklinik kontrolü şeklinde kapatıyorum.”(ATA4-4)

“Hani her hasta gibi alırım hani bir farklılık gözetmem herhalde hani şöyle şöyle bir durumunuz var bu işlemleri size uygulamak zorundayız hani herkese anlattığım gibi anlatırım herhalde.”(ATA1-1)

“Tıbbi müdahale gerekiyor mu muayenesi yapılır gerekli muayeneler yapılır, gerekli tetkikler istenir müdahale ihtiyacı var mı varsa yapılır tıbbi olarak sonra da psikiyatriye sevk edilir psikiyatrik sıkıntısı olanlar psikiyatri muayenesi daha rahat daha iyi olacağı için.”(ATA1-3)

“diğer daha basit olan şeylerde ise onlara göre daha basit tabi ki yeşil alan hastası gibi geldiyse mesela omzunda bir morluk yada bacağında bir morluk gibi şikayetlerle geldiyse ilgili şeyle adli süreci başlatıyoruz hastanın primer tedavisi neyse onu uyguluyoruz sonrasında idame tedavisi gerekiyorsa onları uyguluyoruz konsültasyon gerekiyorsa bir kırığı falan varsa konsültan hekimi çağırıyoruz ve adli

raporunu tuttuktan sonra da polise bilgisini veriyoruz böyle gidiyor genelde.”(ATA1-4)

“Şimdi acilde hani normalde triyajına göre alıyoruz. Daha doğrusu triyajına göre derken hayati tehlike oluşturup oluşturmadığı şikayetlerinin ya da o andaki hastalığın hemen müdahale yapılması gereken gruba göre değişiyor. Bizim hastaları acil servise kabulümüz uğradığı şiddetin zaten hayati bir şeyse önce gider şiddetin aile içi şiddete uğraması değildir yani öncelik tanıyan şey. Ama diyelim ki aynı triyaj seviyesine sahip beş hasta var sırada hani bunlardan biriside işte şiddete uğradığını ifade eden kişi diyelim, aile içi şiddete uğradığını ifade eden hani orda ona öncelik tanır mıyız, genelde tanıyoruz. Belki de benim bayan olmamdan kaynaklanıyor. Ama hani öbür türlü yani o hastadan daha acil bir hasta varsa zaten o girecektir yani ama sadece dediğim gibi hani aynı şeyde iki hasta var diyelim aynı konumda bizim için triyaj sıralamasına göre aynı seviyede olan orda ötekine öncelik verebiliriz yani şey şiddete uğrayana daha doğrusu.”(ÖÜ-4)

“Tanı tedavi hastanın şikâyetine göre veya o zamanki fizik muayene bulguların sonucuna göre gerekli görüntülemeler yapılır. Tanı konduktan sonra bi fraktür bunların tedavisine yönelik konsültasyonu kesinlikle yapılır. Adli vakalarda bir bölümün fikri alınır mesela yani gözüne yumruk almıştır hasta periorbital şişliği ödemi vardır görme alanı açısından biz sadece acilde kendi muayenemizle şey yapmayız bu vakaları. Göz konsültasyonları işte fraktür düşünüyorsak varsa zaten ortopedi konsültasyonunu tedavi tanı bu şekilde görüntüleme üstüne gerekli konsültasyon yapılarak raporu düzenlenip bu şekilde taburcu oluyor hastalar hastanın durumuna göre.”(ATA1-10)

“Biz burada şey yapıyoruz, hastalar zaten triaj sistemine göre değerlendiriliyor. Ondan sonra hastaların aciliyetine göre alınıyor derken onların da yerleri var; mesela kritik bakım, acil bakım ya da en başta belirttiğimiz muayeneler kısmında hastanın durumuna göre öyle odalara geliyorlar. Eğer ciddi bir durumu varsa zaten hızlıca görüntüleme artı hayati tehlike olacak şeylere yöneliyoruz. Onun dışında, sonrasında eğer hayati tehlikesi olmadığını varsaydığımızda sonrasında eğer psikiyatrik bir destek gerekiyorsa psikiyatri konsültasyonunu yazıyoruz.”(ATA4-10)

“Yani primer olarak cerrahi müdahaleler yapıyoruz konsültasyonlar yapıyoruz. Konsültan hekimlere bütün doktorlar o icapçı doktorları arıyoruz konuşuyoruz zaten adli vaka olduğu için daha çok bir hassasiyet gösteriyoruz ortopediye danışılabilir plastik cerrahiye danışılabilir yanıklarda yine plastik cerrahiye danışılabilir acil travmalarda bütün bölgelere rahatlıkla danışılabiliriz KBB de olabilir yani dediğim gibi müdahale olarak da işte hastanın stabilizasyonu medikal tedavisi ağrı kesicisi bunlar yapılıyor yani medikal olarak herhangi bir elimizde bunu karşılamayabilecek bir ilacımız bir şeyimiz yok konsültasyonları rahatlıkla yapabiliyoruz tedavisini rahatlıkla verebiliyoruz takip monitorize eğer gerekiyorsa hasta ansitabil bir hastaysa monitörde takibini yapabiliyoruz o şekilde.”(ATA1-6)

“Genelde eğer darp olayı olmuşsa kırık çukuk bir şey var mı ona bakarız. Kesici delici bir alet kullanıldıysa hani ileri tetkik gerekir onlara bakarız kalıcı izi var mı cerrahi müdahale gerekir mi bunlara bakıyoruz ama bunlar olmadıysa sadece hafif ekimotik alanları varsa kızarıklıkları şişlikleri varsa o zaman hızlıca psikiyatriye konsülte edebilir başkada bir şey.”(ATA1-8)

“Yok, ben hani majör depresyon almadıysam hastadan anamnezinde ya da şeyinde herhangi bir psikiyatri konsültasyonu istemem. Majör depresyon da intihar eğilimi o zaman psikiyatri konsültasyonu isterim tabi ama herhangi bir psikotik atak varsa tedavisini hani kendim veririm onun dışında psikiyatri konsültasyonunu istediğimi hatırlamam ki mayor depresyon ben hiç psikiyatri konsültasyonu istediğimi hatırlamıyorum ama majör depresyon yakalarsam isterim tabi.”(ÖÜ-6)

“...ama aynı zamanda tecavüzde varsa eğer o zaman ilgili bölümlere vajinal tecavüz varsa kadın doğuma anal tecavüz varsa genel cerrahide gösteriyoruz ya da birazcık şüphe duyduğumuz bile varsa hani kendi tecavüzden bile bahsetmiyorsa korkuyorsa ama kişinin görüntüsü bir tecavüze uğradığını gösteriyorsa yine gösteriyor.”(ATA1-12)

“Eğer bu işte bizim yapabileceğimiz sadece fiziksel travmaysa cinseli bir kenara bırakıyorum. Öyle bir şey varsa daha çok zaten ilgili bölümle görüşüyoruz kadın doğumla görüşüyoruz. İlk muayenesini onlar yapıyorlar.(ATA4-9)

“Benim ekleyeceğim, bizim adli tıp anabilim dalı var. Bazen bu tip konularda biz onlardan da destek alıyoruz. Adli tıp biraz daha, ee, bu konulara yaktın. Bazı işte, hem hukuki olarak hem adli olarak ne yapmamız gerektiği konusunda zorda kaldığımız durumlarda adli tıp anabilim dalı öğretim üyelerinden bilgilerini istiyoruz.”(ÖÜ-9)

“Yani genellikle ya şöyle söyleyeyim ne gerekiyorsa onu yapıyoruz. Ama ı biraz hani onları da şey yapıyoruz hani duygusal olarak destek olmaya çalışıyoruz diyeyim yani.”(ATA1-3)

“Aynen. Önerilerde bulunuyoruz. Çünkü acil servisin zaten genel kendi tabiatında da tekrar geri kontrol, kontrole çağırma gibi bir olayı olmadığı için ilgilendirdiği ve ilgili bölümlere eee kontrol konusunda önerilerde bulunuyorum kendi adıma.”(ATA4-4)

“Adli rapor tutma sürecinde;

“Öncelikle olayın hikâyesi, nerde gerçekleştiği, ne zaman gerçekleştiği ve ee saati. Bu konular bizim için önemli, tarih önemli. Önceden mi gerçekleşti? Yeni mi? Bunlar bizim için önemli. Daha sonra hastanın fiziksel bulguları var. Darp izleri, travma izleri, herhangi bir fonksiyon kaybı yaşıyor mu hasta? İşte kulakları perfore olabilir, eklemde birinde bir kırık olabilir. Daha sonra bu bölgelerin not edilmesi. Sonrasında gerekli tetkikler veya istenilecek tetkikler. Sonrasında da tedavi. Bunları da sırasıyla bu şekilde raporumuza dâhil ediyoruz.”(ATA4-6)

“Adli raporda insanlar çünkü şunu da yazın yok olmayan şeylerin yazılmasını da istiyorlar. Bazılar karşı tarafta olan şeylerin yazılmamasını istiyor hani ben bu tip şeyleri hiç doğru olan neyse hastada ne varsa ne yoksa hepsini saati ile en doğru şekilde yazmaya gayret ederim.”(ATA1-2)

“Ya adli raporu biz zaten kendimiz yazıyoruz. Sonrasında kendimiz hani genelde polise teslim ediyoruz. Sonra işte mağdur ya da işte şahıs kendisi polisten adli raporunu teslim alıyor. Genellikle süreç böyle işletiliyor. Adli rapora da işte bütün şey bulgularını yazmaya çalışıyoruz yani fiziksel-görünür.”(ATA4-3)

“Rapor yazılması sürecinde de aktif olarak bulunuyorum. Görünen her şeyi eski, yeni demeden rapora kaydediyorum.”(ATA4-5)

“Yani, gördüğüm hani, vücutta herhangi bir darp izi varsa ya da ne bileyim fiziksel, sözel şiddete falan maruz kaldıysa bile, bazen öyle hani anksiyete halinde de gelebiliyor hastalar. O tarz şeylerin hepsi yazılıyor yani. En ufak ayrıntısına kadar.”(ATA4-8)

“Adli raporda öncelikle risk faktörleri varsa ona yönelik mesela travma varsa grafiklerini çekip fizik muayene bulgularına yönelik tetkikler yapılabilir. Tetkikler sonra hasta stabilse adli muayene darp cebir muayenesi yapılıyor darp cebir muayenesi sonuç kısmına adli muayenenin sonuç kısmına detaylı bir şekilde lezyonların büyüklüğü nerde olduğu yani tam bir bu formda söyle deniyor sanki karşınızdaki söylediğiniz zaman okuduğunuz zaman karşınızdaki ki onu tam olarak nerde olduğunu hayal edecek görececek şekilde yazmamız gerektiğini biz öğrendik ve öyle yapmaya çalışıyoruz.”(ATA1-6)

“Böyle vakalardan genellikle alkol seviyesini alıyoruz. Öyle söyleyeyim etanol seviyesini alıyoruz. Her adli vakada alıyoruz hı hı iş kazası ve adli vakaların hepsinde alıyoruz. Bunlarında farkına vardığımız zaman ya da beyan edildiği zaman adli vakaya dönderi, şey dönderiyoruz dosyayı ondan da kesin alıyoruz. ı genellikle tetkiklerini yaparız öyle çok hani acillerde zaten Türkiye'de toksikolojik tetkikler yok ama olsa büyük ihtimalle onları da yapardık. Öyle söyleyeyim.”(ATA4-2)

“Ya şöyle bir adli tıp dersi de gördük en azından hani bir morarıklık. Sonrasında onun sararması. İşte ıı, yeşillenmesi. Hani en azından sürecini yani işte bu 2-3 günlük, bu 5-6 günlük ıı şeklinde en azından o şekilde şey yapabiliyoruz yani. Kendi şeyimiz kişisel deneyimimize göre diyeyim bir de aldığımız eğitime göre hani.”(ATA4-3)

“Rapor yazılmasında şimdi şöyle söyleyeyim örnek olarak vereceğim bilmiyorum ne kadar işinize yarayacaktır ama yani şurada bir morluk var evet onu mutlaka belirtiyorum. Ama onun dışında da sağ kolumda ağrı var diyen hastanın eğer orda bir iz görmediysem bile mutlaka yazmaya dikkat ediyorum. Yani hani sağ kolunda ağrı belirten hastanın işte o bölgede şeyi bulunamadı işte ekimoz yok her neyse bu yok ama ağrı tarifliyor diye. Hani iz, yara, bere olmasa bile şikayetlerini bu şekilde tarifledi diye mutlaka belirtmeye çalışıyorum.”(ATA4-9)

“Rapor yazma konusunda bizim adli tıpın belirlediği bir form var, o formu dolduruyoruz. O formun bir örneğini size verebilirim de eğer yardımcı olacaksa. Ona göre dolduruyoruz işte hikaye kısmı oluyor orada arkasında fizik muayene kısmı oluyor. Sonrasında yapılan görüntüleme oluyor. Doktor arkadaşların, yani onu kullanmasına yönelik olarak bazıları bu görüntüleme sonuçlarını oraya direk yazıyorlar bazıları yazmıyorlar. Ona göre de hayati tehlike oluşturanlar, hayati tehlike veriliyor. Sonrasında gerekmiyorsa da verilmiyor. O şekilde de adli raporu 4 nüsha şeklinde sekreterlik dağıtıyor. Bir tane bildiğim kadarıyla karakola ve polise gitmek üzere, bir tanesi hastanede kalıyor. Bir tanesi hastaya veriliyor. Öyle gönderiliyor.”(ATA4-10)

“Öncelikle muhakkak yani muayenede tespit edilen bir lezyonları varsa fizik muayenedeki lezyonları önce şikayeti işte darp oluyor, delici kesici alet yaralanması oluyor, düşme oluyor, ateşli silah yaralanması oluyor. Neyse işte şiddet ile ilgili şey ondan sonra öncelikle fizik muayenenin saptadığınız her şeyin yazılması lazım adli rapora. İlk size başvurduğu için ilk bize başvurduğu için çünkü bazı lezyonlar sonra çıkıyor biliyorsunuz şey sonrada yapılan tetkiklerin sonucunda bulunan patolojik durum varsa onun yazılması gerekiyor. Bir de aslında Türk Ceza Kanununda yok ama biz bir etanol düzeyi gönderiyoruz o aslında trafik kazalarında falan önem arz ediyor iş kazalarında önem arz ediyor belki şey yanında ilaç aldığını düşünüyorsak herhangi bir ilaç ve düzeyli bakılabilen bir ilaçsa yüksek düzeyde aldığını düşünüyorsak ona da bakabiliyoruz yani bizde bakılabilen bir ilaç aldığını düşünüyorsak hastanın verdiği anamneze göre ya da hastanın kendi kullandığı ilaçlardan da olabilir düzeyi bakılabilir. Onları yazıyoruz ve sonuçta da lezyonlarının tanısının aldığı şeye göre hayati tehlikesi olup olmadığına dair not alınıyor hayati tehlikesi var ya da yok gibi.”(ÖÜ-4)

“Kabaca böyle ayırabilirim size şiddet türlerini. Ama fiziksel ve sözlü şiddeti zaten kendi şeyimizde de kullanıyoruz adli vaka formlarımızda da kullanıyoruz. Bu kavramı daha çok hani fiziksel şiddet daha ön planda olmasına rağmen işte kişinin sözlü şiddetin de psikolojik değerlendirmesiyle birlikte hani biz ortaya koyuyoruz daha sonra şiddet kavramıyla ilişkili olup olmadığına adli merciler koyuyor.”(ÖÜ-5)

“Adli raporda dediğim gibi birincisi fiziksel tüm bulguları yazıyorsunuz fiziksel laboratuvar muayene bulgularınız işte. Görüntüleme bulgularınız hepsini yazıyorsunuz belirtiyorsunuz. Bunlarda tarifini tıbbi ifadeler kullanıyorsunuz iyi şeyleri tarifliyorsunuz yerlerini tariflemeye çalışıyorsunuz. Özellikle eksternal görünen yaralarla ilgili yara tariflemesi çok kıymetli oluyor. Laboratuvar bulgularını radyolojik görüntüleme bulgularını mutlak bekliyorsunuz eğer hasta duygu durum bozukluğu yaratan yaratmış ve onu öyle bir şeye koyduysanız post travmatik sendromu bir takım anksiyatif koyduysanız onları da yazmaya çalışıyoruz. Çalışıyoruz değil yazıyoruz.”(ÖÜ-5)

“Ama ben çok bulguları ona vermiyorum. Hani ben gördüğüm bulguyu rengeyle normal halktan birisinin anlayacağı şekilde oraya güzelce yazıyorum sadece o hastanın beyanı olarak görüyorum. Hasta 3 gün önce olduğunu beyan ediyor yeni değil onu beyan olarak oraya yazıyorum aslında çok da önemli değil bunu yazmak darba uğradığını söylemek yeterli bizim için.”(ÖÜ-6)

“Adli raporda özellikle yani bunun bir şiddet sonucunun hangi tür olduğunu, yaralanma var mı yok mu, hayati tehlike oluşturan bir şey var mı tekrarlayıcı bir şey mi bu şiddet ve bunun izleri var mı vücutta hukuksal sorunlarda hastanın yararına ya da zararına olacak şeyler var mı onlara dikkat ediyoruz. Tabi hastanın yazılmasını istemediği mesela şeyler varsa onları da koymamaya dikkat ediyoruz.”(ÖÜ-7)

“Hastanın kırığı varsa illaki bir rapor alacak ama adli rapordan bahsediyorsanız o süreci kişinin başından sonuna kadar bütün anamnezi bütün bulduğumuz en ufak şeye kadar hepsini yazıyoruz. Tabi burada benim eski deneyimlerimden de karşılaştığım şeyler var. Kişi durumdan etkilendiği için muayene eden hekim özellikle durumdan etkilendiği için muayene notlarını birazcık abartabiliyorlar bazen de olmayan şeyleri de şey yapabiliyorlar. Varmış gibi yazabiliyorlar bunun birkaç örneğini görmüştüm ben üniversitedeyken adli tıp dersinde bir hocamız söylemişti. Böyle yapılmamasını da olmayan şeyleri varmış gibi yazılmamasına da dikkat etmek gerekiyor. Bir abrazyonun boyutunu gerçekten ölçerek söylemek gerekiyor ya da bir ekimozun boyutunu gerçekten cetvelle ölçerek belirtmek gerekiyor raporda.”(ATA1-4)

“Raporu dediğim gibi biz burada raporu tutuyoruz kesinlikle mümkün olduğu kadar çok açık bir şekilde hani beyanını hastanın beyanı esastır. Bizim için beyanı yazdıktan sonra fizik muayene bulgularını açık bir şekilde hani zaten muayenesini adli vakanın darplarını hasta izin verirse baştan aşağı sadece iç çamaşırları kalacak şekilde yaparız. Detaylı yaparız vücudunun herhangi bir yerindeki bir travma izine bir tırnak izi bir kesik izi bunların hepsi cezai yaptırım olarak etkileyeceği için mümkün olduğu kadar detaylı yapmaya çalışıyorum ben kendi adıma muayenelerini. İzin vermiyor bazen hastalarımız hani ben diyor kocam diyor koluma vurdu burası morardı başka bir yerinde bir şey yok dediği zamanda anlatıp durumu imzasını hani istemediğini detaylı fizik muayene işte istemediğini belirterek kendi onamını da alıyoruz aslında biz istemediğini yani bilgilendirerek.”(ATA1-10)

“Adli rapor tutarken hikâyelerini de değerlendiriyoruz. Tüm pozitif bulguları kaydediyoruz. Hastanın bize aktardığı hikâyeyi ve olayın nasıl başladığını ve bittiğini kaydediyoruz.”(ÖÜ-3)

Adli bildirim yapma sürecinde;

“Birincisi tıbbi tedavi açısından kesinlikle aktif olarak görevimi üstelenirim. İkincisi bildirim yapma konusunda hani nereye kadar ulaşabiliyorsam ki hani bildiğim kadarıyla söylüyorum bir polise illaki ulaşmam gerekiyor. Bunu bir kayıt altına almam gerekiyor şu tarihte şu saatte şu şu olayla gelen hastayla ilgili ben şunu düşünüyorum. Çünkü direkt yargı merceği ben olmadığım için kadına yönelik şiddet bu deyim bir şey yapacak gücüm de olmadığı için sadece olayı tutanak altına alıp gerekli polis olduğunu düşünüyorum bunun da haber verip onların bilgisi dâhilinde ondan sonraki işlemleri devam etmemiz gerektiğini düşünüyorum.”(ATA1-5)

“Ondan sonrada normaldeki prosedürümüz şu; biz bunu adli birim yani adli vaka yapıldığı taktirde hastane polisinin haberi oluyor. Hastane polisi tarafından gelip hastadan sanıyorum bilgi alınıyor. Hastanın tedavisi bittikten sonra pardon hastane polisi tarafından değil olayın geçtiği yerin karakolundan polis geliyor yani nerde oturuyorsa o adrese dayalı bir karakola bağlı oluyor bu kişiler o adrese bağlı karakola hastane polisi tarafından haberdar ediliyor. O karakoldan saati önemli değil 24 saat

bize hasta başvurduğu için o karakoldan gelen polisler bizim iznimiz dâhilinde hastadan bilgi alıyorlar.”(ÖÜ-4)

“İ şöyle standart prosedür şöyleydi; ı o zamanlar ölüm bildirim sistemi yoktu sistemde. ı şüphelenilen vakayı adli vaka olarak açmış, CPR odasına hastayı almıştık. Adli formların standart şablonlarında da en alt köşede hani hastadan ‘otopsi istiyorum’ diye bir kısım var orayı dolduruyoruz. ı şimdi değışti o durumlar biraz genel bilgisayar sisteminden hallediyoruz ama ‘otopsi istiyorum’u doldurduktan sonra hasta morga kaldırılıyor aynı hastanenin. O gece nöbetçi savcısı ve nöbetçi adli tabibi geliyor hastaya otopsi yapıyor, şüphe gerektiren bir durum oluyorsa eğer işte adli tabip, adli tıp kurumuna hastayı yönlendirip açık otopsi istiyor. O hastadan ben otopsi istemiştim. Savcılıktan adli tabip gelmişti fakat kapalı otopsiyle tanıyı koymuşlardı diye hatırlıyorum. Ondan sonra dediğim gibi hani eşinin akıbetini ben yani çok detay vermeyeyim ama işte bir güvenliğin bilmem köylüsüyümüş vs. şeklinde sözel olarak subjektif öğrendim yani.”(ATA4-4)

“Yok, bilgilerin çok fazla gizleneceğini ben zannetmiyorum polise verdikten sonra zaten hasta polisin yanına gidip sonra eşim falan dese belki muayene bulgularını erişebiliyordur. O konularda bir fikrim yok ama bizim kendi klinik pratiğimiz içerisinde hasta bizim kliniğimizden çıkana kadar kesinlikle bu tarz olaylarda adli olayların tamamında hastadan başka kimseye hastanın bilgileri muayene sonuçları tetkik sonuçları ve anamnezi paylaşılıyor hiç kimseye paylaşılıyor.”(ATA1-4)

“Öncelikle şu olmalı; olabildiği kadar bu işler kolluk kuvvetinin denetiminde olmalı. Çünkü kadına şiddet olgularında karşı tarafta erkek tarafı da muhakkak ki psikiyatrik rahatsızlıkları olan en azından o dönem geçiren bir hasta oluyor ve kadına şiddetin dışında doktorun sağlık çalışanları şiddette görebiliyoruz bu yüzden olabildiği kadar güvenli bir ortam olmalı diye düşünüyorum.”(ATA1-7)

“Güvenli derken kolluk kuvveti muhakkak yakınlarda bulunmalı. Çünkü bu şiddet olgularında kadına şiddet olduğu kadar bizlere de şiddet oluyor. Yani bu olayın aile içinde kapanması gerektiğini düşünen erkekler çoğunlukla zaten uygulanan şiddet örtbas etmeye çalıştıkları gibi bizden de örtbas etmemizi istiyorlar ve buda bizim

üzerimizde hem baskıya neden oluyor hem de çok sağlıklı değerlendiremememize neden oluyor.”(ATA1-7)

“Bildirim formu bir bildirim formu var diye biliyorum kadına şiddetle ilgili bir bildirim formu evet vardı dolduruyorduk ben dolduruyordum. Ürgüp de doldurdum ben bu formu. Çünkü aile içi şiddet olduğu zaman soru soruyor mesela bayan hasta olduğu zaman bir uyarı geliyor bu aile içi şiddet mi diye kadına şiddet formu diye bir form var o çıkıyordu o uyarı veriyordu onu dolduruyorduk biz.”(ATA1-6)

“Rapor yazılması en son hasta taburcu olacaksa ya da bundan sonraki süreci belliye ıı diyelim ki işte hastanın biz tetkiklerini yaptık. İşte kan tetkiklerine baktık efendim işte röntgenini tomografisini vs çektik her şey belli hasta taburcu olacak. Taburcu olmadan hemen önce yazarız. Veyahut işte yine tetkiklerini yaptık hasta atıyorum beyin kanaması çıktı. Beyin cerrahisi servisine yatacak veyahut ameliyathaneye gidecek. Acil servisten çıkartılmadan hemen önce yazarız. Bizde genelde erken bildirim olur rapor. Sonradan çıkar her şey netleşir ondan sonra yazarız.”(ATA4-1)

“Hastanın, ıı, tedavi sürecinin tamamlanması bizim için yani, uygun zaman hastanın tetkik ve tedavileri tamamlandığı zaman. Yani bazen, diyelim, her zaman tedavisi tamamlanamayabilir. Hastaneye yatışı gereken hasta olabilir, gözlem altında tutulması gereken hasta olabilir. Hastayla ilgili ilk verilerin çıktığı zaman onunla ilgili raporu hemen bildiriyoruz. Bu birkaç saati alabilir acil servis için. Bazen tomografi falan istersiniz, rapor çıkacak, bazı tetkikler istersiniz onların sonucu çıkacak, vakit alabilir. Daha çok biz zaten şey raporu yazarız bu durumlarda, geçici rapor yazarız. Kalıcı raporunu savcılık ya adli tıp kurumuna gönderir ya üniversitenin adli tıp anabilim dalına gönderir. Oralardan bunu kesinleştirirler.”(ÖÜ-9)

“Adli rapor konusunda ilk bana geldiyse benim görevim ilk geçici raporu yazmak yani kalıcı raporu adli tıpa bırakırız ama bu büyük yerlerde ve küçük yerlerde kesin raporu da biz yazıyorduk.”(ATA1-3)

“Normal rutin yani herhangi bir diğer adli raporlardan farklı tutmuyoruz onu darba uğrayan hasta acil servise şu tarihte başvurdu özellikle gün belirtiyoruz mesela 2 gün önce diye onu belirtiyoruz. Hani uğrayan hasta sonra işte fizik muayene kısmını

şey kısmını diğer kısımları yazıp en son sonuçta basit tıbbi müdahaleye giderek kati raporu adli tabip tarafından verilecektir gidip kapatıyoruz.”(ÖÜ-6)

Hastayı bilgilendirme sürecinde;

“O konuda şu şekilde ben ilk sene asistan olduğum için bu konuda ekstra bir bilğim yok fakat uzman doktorlarımız kıdemli doktorlarımız bu konuda kendilerine telkinlerde bulunuyordu hukuksal anlamda yani bunu gördüğüm oldu.”(ATA1-9)

“Açıkçası zorunludayken yapabiliyordum önümde gerek el kitapları gerek bilgilendirme formları olsun yapabiliyordum ama acilde çok ta görmedim için çok da bunlar olmadığı için. Yani yasalar daha çok yasa üzerinden yönetmelik üzerinden gidiyor onlar ne yapılabileceği nasıl haber verileceği daha çok hani işlemin nasıl gideceği yönündeydi onlar. El broşürleri gibi bir şey vardı onların nereye başvuracağı nerelere başvurulabileceği adres gibi şeyleri vardı.”(ATA1-3)

“9 yaşında bir kız çocuğu olan hastam oldu. Hasta parkta oynarken düşmüş ve bacak arası ile vajinal bölgede kanaması vardı. Kadın doğum konsültasyonu istediğimde annesi yıkılmıştı, ağlamıştı. Küçük kızının bekâretine zarar geldiğinden endişe etmiş, korkmuştu ve ağlıyordu. Bu anlattığım vakada olduğu gibi hastaya nasıl yaklaşılacağı, hastaya ve yakınlarına nasıl bilgi verileceği, hastanın hakları ile ilgili konularda bilgi verilmesi için hekimlerin bilgi ve tecrübe sahibi olması gerekmektedir.”(ATA4-5)

“Şimdi bizim öyle çok bilgilendirme şeyimiz olmuyordu açıkçası. Hasta sirkülasyonu fazla olduğu için hani kendi üzerimize düşen resmi olarak neyse genelde onu yapıp hani vakit varsa bir şekilde hani dediğim gibi telkinlerde bulunup hani mecbur kalmadığımız sürece gerisi daha çok polise kalıyordu ama orda şey veriyorlardı.”(ATA1-8)

“Hastaya yasal hakları, alabileceği sosyal ve hukuksal destekler konusunda bilgilendirme yapmıyorum. Bu bilgilendirmeyi polise bırakırım.”(ÖÜ-2)

“Böyle bir yerin olduğu yani nerde var nasıl çalışıyorlar çok fazla evet biliyorum işte kadın dayanış-şiddete uğrayanların işte bir şekilde kadın dayanışma merkezlerinin olduğunu. Ama nasıl çalışıyorlar başvuruları nasıl alıyorlar hiçbir fikrim olmadığı için

benim ilk etapta onları savcılığa, polis amirliğine bilmiyorum ne kadar işe yarıyor ama mutlaka bu adli raporla beraber buraya başvurun diye söylüyorum. Tek yaptığım bu, bildiğim de bu.”(ATA4-9)

“Yani onu hiç düşünmedim ama hani bu devletin işte avukat vermesidir mor çatıdır belki onlar olabilir ama onun dışında primer bir bilgim yok yani hani bilerek söylediğim yönlendirdiğim olmadı.”(ATA1-1)

“Şeyde vardı, devlette vardı. Orda aile bakanlığının verdiği broşürlerimiz vardı. Kişi eğer çok şey değilse yani şiddeti kişiyi çok psikoloji olarak çökertmemişse ya da olmamışsa broşürle kendini bir bilgilendirirsin. Sonradan vazgeçerse yani şikâyetçi olmak isterse şimdi bazılarını ne yaparsak yapalım yani şikâyetçi olmak istemiyorlar, o broşürleri bekleme süresinde yani acilde tedavisi olduğu için bekleme süresinde bir de oradan okusun sakın kafada kendini düşünsün diye broşürler veriliyordu.”(ATA1-12)

“Açıkçası ben buradayken çok şey bilgilendirme yapmadım. Çok karşılaşmadım. Çünkü bu şeylerle buradan önceki yaşadığım adli tabiplik sürecinde de alabileceği hizmetlerin ben farkında değildim. Fakat şimdi bir telefon hatlarının falan olduğunu biliyorum böyle kişilerin şiddete maruz kaldığında arayabilecekleri hem sosyal açıdan hem psikolojik açıdan hem de diğer bakım açısından destekler alabileceği şeyler var.”(ATA1-4)

“En azından hastaya temel başvurması gereken yeri söylemeleri gerekir. 183’ü ara, bak böyle böyle hizmetler alabilirsin. Ora seni şuraya yönlendirir. Eğer başvurmazsan bu şiddet şöyle artar, hayatını şöyle tehdit eder. Ve hastayı rahatlatacak konuşmalarla o ilgili mercileri araması ve bilgilendirmesi noktasında, davacı olması noktasında yönlendirmeleri gerekir. Tabi böyle konuşurken kısa sürüyor da en az on dakikalık bir periyod.”(ÖÜ-8)

“Yani çok kabataslak bizim bilgilendirme. Açıkçası çok detaylı bir hukuki şeyin nasıl olduğunu nasıl işlediğini bilmiyoruz tabi ki de. Sadece işte bunun hakkında kolluk kuvveti git ifadeni ver. Adli raporunu yazdık siz gidip ifade verebilirsiniz mahkemeye de bunlar delil olur sizin için bunları sizi korumaya yöneliktir. Hepsi bakın bazı korkuyor söylemeye o mesela her verdiğimiz her yazdığımız şeyin kendisi hakkında

lehine olduğunun ifade ediyoruz ve o konuda cesaretlendiriyoruz yani işte emniyete başvuracaksın işte gidip ifade vereceksin bazısı soruyor ne yapmam lazım hiç bilmeyen için işte önce emniyete gidiyorsunuz emniyette ifade veriyorsunuz sonra gelip biz adli rapor düzenliyoruz size ondan sonra siz işte şikayet dilekçesini veriyorsunuz gibi şeyler söylüyoruz.”(ATA1-6)

“Dediğim gibi tek başıma mümkün olduğu kadar bilgi vermemeye çalışıyorum. Hastalarımın hepsine sadece darp veya şiddet vakalarında değil hastanın da genelde mümkünse bir yakınının olması istiyorum. Özellikle yaşlı bir hastaysa veya bakımında yükümlü başka biri varsa hani bir mental retardasyonu varsa böyle vakalarda oluyor. Çünkü onlarda şiddete maruz kalabiliyor. Mümkünse onun yanında bir yakını benimde yanımda bir meslektaşımın olmasına dikkat ederim. Konuşmamı daha aceleye getirmeden daha detaylı bilgi vermeye çalışıyorum elimizden geldiğince bu yoğunluk içerisinde tane tane anlaşılır şekilde olabilecek sıkıntıların şöyle şöyle şeyler olabileceğini yani aslında çoğu hastalara ettiğim şeyi taburculuk konuşmasını veya tedavi süreci konuşmasının aynısını yapıyorum ekstra özel bir şey yapmıyorum yani.”(ATA1-10)

“Şimdi hastanemizde bir sosyal çalışmacımız var. İı, sosyal hizmetler uzmanı. Pardon sosyal hizmetler uzmanımız var. Mesela diyebiliyor ki biz, ben evime dönmek istemiyorum. Gidecek bi yerim yok. O tarz bir beyanda bulunduğu zaman işte sosyal hizmetler uzmanına biz hani irtibata geçip bir sığınma evi vs. bu tarz bir şey olduğu imkân varsa o ayarlıyor onu. Sosyal hizmetler uzmanına yıkıyoruz o işi diyeyim yani. Onun haricinde barıştırmak gibi işte efendim şey yapmak gibi bir tavrımız biz o konuda nôtürüz öyle bir şeyimiz yok. Hani daha çok biz tıbbi sorumluluklarımız ne derse onları yapıp. Yasal sorumluluklarda da bildirim yapmak varsa adli bir olaydır sonuçta bildirim yapıyoruz. Dediğim gibi hasta eğer böyle bir beyanda bulunuyorsa bize; benim gidecek yerim yok vs. gibi. O zaman da sosyal hizmetler uzmanına haber verip bu konuda yardımcı olup olamayacağı noktasında bir işlemimiz oluyor.”(ATA4-1)

“Valla o konuda çok bilgimiz yok. Ama bizim sosyal hizmetler bir şeyimiz var aşağıda. Hani o tarz şeylerde genellikle oraya yönlendiriyoruz.”(ATA4-3)

“Onu biz pek yapmıyoruz açıkçası. Onun için adli tıptan yardım alıyoruz. Adli tıp bu konuda özel çalışmaları olduğu için bizde ağırlıklı olarak onlar bununla ilgileniyorlar. İşte destek hatları, devletin aile sosyal yardım bakanlığının bu konuyla ilgili birimleri ya da baroların barolar birliğinin bu konular için ayrılmış telefonları ya da avukat destekleri gibi hukuki ya da psikolojik ya da devlet eliyle üretilmiş olan çözüm seçeneklerini ve onların telefonlarını genellikle adli tıp kapsamlı bir şekilde bireye veriyor. O bilgilendirme kısmını genellikle onlar yapıyorlar hani.”(ÖÜ-1)

“Şimdi bu konuda spesifik bir bilgilendirme yapmıyoruz. Hani biz bunu ancak hastane polisi kolluk kuvvetlerine bildirerek adli tıp anabilim dalına gerekiyorsa yönlendirerek ve aynı zamanda da sosyal hizmet birimine yönlendirerek yeterli bilgi almasını sağlamaya çalışıyoruz. Hani bizim hukuki olarak çok net bir aydınlatma yaptığımız söylenemez zaten kendi adıma deyim.”(ÖÜ-7)

Tablo 4.20. Acilde Şiddet Gören Kadınla İletişim Kurma

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddet gören kadınla iletişim kurma	Uygun ortam sağlama	<ul style="list-style-type: none"> - İzole ortamda görüşme sağlama - Güvende hissettirmek - Fiziksel olarak rahat ettirme - Bilgi gizliliğini güvenceye alma - Uygun ortamda müşahede etmek - Mahremiyeti sağlamak
	Hekimin tutumu	<ul style="list-style-type: none"> - Hastayı özenle dinleme - Hastanın zarar görmeyeceği teminatının verilmesi - Hekimin kendini tanıtmayı - Hastayla ilgilenildiğini hissettirme - İletişim teknikleri kullanma - Hastaya vakit ayırmak - Hastayı rahatlatma - Hastanın utanmamasını sağlamak - Yumuşak mizaçlı olma - Sosyokültürel düzeye göre hitabet - Uygun ses tonu kullanma - Hastaya güven sağlamak - Hastayı yadırgamama - Hastayı küçümsememe - Hastaya karşı ciddi olma - İspiyoncu olarak algılanmama - Hastayı küçük düşürmeme - Fiziksel temas etmeme - Hekimin hastayı anladığını hissettirmesi - Hastaya empatik yaklaşma - Sakin kalma - Hekimin kendini tanıtmayı - Yardımcı personel desteği sağlama *Kadın sağlık personeli desteği sağlama

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddet gören kadınla iletişim kurma bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Uygun ortam sağlama;

“Aslında, yani daha hastaların, ıı, daha izole olan bir ortamda konuşulması, muayene edilmesi, bu kişilerin size, olan bilgilerini daha fazla almanızı sağlayabilir. Bu kişiler size daha fazla bilgi verebilir. Bu açıdan özellik arz edebilir acil serviste. Yani bu

hastaların, ıı, gerçek travma nedeninin ne olduğunu anlamak için hastaları daha izole bir ortamda tutmanın daha faydalı olacağını düşünüyorum.”(ÖÜ-9)

“Yani dediğim gibi ilk etapta güvenmesini, güvende hissetmesini sağları hani. Çünkü o zaman her şeyi anlatabilecek onun dışında hasta mahremiyetini sağlamaya çalışırım öyle onlara dikkat ederim herhalde.”(ATA1-1)

“Mesela şiddetin boyutuna göre mesela bizim burada yataklı sedyede de takip edebileceğimiz hastalar oturarak takip edebileceğimiz hastalar var. Fraktürü olan kırığı olan bir hastanın mesela yani koltukta oturtmak yerine mesela özellikle şiddete maruz kalmışsa bunun üzerine fiziksel bir deformasyonu varsa mümkün olduğu kadar bir fiziksel olarak rahat ettirmeye çalışıyoruz...”(ATA1-10)

“Yani o güvenceyi ona şöyle veririm hani olayın nasıl geliştiği zaten sadece hani senle benim aramda kalacak rapora sadece nerende hangi yara var bu geçecek şeklinde bilgi veririm ona da.”(ATA1-1)

“Hastayı normal monitorize odalarda değil de gözlem kısmında bekletiyorum. Gerekli ııı ön tanısını ve tedavisini yaptıktan sonra da taburcu ediyorum.”(ATA4-4)

“Yani önceki dediklerim gibi herhalde hani ayrı bir yer ayrı bir oda kendini nasıl hissediyorsa tek benle mi hemşire olsun mu olmasın mı?”(ATA1-1)

Hekim tutumu;

“Onun hikâyesini dinlerken onu da işin içine mümkün olduğu kadar katmaya çalışıyorum. Tek taraflı konuşmuyorum. Sözüne kesmeden dinliyorum.”(ATA4-7)

“Onun dışında kendisine burada herhangi bir şekilde zarar verilmeyeceğini göstermeye çalıştığımız hareketlerimiz oluyor.”(ATA1-9)

“Öncelikle kendimizi tanıtıyoruz biz. Böyle böyle ben buranın doktoruyum, burası şu acil servis diye. ııı, başına ne geldiğini soruyoruz. Biraz da ilgiyle dinleyince bu vakalar genellikle anlatmaya daha çok şey yapıyorlar tercih ediyorlar gizlemektense. Anlattıkları zaman da biz resmi yapacağımız işlemleri anlatıyoruz. Sağlık işlemi haricinde şu tetkikleri isteyeceğiz, alkol de oranına bakacağız sizden. Ondandır adli vakasınız siz. Sizi korumak için yapıyoruz bunu gibi anlatıyoruz. Ondandır genellikle böyle karşısında düzgün ilgilenen birisini gördükleri zaman

daha fazla bilgi varsa veriyorlar bize. İı yaklaşımımız bu şekilde iyi de oluyor bu güne kadar kötü sonuçlanan çok vaka görmedim bunlarla alakalı.”(ATA4-2)

“Hani bir şey oluyor ya acil serviste söyleyeyim hani hasta yakını işte sinirleniyor, bağılıyor çağırıyor. Hani sizin burada yani bizim dersten hatırladığım ses küçültme gibi bir basamak vardı. Onu uygulamaya çalışıyorsun ama sen onu uyguladıkça o daha da çok bağırmaaya çalışıyor. Hani sen bir şekilde sakinleştirmeye çalıştıkça onun sesi daha çok gürleşiyor, daha çok yükseliyor. Bu da bir yerden sonra hani ıı artık vitesi daha da küçültemiyoruz.”(ATA4-3)

“İı daha uzun görüşmeye çalışıyorum, güvenini sağlamaya çalışıyorum.”(ATA4-4)

“İlk öncelikle hastayı tek olarak bir odaya yahut perdeyi kapatıp herkesin içinde bu durumu ifşa etmesini önlemek yani kocam beni dövdü demek yahut şöyle oldu demek bir bayan için çok rahat bir tavır, çok rahatlıkla söyleyebileceği bir durum değildir. İlk öncelikle geçmiş olsun diyorum hastayı rahatlatıyorum. Tek kalabileceği sessiz bir ortamda yanımda bir hemşire ya da asistan bir arkadaş vasıtasıyla gidiyorum. İşte ne oldu diyorum ilk öncesinde kim yaptı bu tarz öyküsünü alıyorum.”(ÖÜ-8)

“Sonuçta hastayı soyuyoruz belli bir şey çerçevesinde ve sonuçta o bir kadın. Bizim ona baktığımız gibi bakmıyor yani utanmasını engellemeye çalışıyorum.”(ATA4-4)

“Açıkçası bir erkek olarak şunu düşünüyorum. Bir kadın bir erkekten şiddet gördüğü zaman diğer erkeklere de kendini kapatabilir diye düşünüyorum. O yüzden böyle şeylerde daha yumuşak mizaçlı bir insan olmaya çalışıyorum. Biraz daha sakin olmaya çalışıyorum.”(ATA4-7)

“Mesela ben herhangi bir hastayla konuşurken mümkün olduğu kadar hastanın dış görünüşünü, sosyo-ekonomik durumunu giyiminden vs. kabaca süzdükten sonra ona göre hitaplarımı değiştirebiliyorum.”(ATA4-7)

“Onun haricinde konuşma hızıma ve tonuma dikkat ediyorum.”(ATA4-7)

“Mümkün olduğu kadar ortamı diğer insanlardan izole edip o şekilde konuşmaya çalışıyorum. Çünkü başka insanların duymasını istemiyorsa onu da

ortadan kaldırıp rahat bir görüşme gerçekleştirebilelim diye. Ona sonuçta doktor olduğumu, burada belli başlı bazı görüntüler var, ben seni yargılayacak bir insan değilim, burada bana karşı dürüst olabilirsin hiçbir sıkıntı yok diye belirtiyorum. Bu aynı zamanda bizim gözden kaçırabileceğimiz bir fiziksel zararı da tekrar muayene edebilmemiz açısından faydalı bir şey oluyor.”(ATA4-7)

“Fakat benim eğitimlerden aldığım kadarıyla ve sonucunu da az çok gördüğüm kadarıyla karşımızdaki kişinin durumunu yadırgamamak küçümsememek ve ondan tıbbi anlamda ve psikolojik anlamda geri bildirimleri alabileceğimiz cümlelerle yaklaşmak gerektiğini düşünüyorum. Yani şiddeti sorgularken daha ciddi olmayı ve orada kendisine yardımcı olmak için bulunduğumuzu kişiye kesinlikle söylememiz gerektiğini düşünüyorum. Hastanın bizi bir ispiyoncu gibi görmemesi gerekir, yani konuşmamızı o platformda kurmamız gerekir ve ona bir şekilde hastalığından dolayı uğradığı şiddetten dolayı yaşadığı sıkıntıları düzeltmek için orda bulunduğumuzu ve kendisine bizden hiçbir zarar gelmeyeceğini defalarca belki söylememiz gerekir ki kişilerle irtibata geçelim.”(ATA1-4)

“Ya en baştan hani konuya giriş aşamasının ben dikkate değer olduğunu düşünüyorum. Konuya girersek bir türlü o konudan zaten çıkılmaz. Yani onun çevresinde dönüp durabiliriz o konuya girişinde. Hani direk evet işte siz şiddete uğramışsınız vs diye başlamaması gerektiği kanaatindeyim. Çünkü insanlar hani egosu yüksek bir toplumuz her ne kadar bilgi ve bilinç düzeyimiz yüksek olmasa da hani Türk toplumunun egosu çok yüksektir. Hani sen ezildin diyemezsin hiç kimseye ezilmeyi kabul etmeyiz. Çünkü hani tarihte de böyledir hiçbir zaman kabul etmemişizdir. O yüzden o giriş aşamasında hani karşımızdakini yadırgamak veya yadırgamak değil de küçük düşürecek herhangi bir şey işte sen ezilmişsin sana vurmuşlar sen böyle olmuşsun vs gibisinden değil de, daha yumuşak tarzlı konuşarak girersek devamının daha düzgün geleceği görüşümdedir devamı bir şekilde geliyor zaten.”(ATA1-5)

“Mümkün olduğunca fiziksel temas etmemeye çalışıyoruz hastaya. Kendisine dönük konuşmayı ve yönelik hareketlerde bulunmayı seçiyoruz ki gerçekten onu anladığımızı ya da onu anlamaya çalıştığımızı ona idrak ettirebilelim diye. Onun dışında kendisine burada herhangi bir şekilde zarar verilmeyeceğini göstermeye

çalıştığımız hareketlerimiz oluyor onun dışında bizim herhangi bir hasta gibi davrandığımız hasta grubu.”(ATA1-4)

“Ya karşı tarafın düşüncelerine empati kurmadan yaklaşmamak gerekiyor kesinlikle. Vereceği tepkilere ya da ters teperse hani bu konuda biraz sakin kalmak gerekiyor. Çünkü herkes maruz kaldığı şeyi fark edemeyebilir. Kadın deyince illa biz illa sağlıklı aklı başında insan görüyoruz. Bunlar engellide olabilir hani bu tarz farkında bile olmayabilir durumun o sebeple empati yani en önemli şey empati daha sonra da mahremiyet.”(ATA1-11)

“Ya bir kere şu yani bir vicdan yapıyorsun. Yani vicdan değil de üzülüyorsun kadına şiddete uğramış bir kadına üzülüyorsun yani. Ona kafanda direk böyle kendi anneni babamı vs babam diyorum işte annemi kız kardeşimi direk onlarla özdeşleştiriyorum ve o zaman üzülüyorum. Üzülüğüm için tabi ki normal bir hastaya yaklaşımınızdan daha farklı oluyor. Ama bu demek değildir ki ben hani onun söylediklerini abartıyorum. Olayı adli koyuyorum vs ama daha şey nazik olduğum kesinlikle kesinlikle yüklenmem mesela bana bağırrsa çağırrsa orada...”(ÖÜ-6)

“Ya dediğim gibi öncelikli olarak tek olan bir yere geçiyorum. Sonra hastaya kendi durumunu anladığımı ifade ediyorum. Üzüntüyü paylaşıyorum ama acımaklı, ona acıma şeklinde değil tam aksine hani onu tamam bu olayın mağduru ama acıyarak değil karşısındaki kişinin tavrının yanlışlığını ön plana çıkararak onla diyalog kuruyorum.”(ÖÜ-8)

“İm, yine aynı şekilde güvence verince aslında şeyin bir kısmını alıyorsun ilginin bir kısmını kendine çekiyorsun. Öncelikle kendimizi tanıtıyoruz biz. Böyle böyle ben buranın doktoruyum, burası şu acil servis diye. İı, başına ne geldiğini soruyoruz.”(ATA4-2)

“...güvenini sağlamaya çalışıyorum dediğim gibi ben kendi birimimde kadın ATT paramedik ve hemşirenin yanımda bulunmasını önemsiyorum. Sonuçta hastayı soyuyoruz belli bir şey çerçevesinde ve sonuçta o bir kadın. Bizim ona baktığımız gibi bakmıyor yani utanmasını engellemeye çalışıyorum.”(ATA4-4)

“Onun hemcinsi olan bir sağlık personeliyle birlikte ayrıntılı muayenesini yapmakta fayda var. Bunu yaparken de en ufak bir şeyi atlamadığını onun da

anlamasını sağlayacak şekilde yapmakta fayda var. Ben mümkün olduğu kadar bunları uygulamayı ve sonrasında var olan klinik durumuyla ilgili bilgisini verdikten sonra belgesiyle ilgili yere müracaat etmesini sağlamak için çalışıyorum.”(ATA4-7)

Tablo 4.21. Acil Hekimin Kadının Özerkliğine İlişkin Uygulamaları

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Hekimin kadının özerkliğine ilişkin uygulamaları	Muayene sürecinde onam	<ul style="list-style-type: none"> - Beden muayenesi sürecinde onam *Genel beden muayenesinde onam *Sözlü onam *Genital muayenede onam *Rektal muayenede onam *Cinsel saldırıda adli mercilerin onayı
	Tetkik sürecinde onam	
	Tedavi sürecinde onam	<ul style="list-style-type: none"> - Hekimin asli görevi olduğu düşüncesiyle onam alma - Hastanın yararına olacak tedavileri önerme - Rızanın istisnası *Acil tıbbi durumlar - Rızanın varlığı varsayımı - İnvaziv girişimlerde yazılı onam alma
	Adli bildirim sürecinde onam	<ul style="list-style-type: none"> - Bildirimde rıza alma *Hastanın şiddetle karşı çıkması *Hastanın güvenini kaybetmeme *Hastanın iyiliği - Bildirimde rızaya bakılmama *Toplumunu ilgilendiren konu *Kadının bireyselliğini korumak *Hekimin kendini hukuki sorumluluktan koruması *Hekimin vicdan rahatlığı *Şiddet tekrarından koruma *Hekimin sorumluluğu gereği *Hastanın yararı

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda hekimin kadının özerkliğine ilişkin uygulamaları bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

“...ama işte on sekiz yaşının altında olması, akıl sağlığı melekelerinin yerinde olup olmaması, vasi falan durumu yani kişinin eğer akıl melekelerinin yerinde ise hayati bir şey de oluşturulmamışsa, yani mevcut şiddet kişinin onamına göre izin vermediği sürece yapabileceğimiz hiç bir şey yok.”(ATA1-12)

Muayene sürecinde;

“Yani şöyle mesela hani ona da sorarım mesela tek benle mi kalmak istersin bak istemezsen hemşire hanımda gelsin yanımıza hani çünkü tek başına da güvende hissetmeyebilir belki hani birazcık ona özgürlük alanı tanımaya çalışırım öyle olabilir hani kararı kendisinin verdiğini hissetmesini sağlarım yani.”(ATA1-1)

“Fakat benim bizzat gördüğüm yüzünde ya da muayene edilebilecek yerde muayeneye izin verdiği bölgelerde gördüğüm şeylerle ilgili lezyonlarla ilgili adli bir sürecin başlatılmasını da kişiye sormam.”(ATA1-4)

“Şöyle, az önce bahsettiğim gibi psikiyatri ya da kadın doğum ya da her hangi bir bölüme göndereceğimiz zaman o zaman ister misin diye soruyorum. Bak seni buraya muayeneye göndereceğim, böyle bir muayene olmak ister misin diye soruyorum. Genellikle de aslında istemiyorlar. Aslında birazcık nerdeyse zorlama gibi gönderiyoruz ama şöyle söylüyoruz; karşıdaki doktora da öyle bilgi veriyoruz. Yani bu hasta bu konuda çok da detaylı bir şey bir muayene istemiyor, böyle yaklaşırsanız seviniriz. Ondan sonra onlarda büyük ihtimalle öyle yaklaşıyorlar.”(ATA4-2)

“Bedensel gizliliğini şimdi hasta muayene olmak istemeyebilir. Yani bedensel olarak lezyon olmayan yerlerini bizim tabip olarak yani darba uğradığı yerleri, gösterdiği yerlerin dışında tüm vücut olarak sorgulamamız, ön muayene etmemiz gerekir. Bu da hastanın izin verdiği şekilde oluyor ve biz bunu adli raporumuzda aynı şekilde belirtiyoruz.”(ATA1-7)

“Her muayene şeyinden önce ne yapacağımızı söylüyorum hastalara böyle. En azından kendim söylemeye çalışıyorum, ideal olanda o zaten. Özellikle şiddet adli

vaka baştan aşağı muayene edeceğiz. Hastanın üstünü çıkartmasını istiyoruz. Bunların hepsini anlatıyoruz gerekli nedenini bunları kabul ederse yapıyoruz kabul etmezse kendi tabi ki böyle bir hakkı vardır hastanın. Zorla öyle bir şey yapacağımız yok hani ben her zaman bu tarz bu muayeneyi kabul etmeyeceğini veya istemediğini kendi el yazısıyla da şeyini alıyorum beyanını alırım onamını.”(ATA1-10)

“Öncelikle kendisine söylüyorum, diyorum ki ‘Yanımda işte hemşire arkadaşım var. Sizi muayene etmek istiyoruz. Bu konuda bize yardımcı olur musunuz?’ diyorum. Hastalar da tabi ıı bunu sorguluyor yani evet şuramda bu var buramda bu var ama biz genelde bu tarz muayeneleri sadece hastanın gösterdiği yerleri değil tüm vücut muayenesi yapıyoruz. Tabi mahrem bazı şeyler mahrem oluyor. Bu konuda hastanın muhakkak onayını alıyoruz. Sizi ee işte üzerinizdeki gömleği çıkaracağız, pantolonu da çıkarmanızı istiyoruz. Bacak kısımlarınız, bel bölgeniz, göğüs kafesiniz, karın bölgeniz. Buralarda da herhangi bir darp veya travma izi var mı bunları görmemiz gerekiyor. Buna göre gerekli istemleri yapacağımızın bilgisini veriyoruz. Ona göre hasta onaylaması durumunda.”(ATA4-6)

“Onun haricinde hasta detaylı bir muayene olmak istemezse onun rızasını alarak muayenesini yapmıyoruz ve raporuna da hasta muayenesinin yapılmasını istemedi diye yazıp onların imzalarını alıyoruz.”(ATA4-7)

“Tabi tabi kesinlikle o bedensel muayeneyi yapmadan önce rızasını ve ona rıza göstermezse zorlamam. Neden böyle bir şey yaptınız yanıma da bir kadın istiyorsanız bir kadın hekim şu anda yok varsa onu yönlendiririm yoksa onun olmadığını dile getiririm. Bunu hani kendisi için senin şu anda fark etmediğin bir yerinde bir sıkıntı olabilir vs hani onu telkin edip ikna olmaz ise yanımda da her zaman bir hemşirem olur. İkna olmazsa o zaman onamını alırım hani ben böyle bir muayene olmak istemiyorum. Benim söylediklerim dışında diye böyle bir onam formu alırım hastadan zorlama hani ama genelde görmek isterim.”(ÖÜ-6)

“Ama genel vücut muayenesi zaten insanlar tarafından kanıksandığı için onlar hani muayeneyi baştan kabul etmiş oluyor. Ama yine sizi bir muayene edelim izininiz ne diyoruz onlarda tamam deyip zaten muayene ediyoruz ama ayrı bir yazılı izin almıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Aydınlatılmış onam hiç almadım ama sözel olarak muayene edeceğim işte hangi bölgeye bakacaksam neyle ilgili bakacaksam hani bakmam gerektiğini bunları not etmem gerektiğini ıı.”(ATA4-9)

“Gerekıyor yani o özellikli bir şey mesela işte şöyle olabilir değil mi? Kişi getirir ve kızlık zarı muayenesi yaptırmak istiyordur. Kişi 24 yaşındadır dayakta yemiştir ve dayak yediğinin üzerine birde onu yapanlar kızlık zarı muayenesi için getirir hastayı. Bununla ilgili süreçler yasada çok net, açık ve net zaten. Yani kişinin hani adli bir süreç olabilir. Ama kişinin onamının olması gerektiği yani bireyin vücut bütünlüğüne müdahale edecek bir şey yapıyorsan ya da cinsel genital bölge muayenesi yapıyorsan burada onam gerekiyor hani biri istedi diye o muayeneyi yapmıyorsunuz.”(ÖÜ-1)

“Ama özel spesifik genitalere ya da özellikli alan muayenelerini tabi ki öncelikle açıklıyoruz onamını aldıktan sonra yapıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Muayenede zaten şu var normalde; Bir hastayı muayene ederken hani muayene edeceğini soruyorsunuz. Ha diğer özel genital organ muayenesi ya da rektal tuşe muayenesi gibi şeylerde zaten onam almanız lazım. Yani sormanız lazım onam vermeyen bir kişiyi muayene edemezsiniz o normal rutinde normalde yapmanız gereken bir şey bütün hastalar için.”(ÖÜ-4)

“Bu cinsel taciz gibi, muayene gibi durumlarda da, ıı, adli mercilerin onayı gerekiyor.”(ÖÜ-9)

“Ama hastanın bir cinsel saldırı gibi bir şikâyeti varsa, tecavüz gibi bir şikâyeti varsa bununla ilgili genital muayene yapabilmeniz için izin alınması gerekiyor. Ee, hastanın böyle, ben tecavüze uğradım diye gelen bir hastanın muayenesini yapabilmeniz için savcılıktan izin almanız gerekiyor veya hastanın tek başına buna izin vermiş olması da her zaman yeterli olmayabiliyor çünkü oralardan örnek alınması ve bunun da işte adli birimlere bildirilmesi gerekiyor.”(ÖÜ-9)

Tetkik sürecinde onam;

“Şöyle ki acil serviste genelde öyle aydınlatılmış onamımız yok hastaya sunduğumuz. Yani biz size işte tomografi çekeceğiz, bunun için bir imza alalım veyahut yaranızı dikelim bunun için bir aydınlatılmış onam imzası alalım gibi bir uygulamamız

yok. Hastayı birebir söylüyoruz, yaranızın dikilmesi gerekiyor, tomografinizin çekilmesi gerekiyor. Hasta bunu sözel olarak onayladıktan sonra bizim için böyle bir onam alma durumu olmuyor.”(ATA4-6)

“Tetkikler içinde hastaya zaten anlatılıyor. Hani ‘sizin bulgularınıza göre sizde şu şu olabilir. Size bazı işte radyoloji olabilir bu radyolojik tetkik ya da kan tetkiki yapılacak. Sonucuna göre de işte karar verilecek’ demeniz gerekiyor. Bazen şey olabiliyor, kan tetkiki istemeyen olabiliyor. O zaman siz zorla kimseden kan alamazsınız. Yine radyolojik tetkiklerde film istemeyen ya da kadın hasta olduğu için muhakkak gebeliğin ekarte edilmesi lazım radyolojik tetkikten önce, hastaya o söyleniyor. Yani sizin önce radyolojik tetkikiniz şey sorgulanıyor ilişki olup olmadığı gebelik şüphesi olup olmadığı ama beyanata güvenmiyoruz. Yani nasıl söyleyim gebelik şüphem yok diyebilir ama olabilir ya da ilişkim yok diyebilir yani cinsel ilişkim hiç yok diyebilir ama olabilir. O yüzden biz hani onu da söylüyoruz yani hastayı önce gebelik testine gönderiyoruz, gebelik testi negatifse ama bunu istemezse yapamayız tabi. Gebelik testi negatifse de o zaman radyoloji tetkik üzerine planlıyoruz ama bunları da zaten hastaya söylenerek hastadan hiçbir hasta için zaten zorla kan alma zorla tetkike gönderme olmaz.”(ÖÜ-4)

Tedavi sürecinde onam;

“Hmm yani mesela atıyorum açık yarası var, ben buna dikiş attırmak istemiyorum diyorsa, hani eğer ki alkollü değilse, işte başına travma almamış bilinci yerindeyse kendinden onamını alırız. Hani yaptırmak istemiyorum diyorsa da yaptırmak istemiyorum deyip kendi isteği ile ayrılır hani zorlayıcı bir şeyimiz olmaz.”(ATA1-1)

“Bir kişi kadın olsun erkek olsun şiddet olsun ya da olmasın kendisinin istemediği herhangi bir muayenenin, ilacı, tedaviyi herhangi bir girişim, herhangi bir anamnezi vermemek ve yaptırmamak kendisi mükelleftir. Bir soruma cevap vermediğinde ben o soruya kesinlikle cevap vermelisin diyemem ya da tedaviyi reddettiğinde tedaviyi kesinlikle almalısın diyemem.”(ATA1-4)

“Biz genel olarak başvurmaya çalışıyoruz kendisi tedaviyi kabul etmediği takdirde tedavi yani elimizden geldiği bir şeyin olmadığını kendisine anlatmaya çalışıyoruz, kendi rızasını ve onamını almaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Genellikle tedavi ihtiyacı olan kısımları kendileri izin veriyorlar ama özellikle rıza almıyoruz gerçekten. Ama çok detaylı tedaviler gerektiği zaman o zaman rıza alıyoruz.”(ATA4-2)

“Hastanın rızası için poliklinik aydınlatılmış onam formu bulunmaktadır. İnvazif işlemler için onam formu dolduruyoruz.”(ÖÜ-3)

“Zaten önce spesifik öykü almak için bir rıza yok. Hani hastanın kendi ifade ettiği, izin verdiği ölçüde bize anlatıyor zaten. Onları ama herhangi bir bilgi paylaşımı hani ancak konsültanlarla yapıyoruz. Hasta hakkında her hangi başka bir tedavi ile ilgili başka bir şey varsa tabi aydınlatıyoruz. Tedavide gereken bir şey varsa veya ilgili hekimlerin ya da bizim bir tedavi uygulamamız gerekiyorsa önce tedavinin neden yapıldığını amaçları ve etkileri ve sonucu üzerinde de bir bilgi kısa bir bilgi değerlendirme yapıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Başvurmak her hastanın rızasına başvurmak gibi elbette ki başvuruyoruz. Yani bu zaten asıl görevimiz. Bu hasta tedaviyi kabul etmiyorsa zaten kabul etmiyordur, yani muayene edilmeyi istemiyorsa edilmiyordur.”(ATA1-5)

“Tabi tedavi konusunda hastanın her zaman biz hastanın klinik olarak tıbbi olarak yarar sağlayacak bütün tedavileri öneriyoruz. Hasta ne kadarını kabul eder veya etmez bu yine kendi rızası karşılığında onam formuyla birlikte karşılıyoruz.”(ATA1-7)

“Ama şu var hayatı tehdit eden bir durumla geldiyse, bizim acilimize yani bilinci kapalı ya da işte bıçak delici kesici aletle yaralanmış, işte göğüsten diyelim, yani hayatını tehdit eden bir şey müdahale edilmezse anında ya da çok kısa sürede ölecek hayatını kaybedecek bir şeyse zaten burada onam gibi bir şey beklememize gerek yok. Zaten hani o TCK'nın bize ve tüm doktorlara tanıdığı bir hak var biliyorsunuz. Hastanın hayati önem taşıyan bir şeyi varsa hani siz önce hastanın hayatını kurtarmaya yönelik tedavi yaparsınız ondan sonrası zaten hani başka şeydir ama bilinçli hasta dediğim gibi hani sorgulamamız gerekiyor tabi ki.”(ÖÜ-4)

“Şöyle birey acil servise başvurarak daha doğrusu hasta hekime başvurduğunda, öykü ve fizik muayeneyi talep ederek geliyor zaten. Bu işin içsel ön kabullerinden birisi bu sizden bir şikâyeti olduğunu belirterek veya buna bir çözüm bulmanızı söyleyerek geliyor. Dolayısıyla onu anlamak için yaptığınız iki temel şey ön tanı ve fizik muayene için rızalığını belirterek geldiği için ayrıca bir onam almıyoruz.”(ÖÜ-1)

“Yazılı bir onam almıyoruz. Yani acil servise ben hastayım diye başvuran hasta zaten kendi rızasıyla geldiği zaman bir sözel onam alınmış olarak düşünüyoruz. Yani ekstradan bir, biz seni muayene edeceğiz, bize bir onam verir misin diye bir onam almıyoruz.”(ÖÜ-9)

“Ama hastaya bazı girişimler yaparsak, ıı, komplikasyon gelişebilecek girişimler gerekiyorsa hasta veya yakınından, hastadan öncelikle, eğer hastanın bilinç durumu izin vermiyorsa da yakınından onam almamız gerekiyor, alıyoruz.”(ÖÜ-9)

Adli bildirim sürecinde onam;

“Ha onu hani çok isteğe bağlı yapmıyoruz. Hani darp vakası ise çünkü şeyden özellikle çok başımıza geldi, hani şöyle adli olmasın böyle olmasın sonradan şikâyet ediliyor, niye açmadın oluyor. Hadi hocam şeye döndürelim yani o yüzden çok isteğe bırakmak olmuyor yani gerek en ufak bir şüphe duyuyorsak adli tutuyoruz zaten.”(ATA1-1)

“Hastaya göre değişiyor. Adli bildirim yapılması istemeyen hastalar çoğunlukta bulunuyor. İleride lazım olur diye rapor tutulmasını istiyorlar ancak bildirilmesini istemiyorlar. Rapor tutulduğu andan itibaren bildirim yapılıyor.”(ATA4-5)

“Ben hani sözel olarak başvurmuştum yazılı bir onam almamıştım. Polise bildirecem bunu, kadına şiddet oluyor, rızan var mı şeklinde var deyince hani polise gönderilsin deyince göndermiştim.”(ATA1-3)

“Hatırladığım kadarıyla sadece bana dediğim gibi acilde oluyordu. Fiziksel şiddet geliyordu onları şu şekilde bildiriyoorduk; işte hayati tehlikesi var mı yok mu olay nasıl olmuş? İşte nasıl bir şiddete maruz kalmış ne kadardır maruz kalmış daha önce

olmuş mu olmamış mı bunların hepsini ayrıntılı bir şekilde hani yazıp formu doldurup kişilerden de onamını alıp bu şekilde bildiriyorduk.”(ATA1-8)

“Yani eğer hasta şiddetle buna karşı çıkıyorsa bildirim yapmıyorum. Çünkü hastanın çok fazla buna karşı çıkması bazen hasta bazında da problemler, güven problemleri doğurabiliyor. Tedavisini tamamlamadan gidebiliyor. Tetkiklerini tam yaptırmadan gidebiliyor. Kafa travması varken ben gidiyorum deyip belki hiç bir imza vermeden hiç sizi dinlemeden çekip gidiyor. Bazen hastanın iyiliği için de bu konuları es geçtiğimiz oluyor bildirimlerde. Ama adli rapor sürecinde değil tabii ki, polise bildirimde. Adli rapor düzenlenmesi hususunda hiç bir şekilde hasta düzenlemeyin dese bile bunun düzenlenmesi konusunda hiçbir şeyimiz olmuyor, geri adımımız olmuyor.”(ATA4-6)

“Başvurmanın doğru olduğu görüşünde değilim ben. Polise bildireceğim senin de haberin olsun demenin bir mantığı yok veya ben bunu savcıya bildireceğim. Çünkü bildirmek zorunluluğumuz olduğunu düşünüyorum yani. Sonuçta ortada bir suç var yani şiddet dediğimiz tıbbi bir olayla sonuçlanmış olabilir ama sonuçta ortada bir suç var ve suçun bildirilmesinin zorunlu olduğunu düşünüyorum. Çok rızasının alınması gerekli olduğu kanaatinde değilim.”(ATA1-5)

“Şöyle rızasını da almıyoruz aslında. Burada rızasını almak diye bir tabir yok aslında ya adli olarak kabul et diyoruz ya da muayene olma diyoruz. Açıkçası yani bizim buradaki tutum bu şekildeydi. Çünkü insanlar sonradan kararları değişebilir. Normal açarsınız sonra yine başınıza bela olabilir. Ben bunu adli şey yapmıştım bunu normal açtı diye sizinle yine problem yaşayabilirler. Yani diğer türlüde problemler olabilir. Ama sonuçta yani kendimizi ben bunu adli düşündüm deyip normal açtım diyemiyorsunuz. Ben bunu normal gördüm diyemiyorsunuz. Çünkü sonuçta bir adli varsa ortada bazısı bunu ispatlayacak makamlar var. Bunu ben adli düşünmedim diyemezsiniz. Sizin zaten göreviniz adli olup olmadığını görebilmek. Bunu da yapamıyorsanız bu konu hakkında sıkıntı yaşarsınız. Yani burada da aslında biz primer olarak kendimizi koruyoruz. Adli açarsak kabul et adli açmazsan muayene olmadan git çünkü biz burada kendimizi korumayı amaçlıyoruz daha çok hani ilerde sıkıntı yaşamayalım diye.”(ATA1-6)

“Hastanın isteğine birazcık saygı duyuyoruz ama adli sürecinde aksamaması için de zorladığımız biraz daha ataerkil yaklaştığımız oluyor bu vakaların.”(ATA4-2)

“Tabi ki. Şimdi şöyle yani biraz önce hep bahsettik hastanın geliş şekli çok önemli. Eğer hasta sıkıntılı bir durumda geldiyse bunu hastaya başvuruyoruz, söylüyoruz bakın size biz polisleri aramayı düşünüyoruz sizin güvenliğiniz için bunu düşünüyoruz, biz arayacağız diyoruz. Tabi ki bunun şöyle bir durumu var ıı çok ciddi bir kafa travmasıyla geldi, şuuru kötü hastanın veyahut bu şiddet sadece bir darbeye değil belki de cinsel bir travmaya maruz kalıyor. Yani bu gibi durumlarda hastanın rızasını almadan da polislere bilgi veriyoruz.”(ATA4-6)

“Yok, rıza almaya gerek yok bizim zaten şu var hani adli vaka olup olmadığını. Biz sadece bildirim yapıyoruz. Biz çünkü adli vaka olup belki de değildir ama bunun ayrımını yapacak kişi şeydir yani yargıdır. Yani bizim sadece öngörümüz olabilir mi olabilir ama belki de yanlış öngörü olabilir dediğimiz gibi ama bunun ayrımını yapacak kişi yargıdır.”(ÖÜ-4)

“Yok, karşılayamıyoruz çünkü bunlar yani kişisel haklar olduğu kadar toplumu ilgilendiren de durumlar olduğu için biz her şekilde adli mercilere ulaştırıyoruz.”(ATA1-7)

“Çünkü artık o kamu sorunu haline gelmiş bir sorun ve orda da yasa hekime çok açık bir şekilde diyor ki hekimin şüphe duyması yani ortamda süreçte adli bir şey olma olasılığına dair en ufak bir şüphe bir kanıt değil bir şüphe duyması adli bildirim için yeterlidir diyor. Ve eğer o bildirimi bulunmazsanız sizi yasalar karşısında sorumlu tutuyor. Dolayısıyla siz ya burada bir sakatlık var bu böyle olmaması lazım burada şöyle bir şey mi var acaba dediğiniz anda adli vakayı tutmak zorundasınız. Çünkü siz kolluk kuvveti değilsiniz onun kanıtlayamazsınız. Siz kolluk kuvvetine burada bir şey mi var acaba diye düşünmem bir bakar mısınız diyorsunuz. Bunu demek dememekten iyi çünkü eğer altında gerçekten öyle bir şey varsa çözüm şansı var altında bir şey yoksa sadece bakılmış oluyor.”(ÖÜ-1)

“Sonuçta burada bir darp söz konusu olduğunda ve başka bir tıbbi durum geliştiğinde benim bunu bildirmediğim takdirde, kendimce gideceğim yani kendimi gideceği yasal süreçleri de koruma altına almak amaçlı. Ve aynı zamanda kadının

bireyselliğini korumak amaçlı yasal süreçleri başlatmak amacıyla bu adli rapor tutumunu hastanın onamı olmadan yapıyoruz.”(ATA1-9)

“Özetlersem eğer, şüphelendiğimiz ve istismar ve şiddet, şiddet özelinde bir vakayı öncelikle faydalı olmaya çalışıyorum, kendimi kurtarmaya çalışıyorum adli rapor açarak, ı elimden geleni yapmaya çalışıyorum. Bildirmesini tavsiye ediyorum ama sonucunu takip edemiyorum açıkçası.”(ATA4-4)

“Var olan sağlık sisteminde doktorun hep bir ayağı çukurda olduğu için, herhangi bir olay olduğunda bildirim yapmazsak ve sonrasında hastanın kendisi bana adli tutanak tutulmadı şeklinde konuşmaları oluyor. Sonrasında da sıkıntı yaşayacağımızı bildiğimiz için biz raporu tutuyoruz. Çünkü ileriki zamanlarda fikirleri değişebiliyor.”(ATA4-7)

“Beni kendi açımdan kesinlikle olmuyor ben vicdanen rahat oluyorum.”(ATA1-10)

“Şöyle aslında daha sonra anlatıyoruz bak bu senin iyiliğin için, tekrar başına gelmesin diye, resmi kurumlar haberdar olsun diye. Büyük ihtimal sen kendin gidemeyeceksin böyle bir yere. Senin suçluluğunu falan ispat etmek için senin hakkında bu raporu düzenlemiyoruz. Senin sağlık durumunu yazdığımız bir rapor diye söylüyoruz. ı genellikle ilk gelişinde böyle bir şey istemiyorum diyenler sonra ses çıkartmıyor. Ama ı birçok vakanın da adli rapor düzenleyeceğiz dediğimizde hastaneyi, acil servisi terk ettiğini gördüm. İstemiyorlar aslında. Genellikle zorlamayla yapıyoruz aslında bunu. Bilmiyorum niye, öyle gerektiği için.”(ATA4-2)

“Hastanın adli bildiriminden sonra dışarıda yeniden şiddete uğrama olasılığı ile ilgili olarak bir endişe hissetmiyorum. Bildirim yaparak ben sorumluluğumu yerine getiririm. Gerisine karışmam.”(ÖÜ-2)

“Şimdi onu yapmak için yasal yükümlülüğümüz. Adli olgu bildirimini hani hastanın rızasından daha bağımsız bir şekilde son adli tıpcılarla görüşmemizde bu hekimin yasal yükümlülüğü olduğu için, hasta şey yapmasa da bunu bildirmekle yükümlü olduğumuzu belirtmiştim zaten.”(ÖÜ-7)

“Adli bildirim süreci ile ilgili hastanın rızasına başvurmuyoruz. Bildirmemenin cezası olduğu için bildirimde bulunmaktan başka alternatifimiz olmuyor. Zorunlu

olarak bildiriyoruz yani. Ayrıca ben bildirim yapmamanın da daha kötü sonuçlar doğuracağını düşünmekteyim. Bu sebepten dolayı hasta bildirmemizi istemese bile sadece hukuki zorunluluktan dolayı değil hastanın yararına olacağı için bildirim yapmakta fayda görüyorum.”(ÖÜ-3)

“Yok, yani ben bazen şey kaygısı oluyor hastayı bildirerek de mesela bazen hasta yakını hocam işte bu kez benim kesinlikle işte hayatım tehlikeye girer diyen hastalar oluyor. Bunu duyunca esas hayatı tehlike de olduğuna esas bu dönemde daha çok tedirginlik yaşıyorum yani bildirmesem daha çok hayatı tehlikede olduğunu düşünüyorum bu vakaları ne yapıp edip ikna ederek bildiriyorum ne yapıp edip ikna ederek bildiriyorum.”(ÖÜ-5)

Tablo 4.22. Acilde Rıza Göstermeyen Kadına Yaklaşım

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Rıza göstermeyen hastaya yaklaşım	Muayene sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - İkna etmeye çalışmak - Reddi belgelemek *Muayene reddini belgelemek *Genital muayene reddini belgelemek
	Tanı sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Tetkik reddini belgelemek
	Tedavi sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - İkna etmeye çalışmak - Olası zararları anlatmak - Tedavi reddini belgelemek - Tedavi olma hakkı güvencesi vermek
	Adli bildirim sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Mesleki sorumluluğun gereği olarak bildirmek - Kamuyu ilgilendiren durum olduğu için bildirmek - Hastanın yararı için bildirmek - Gizliliğin teminatını belirtmek - Polisin rolünü izah etmek

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda rıza göstermeyen hastaya yaklaşım bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Muayene sürecinde;

“Ya insan öyle değil bir süre sonra açılıyor sana güven duyuyorsa. Ama dediğim gibi ben psikolojik kısma hiç girmiyorum. En başta histerikse onu yatıştırıyorum. Histerik değilse sadece soyunma her yerini görmem gerekiyor vs ona yardımcı olmam için orda olduğumu yaşadığı şeyi onu ikna etmek için. İkna olmuyorsa imzasını kesinlikle alırım ikna olabilmesi için hani fizik muayeneyi düzgün yapabilmemiz için.”(ÖÜ-6)

“Zaten hastanın girişinde bir onam formu var. Hasta burada muayene olma olabileceği şey hani onam formunu vermeden zaten içeri girmiyor. Acil servislerde de bu işte yakını tarafından hani birinci derece yakınından ve ya kendisi tarafından alınıyor. Hayati riski olanlarda bu tabii ki hani bir şey geriye gidiyor hastaya önce müdahalelerinizi yapıyorsunuz ardından bu onamlar gerçekleştirilmeye başlanıyor. Ama onun dışına bir onam formu var ama genel bir şey muayene olma hastalık onam formu var onun dışında rıza göstermeyen hastalar oluyor bu kapıda hani bu onamla içeri girmiş muayeneyi kabul etmeyen hasta oluyor muayeneyi kabul etmiyorsa mutlak diğer yazılı bir şeyini alıyoruz.”(ÖÜ-5)

“Tabii tabii kesinlikle o bedensel muayeneyi yapmadan önce rızasını ve ona rıza göstermezse zorlamam. Neden böyle bir şey yaptınız yanıma da bir kadın istiyorsanız bir kadın hekim şu anda yok varsa onu yönlendiririm. Yoksa onun olmadığını dile getiririm bunu hani kendisi için senin şu anda fark etmediğin bir yerinde bir sıkıntı olabilir vs hani onu telkin edip ikna olmaz ise yanımda da her zaman bir hemşirem olur. İkna olmazsa o zaman onamını alırım hani ben böyle bir muayene olmak istemiyorum benim söylediklerim dışında diye böyle bir onam formu alırım hastadan...”(ÖÜ-6)

“Şimdi bu konuda (*cinsel saldırıda hasta genital muayene olmak istemezse*) kendisinin talebi dinlemek zorundayız. Ama yazılı şey alınır. Yani ben siz kendisine ayrıntılı onam şöyle verilir siz böyle diyorsunuz ama fizik muayeneniz öykünüzden ben

böyle bir şey düşünüyorum bu konuda. Şu kısmı şu sistemi muayene etmek zorundayım. Siz bunu kabul ediyorsanız muayene edeceğim etmiyorsanız bana etmediğinize dair imza vereceksiniz kendimi de korumak zorundayım.”(ATA1-11)

Tanı sürecinde;

“Örneğin kişiye tetkik yapacaksınız. Şunların sonucunda şunları şunları düşündük, olasılıklar bunlar. Ama böyle bir olasılık var mı diye bir de şu tetkikleri yapmamız lazım. Dolayısıyla bunların yapılmasını öneriyoruz size. Sizce de uygun mudur evet bazen diyor ki hayır istemiyorum bunu söyleyebiliyorlar. Eğer istemiyorum diyor ise 18 yaşından büyük ve akli melekeleri de yerinde olduğunu da tespit ediyorsak o zaman onlardan bi A2 formu alıyoruz. Şu tetkikin yapılmasını istemiyorum ya da şu muayenenin yapılmasını istemiyorum diyor yazıyor eliyle ve bunu kaşeliyor şey imzasını atıyor biz o formu hastanın dosyasının içerisine koyuyoruz.”(ÖÜ-1)

Tedavi sürecinde;

“Yani ikna etmeye çalışabilirim olduğunca işte. Hani ikna etmeye çalışırım yapmaya çalışırım ama hani çok çok çok dirence maruz kalıyorsam da artık fazla da bişey yapmam notumu alırım hasta tedaviyi reddetti diye.”(ATA1-2)

“Tanı tedavide bizim genellikle yapılacak şeyleri hastaya söylememiz şeklinde oluyor. Yani diyelim ki bir kesi oluştu kaşında diyoruz ki burayı bi stür etmemiz lazım dikmemiz lazım. Hasta dikmeyin diyorsa eğer işte olası şeyler anlatıyoruz. Bak hani iz kalır, daha çok iz kalır vs. dikmek lazım. Kendim olsa diktiririm. Yakınım olsa dikerim gibi. Bu tarz şeyleri söylüyoruz uyarılarımızı bulunuyoruz. Hala diktirmek istemiyor diyelim ki, o zaman dikmiyoruz. Ve yahut hasta geliyor ben diyor tomografi çektirmek istemiyorum. Diyoruz ki şöyle şöyle nedenlerden dolayı bunu yapmak lazım, şunlar şunlar olabilir, şöyle şöyle zararlar olabilir. Halen istemiyorsa yapmıyoruz.”(ATA4-1)

“Şimdi yani ne denir ona ateşe uçan kelebekler gibi. Kendisi ben böyle bir şeyi kabul etmiyorum kesinlikle ben gitmek istiyorum ben böyle bir şeyi kesinlikle olmadı yaşamadım diyorsa yine imzası karşılığında gönderirim.”(ATA1-11)

“Oluyor. Yani oluşabilecek durumları ona anlatıyoruz. Eğer ki yine hani tedavi olmak istemiyorsa ondan bizim kendi hani acil servisimizde tedavi ret tutanağımız var. Onu imzalıyoruz. Ve tekrar bir şikâyeti olduğunda tekrar başvurmasını söylüyoruz.”(ATA4-3)

“Muayene ve tedavi sürecinde şiddet mağduru kadın hastanın onamını alıyorum. Yapacağım muayene ve tıbbi müdahalede rızasını gözetiyorum. Tedavi reddi, konsültasyon reddi durumunda ise imza alarak tedavi ve konsültasyona devam etmiyorum.”(ATA4-5)

Adli bildirim sürecinde;

“Yani öyle konular da başvurmamız gerekiyor. Ya ben onu yapmadığım zaman ben suçlu olmuş olurum. Çünkü bunu bildirmemiz lazım yani onun için o istediği kadar söylemeyin desin ben yine de bildiririm.”(ATA1-2)

“Bildirim konusunda devletime ben yükümlüyüm kadının rızası önemli değil.”(ATA1-11)

“Yani olay adli olay olduğu için biz zaten bildirmek zorundayız.”(ATA4-3)

“Bildirim konusunda ise kadının rızasına başvurmuyorum. Bildirim yapma konusunda hukuki görevimi yaparım, hastanın rızasını aramam. Bence bildirim yapma konusunda kadının rızasına da başvurulmamalı. Çünkü kadına şiddet olgusu kamuyu ilgilendiren bir durum.”(ATA4-5)

“Yok, yani ben bazen şey kaygısı oluyor hastayı bildirerek de mesela bazen hasta yakını hocam işte bu kez benim kesinlikle işte hayatım tehlikeye girer diyen hastalar oluyor. Bunu duyunca esas hayatı tehlike de olduğuna esas bu dönemde daha çok tedirginlik yaşıyorum. Yani bildirmesem daha çok hayatı tehlikede olduğunu düşünüyorum. Bu vakaları ne yapıp edip ikna ederek bildiriyorum ne yapıp edip ikna ederek bildiriyorum.”(ÖÜ-5)

“Gelip soracaklar sizin zaten adli bildirim verdiğimiz an kapıya polise polis hemen geliyor hastanın başına gidiyor. Sizin böyle bir şeyiniz var probleminiz var sormaya başlıyor, noldu niçin böyle diye. Sormaya başlıyor ama bir şekilde bildirim yapıyoruz yani o oradan o bildirim olmadan çıkmıyor. Hiç kişi bildirmesini istemese de söylediklerini inkâr etmeye başladığı andan inkâr etmeye başlıyorlar. Siz de diyorsunuz ki tamam bu bilgileriniz bende sizin muayene mahrem bilgileriniz anamnez bilgileriniz bu bilgileriniz hiçbir şekilde hani dışarı verilmeyecek ama ben sizin fiziksel olarak şiddet gördüğünüzü şu an görmüşüm yasal olarak ben suçlu vaziyete girerim mutlak bildirim yapıyorum.”(ÖÜ-5)

Tablo 4.23. Acilde Şiddeti Gizleyen Kadın Hastaya Yaklaşım

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddeti gizleyen kadın hastaya yaklaşım	İletişim kurma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın güvenini kazanma *Mahremiyeti sağlayarak güven kazanma - Hastanın hekimi yakın hissetmesini sağlama - Güven ortamı sağlama - Hastayı rahatlatma - Hastayı cesaretlendirme - Hasta yakınlarını uzaklaştırma - Hastaya güven verme - Hastaya ılımlı yaklaşma - Uygun kelime kullanma - Hastayı zorlamama - Hastaya daha yakın davranma - Hastayı irrite etmeme - Israrcı olmama - Uygun dille konuşmak - İzole oda sağlama - Devletin hastaya desteğini anlatma - Hastayı getiren kişilerden bilgi alma *Hastayı getiren sağlık personelinden bilgi alma
	Öykü alma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Hastayı izole odaya alma - Şüpheli beyanlara yönelme - Öykü lezyon uyumsuzluğunu değerlendirme - Öykünün doğruluğunu değerlendirme *Hastayı değerlendirmek *Hasta yakınlarını değerlendirmek *Polise verilen bilgiyi karşılaştırmak - Derinlemesine bilgi alma - İkinci sağlık personeli ile öykü alma
	Adli bildirim sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Şüphe dâhilinde adli bildirim *Öykü lezyon uyumsuzluğunda bildirim *Adli raporda hasta beyanına yer verme - Hastanın beyanına göre bildirim yapmama
	Tedavi sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Mahremiyeti sağlama - Hastaya özel alan sağlama

		<ul style="list-style-type: none"> - Empati kurabilen eğitimli personel desteği - Taburculuğu geciktirme - Konsültan hekim desteği *Adli tıp uzmanı *Psikiyatri uzmanı *Kadın doğum uzmanı
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddeti gizleyen kadın hastaya yaklaşım bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir;

İletişim kurma sürecinde;

“Hani hastayla konuşup bir şey saklamaması gerektiğini hani şüphelendiğim şeyleri söylerim bunlar bunları şüphelendim hani darp edildiğini düşündüğüm böyle bir şey varsa söyle şeklinde. Hani tekrar hastanın güvenini kazanıp biraz konuşarak açmak diyelim ama gene de hani adli rapor tutup polis ve güvenlik güçlerine bilgi veriyorum araştırmasını onlar yapıyordu.”(ATA1-3)

“Sonrasında da kişiyi biraz daha yönlendirerek yani pat diye kim dövdü seni değil de olayı sorgulayarak. Çünkü insanlar bir şey sakladığında aradan belli bir süre geçtikten sonra onu yanlış ifadeyle açıklar yani ilk ifadesindeki yalanı ortaya koyduktan sonra bize güveneceğini korkmaması gerektiğini bunu açıklayarak bu şiddete son bulacağını söyleyerek söyletmeye çalışıyoruz.”(ATA1-12)

“Bu durumda ilk önce yapılması gereken şey mahremiyetin sağlanıp kişiye güven vermek. Öncelikle bu karşılaştığı durumun kendisinin kaderi olmadığını hani bu konuda yardım alabileceğini bu konuda devletin ve sağlık kurumlarının kendisine her türlü destek ve yardımcılıkta bulunacağını söyleyip bu konuda dürüst olması gerektiğini söyleyip bu konuda ayrıntılı mahremiyeti sağlayarak sorgulama yapmak gerekiyor.”(ATA1-11)

“Yanımda bir hemşireyle beraber hastayı detaylı olarak muayene etme hastayı cesaretlendirme. Yani bir şeyler söylemesi açısından bazı hasta söylemiyor, düştüm diyor kafamı çarptım diyor, şöyle oldu böyle oldu diyor. Sonrasında konuştuğunuz zaman birazcık daha takip edip teskin ettiğiniz zaman kendisi itiraf ediyor, itiraf etmeye başlıyor. Size güvendiği an size güvenmeye başladığı an hasta doğruyu söylemeye başlıyor aslında böyle de bir şey yani. Sizi bir nasıl desem böyle bir yakın hissettiği zaman diyelim daha doğrusu o kendine yakın hissettiği zaman güvenilir

bulduğu zaman çok rahat bir şekilde bütün her şeyi detaylı bir şekilde anlatabiliyor.(ATA1-6)

“Bu durumda ne yaparım güzel bir soru. Hastaya öncelikle o güven ortamını sağlarım. Hastayı birazcık daha rahatlatmaya çalışırım, o anksiyetesini gidermeye çalışırım. ‘Bakın işte böyle bir durum varsa bunu söylemeniz sizin için daha faydalı olur. İlerde sizi korumak amaçlı daha iyi olur. Adli duruma benziyor bu durum. Biz siz adli değil siz ben düştüm deseniz bile ben bulduğum bulgularla bunun adli olduğunu düşünüyorum. Siz ifadenize göre hareket etse bunun yalan olduğunu ‘ben görebiliyorum bulgularınız çok böyle kavgaya veya hatta sıradan bir düşmeye sıradan bir kendi kendinize olmuş bir olaya benzemiyor’ derim. Bu konuda sizden daha bir cesaretli davranmanızı güven duymanızı bu konuda yanıltmaya çalışma korkularınızı korkularınızın giderilmesi açısından korkmamanız bu konuda öyle şeyler sözlü olarak uğraşyoruz tabii. Birazcık da teskin edip güven vermeye çalışıyoruz olabince bazısı yok diyor çekip gidiyor muayene hatta adli olduğunu düşünüp çekip gidiyor hiçbir muayene olmadan gidiyor bazısı da tamam kabul ediyor o şekilde şey oluyor yani.”(ATA1-6)

“O konuda dediğim gibi ilk başta zaten acil servis politikamız olarak hasta yakınlarını pek hasta yakınında bulundurmamaya çalışıyoruz. Hasta da bizden herhangi bir şey gizlememesi için aileden de birinden de olsa da gizleyebilirler mantığıyla net bir bilgi alabilmek açısından tekrardan hani yanında varsa bir şekilde çıkartıp kendi bulgularımızı anlatmaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Öncelikle kendi isteğiyle ben işte şiddete uğradım, şuramda problem var diyen hastalarda bu işler daha kolay işliyor. Açık söyleyim sonuçta her hangi bir bulgusu varsa ona yönelik kendisi zaten rıza gösterip geldiği için tedavisini uyguluyoruz ama ağızından cımbızla aldığımız durumda da güven vermeye çalışıyoruz.”(ATA4-4)

“İlk olarak hastaya soruyoruz. Ee bu yaralanmaların şiddetle oluşabileceğini ona ifade ediyorum. Zaten çoğu durumda hastalar 1-2 defa sorduğumuz zaman bu bulguların kendisi de aslında öyle olduğunu bildiği için fazla şey yapmıyorlar, diretmiyorlar o hususta. İtiraf ediyorlar, söylüyorlar. Ama en önemlisi hastayı çok

uygun bir ortamda muayene etmek. Hastaya biraz önce dediğim gibi iletişim kurarken en ılımlı, en ona güven veren tarzda ifadeler kullandığınız zaman, hasta size güvendiği zaman zaten doğruyu söylüyor. Hastayı en önemlisi çok uygun bir ortama almak lazım. Bu acil serviste çoğu zaman muayene odasında yapılabiliyor. Hastayla uygun kelimeleri kullandığınız zaman hasta zaten size güveniyor. Bu konuda da çok ciddi problem yaşamıyoruz yani insanımız şey yapabiliyor söylüyor.”(ATA4-6)

“İfade etmeyenlerde de sizin dikkatinizi öngörünüze hastanın tavırlarına hani konuştuğu verdiği bilgilerle tutarsızlıklara dayanarak hani bunun bir şiddet olabileceğini ya da bir hastaya karşı bir şey olabileceğini düşünebiliyorsunuz yani. Ama zorlayamıyoruz yani doğruyu söyle gibisinden hani sonuçta bizim görevimiz hastanın şeyini yapmak tedavisini yapmak başvurduğu şikayetle ilgili tedavisini yapmak sadece doğruyu söylemesini hani bir kez söyleyebiliriz, ama öbür türlü bir savcı bir hakim gibi doğruyu söylemesi yönünde bir işlem yapamayız yani.(ÖÜ-4)

“Hekim hasta ilişkisine çok dikkat ederiz. Hani dediğim gibi hasta yakını mutlaka odadan çıkartırız. Hastaya özel konuşulması gerektiğini, hasta daha güvenli bir ortamda olduğunu, bu yaraların üzerinden biraz daha hani spesifik konuşmaya başlarız. Bir sıkıntısının olup olmadığını daha yakın davranarak işte burada kimsenin olmadığını sizin bilgilerinizin bizim için önemli olduğunu, mahrem olduğunu dosya bilgilerinizin hiçbir kimse tarafından görülmeyeceğini bunlar size ait bilgiler olduğunu bildirmeye çalışırız. Yani orda anlatacağı her şeyin buranın dışına çıkmayacağını ortalıkta konuşulmayacağını mahrem bilgiler olduğunu ifade etmeye çalışırız. Bunun üzerinden gitmeye çalışırız daha çok yani.”(ÖÜ-5)

“Hastanın şiddeti inkâr etmesi tesadüfen saptadığımız da olabiliyor. Böyle bir durumda dediğimiz gibi psikiyatri ve ilgili birimlere yönlendiriyoruz zaten bu noktada biz aşamıyorsak bu işi profesyonellere bırakıyoruz yani çok öykü hasta bize vermek istemiyorsa öyküyü almak konusunda çok fazla irrite edecek şekilde ısrarcı olmamaya çalışıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Yani, ee, birkaç hasta mesela söylemek istemedi ama hani uygun şekilde konuşarak sadece bugüne kadar bir hastam darba uğradığını tamamen gizledi. İtiraf

eden çok fazla hastam oldu ilk önce söylemeyen çok hastam oldu ama bir hastam böyle bir şiddete maruz kaldığını söylemek istemedi.”(ÖÜ-8)

“Benim kendi hekimlik anlayışıma göre öncelikle ben hastayı içeri aldıktan sonra ilk olarak hani hastayı güzel bir şekilde özgü izole bir alana yanımda da bir hemşire arkadaş bir doktor arkadaşım ile birlikte yakınlarının da kendi isteğine bağlı olarak konuşurum.”(ATA1-10)

“Bu durumda ilk önce yapılması gereken şey mahremiyetin sağlanıp kişiye güven vermek. Öncelikle bu karşılaştığı durumun kendisinin kaderi olmadığını hani bu konuda yardım alabileceğini bu konuda devletin ve sağlık kurumlarının kendisine her türlü destek ve yardımlıkta bulunacağını söyleyip, bu konuda dürüst olması gerektiğini söyleyip, bu konuda ayrıntılı mahremiyeti sağlayarak sorgulama yapmak gerekiyor.”(ATA1-11)

“Onun dışında mesela acil tedavisi uygulanması gereken durumları yaptıktan sonra kişinin şeyi cevap verecek düzeydeyse bilinci ayrıntılı öyküye sonra geçilir. Zaten bu konuda bilgi alınır. Sadece kendisinden de değil mesela illaki şiddet uygulayan değil sonuçta onun destekçileri de geliyor mesela kadın kendisi diyor ‘ben düştüm’ diyor ama ablası getirmiştir ablası yok bu kocasından dayak yiyor dediği an o konuda şüphelenmek gerekiyor.”(ATA1-11)

“Merdivenden düşme olgusu olarak ambulans ile bir kadın hasta getirdiler. Vücudunda çok fazla lezyon bulunuyordu. Merdivenden düşmeye benzemiyordu. Kocasından darp edildiğini öğrendik. Ambulansta kocasından darp edildiğini söylemiş ancak ambulandan inince kocasının darp ettiği hakkında konuşmuyor.”(ATA4-5)

Öykü alma sürecinde;

“Genelde şöyle yapıyorum, ı a şeyi hastayı genellikle daha izole bir yere alıyorum. Tek başıma görüşebileceğim daha izole bir yere alıyorum. Bana söylemek istediğin başka bir şey var mı diye soruyorum. Bir şey gizlediği belli oluyor genellikle vakaların. Ondan sonra ı söylemek istemezse, senin bu yaraların ya da bu bulguların ı şüpheli bir şeyleri gösteriyor, sence de öyle mi? Diye onun fikrini soruyorum.

Genellikle böyle durumlarda açılıyorlar. Genellikle açılıyorlar. Ama açılmayan durumlarda oluyor. Onlarda da ıı bunu söylemek ister misin? Bahsetmek ister misin? diye ıı iyice şüphelenip de kendisi itiraf etmeyen vakalarda ıı psikiyatriye yönlendirip onların daha böyle özel, daha mantıklı konu hani ıı şeylerinde daha açıcı şekilde konuşabileceklerine güvenerekten psikiyatriye yönlendirdiğimiz vakalar oluyor genellikle.”(ATA4-2)

“Ya açıkçası biraz hani ıı izole odaya aldıktan sonra ben genelde hani baş başa konuşmayı tercih ediyorum. Ne oldu falan çünkü bazı şeylerini mesela düştüm diyor, “Nasıl düştün? İşte sol yanımın üzerinde düştüm.” diyor. ıı hadi bir şey yapalım muayene edelim falan dediğinde sağda da böyle bir şeyler var. Genellikle o tarz şeyler hani insanı şüphelendiriyor. “Burana ne oldu? Şöyle oldu işte oraya da düşmüştüm, vurmuştum. Ama bu yeni.” dediği zaman bir süre sonra şey oluyor yani çözülmeye başlıyor. Yani bizim toplumumuz zaten duygusal bir toplum. Biraz onu destiğın zaman ıı dertlerini hemen şey yapabiliyorlar yani.”(ATA4-3)

“Kendisi kişi zaten direk söylüyorsa buna yönelik pek bir zorlanma olmaz. Ama kişiden şüphelendiyseniz mesela işte kendisi düştüm diyor ama geçen haftada düştüm diye geldi vücudunda çeşitli yerlerinde hani istismarla ilgili morluklar var şüphelendikten sonra açmak gerekiyor. İşte bunun için öncelikle mahremiyeti sağlamak lazım. Özellikle şiddeti uygulayan kişi ya da kişinin yakınları yanındaysa bu çok zor bu tarz durumları sağlamak gerekiyor öncelikle.”(ATA1-11)

“Yani, şimdi hastaya tabi geldiği zaman kapıda ilk sorgulamamız şikâyetinin ne olduğudur. Acil servise başvuru şikâyetinin ne olduğudur. İşte bazı hastalar açıkça darp edildiğini söylerken bazı hastalar bunu net olarak söylemeyebilir. Eğer sizin, hastanın karşılaştığı fiziksel şiddetin veya hasta muayene bulgularının sizde uyandırdığı şüpheye dayanarak hastayı sorgularken farklı metotlar kullanarak bunun neye bağlı olduğunu anlamaya çalışabilirsiniz.”(ÖÜ-9)

“Yani bu biraz şey okullarda öğretilen şeyler işte şüphelenmek gerekiyor önce kişi bahsetmiyorsa kişi bahsediyorsa olay daha kolay oluyor zaten. Onun dışında vücudundaki hani dediğim gibi öyküyle fizik muayene uymuyorsa sık sık aynı şikâyetle geliyorsa kişi buna yönelik gidilir öncelikle iyi bir ayrıntılı bir anamez almak gerekiyor

öykü almak lazım kişinin güvenini sağlamak lazım bu konuda destek olabileceğine inanmak gerekiyor inandırmak gerekiyor yani daha doğrusu öyle.”(ATA1-11)

“Acil serviste benim karşılaştığım vakalar genelde hafif ya da orta düzeyde fiziksel şiddete ilişkin yaralanmalar ile gelen hastalardır. Genelde hasta şiddete uğradığını belirtiyor. Bazen hasta söylemiyor ancak fiziksel bulguların oluş şekillerine ilişkin derinlemesine sorgulayınca ya da üzerine gidince hasta söylüyor.”(ÖÜ-3)

“İşte diyorum ya aynı soruları farklı açılarla tekrar tekrar sorduğumuzda kişi aynı cevabı vermediğinde ortada başka bir sebebin olduğunu fark etmeye başlıyoruz. Yani kişiyi çünkü insan doğruyu her zaman söyler ama yalan söylediği bir şeyi ikinci kez aynı cümleyi kuramayacağından dolayı farklı bir yalan söyler. O yüzden aynı konunun farklı sorularla tekrar tekrar sorduğumuzda cevap veremediğinde ya da cevabı yanlış verdiğinde bu sefer fark ediyoruz. Sonrasında ona şöyle diyoruz ‘Bak başka sebepten dolayı olmuş sakladığın bir şey varsa bana söyle. Bu hakkından vazgeçme şu an saklarsan sen kaybedersin, ama burada şuan yaptığımızda bundan sonra bu şiddete maruz kalmazsın sen kazanırsın. Yani her zaman kendi lehine olan bir şeyden vazgeçme’ deyip güven sağlayıp ifadesini bu sefer doğru ifadeyi almaya çalışıyoruz.”(ATA1-12)

“Hastanın verdiği bilgilerin doğruluğunu da kontrol etmekte fayda olmaktadır. Bunun için de hasta ile birlikte eğer varsa hasta yakınlarının da gözlenmesi ve onlardan da bilgi alınması tanı için yararlı olacaktır.”(ÖÜ-2)

“Doğruluğunu kontrol etmenin diğer bir yolu da polisin olaya müdahil olması ile olmaktadır. Çünkü polisin dâhil olması gerek hasta gerekse de hasta yakınları açısından farklı psikolojik durumları ortaya çıkarabilmektedir. Polis ifade alırken hastanın yanında bulunmaya çalışıyorum. Polise verdikleri bilgiler ile bazen hekime verdikleri bilgiler birbiri ile örtüşmeye biliyor. Çelişkili beyanlar bu açıdan şiddet ya da istismara ilişkin doğru bilgiye ulaşmayı sağlayabilir.”(ÖÜ-2)

“Valla hani açıkçası hani olayın nasıl olduğu konusunda derinlemesine bilgi almaya çalışıyoruz. Ama bazen onların çok anlatmak istemiyorlar. Olabildiğince şey yapmaya çalışıyoruz.”(ATA4-3)

“Hasta da bizden herhangi bir şey gizlememesi için aileden de birinden de olsa da gizleyebilirler mantığıyla net bir bilgi alabilmek açısından tekrardan hani yanında varsa bir şekilde çıkartıp kendi bulgularımızı anlatmaya çalışıyoruz. Hani bu herhangi bir sebeple olmamış olabilir bu sebepten olmuş olabilir diyerekten kendilerine durumu anlatmaya çalışıyoruz kendilerinden olumlu dönüş almaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Ben ilk önce hastaya bu durumlar hani basit düşmeyle olmaz, düşme dediğini varsayalım, basit bir düşmeyle olmaz yaralanmaya benzemiyor. Bak şuraya birisi vurmuş, birisi yumruk atmış tarzında veyahut birisi sıkılmış tarzında bulgular var, beni kandırma şeklinde, ilk önce bu şekilde bir üslup kullanırım. Bak bunu söyle, bu senin için gerekli, kendisine olacak faydaları ön plana çıkartırım. Eğer yine söylemiyorsa bundan sonraki durumun kötüleşeceğini, hani sen bu kişiyi koruyorsun, gizliyorsun ama durum daha da kötüleşerek bizim önümüze gelebilir bunu söylerim. Yine itiraf etmediğini, en uç periyodu baz alalım. O zaman ben yine adli raporu tutuyorum. Hasta düştüğünü ifade ediyor. Tarafımca darp şüphesi vardır şeklinde not tutarak bildirim sağlıyorum.”(ÖÜ-8)

“...onun dışında dediğim gibi biz en azından burada iki doktor girmeye çalışıyoruz. Hem hikâyeyi teyit edecek başka bir kişinin yanımızda olması açısından, hem de hastanın fazla kişi görüp rahatsız olmamasından. Yani doktor bile olsa sıkıntı yaşayacak insanları insan sayısı bulunması yanında o açıdan aynı zamanda daha sessiz sakin ortamlarda daha çok konuya yönelik hikâyeyi duyduğumuzu gördüm o açıdan özel odalar sessiz ve özel odalar hastalar için daha faydalı olacaktır diye düşünüyorum.”(ATA1-9)

Adli bildirim sürecinde;

“Mesela vücudunda böyle ekimoz kalanlar dediğimiz morluklar varsa ve bunların süreçleri oluş şekilleri hani bahsettiği olayla eğer vücudundaki semptom birbiriyle çelişkiliyse o zaman olay adliye dönüyordu.”(ATA1-8)

“Şiddet gördüğünü gizleyen hastada bulgular gözlemlersek adli rapor tutuyoruz ve şüpheli olgu olarak hastane polisine bildiriyoruz.”(ATA4-5)

“Hasta şiddete uğradığını gizlese dahi hasta ile mutlaka konuşup hikâyeyi net olarak öğrenmeye çalışıyorum. Hasta inkâr etse bile şiddete ilişkin en ufak şüphem olsa bile derhal adli rapor tutuyorum ve bildiriyorum.”(ÖÜ-3)

“Şimdi şöyle onlar mesela öyle gelmiyor mesela işte diyor ki nefes darlığım var işte sırtını dinlerken görüyoruz mesela morlukları var o zaman biz soruyoruz. Bu nasıl oldu mesela yürürken ayağım takıldı düştüm çok mantıklı değil yani sırt üstü düşecek ve morluklar birbiriyle aynı yaşta dediğimiz şekilde hani dediğim gibi biri geçmek üzere biri yeni olmuş mesela o zaman orda bir çelişki uyanıyor. O zaman adliye dönüyor olay yani birazda üsteleyince hani kocanla iyi geçiniyor musun falan filan biraz çıkıyor oradan yani.”(ATA1-8)

“Akut ve kronik, sonuçta şey, bu ekimozların rengine göre biraz tahmin edebiliyoruz yani hemen şimdi mesela, göğüs ağrısıyla gelen bir hasta, ekimozu 3-5 gün olunca ve dün düştüğünü söyleyince bu şüpheli duruma getiriyor bizi. Ondan kaynaklı olarak ya da farklı farklı şey olması, renkli ekimozlarının olması. Bu bize daha çok darp edildiğini gösteriyor. Ondan kaynaklı olarak şey yapabiliyoruz. Biraz fikir verebiliyoruz yani.”(ATA4-10)

“...biz baktığımız zaman yok ya kapıya çarpmakla da bu olmaz gibi veyahut burada gizlediği bir şey var gibi bir şüphemiz varsa da her durumda biz adli kolluk kuvvetine bildirimde bulunuyoruz. Hastayı adli vaka olarak kabul ediyoruz. Buna binaen de adli rapor tanzim ediyoruz. Oraya da şu şekilde diyoruz ‘kapıya çarptığını beyan eden hasta’ diyoruz mesela. Altından sonrasında ne çıkıyor bilmiyoruz çoğu zaman.”(ATA4-1)

“Sorgularım. İıı, sorgularım evet. Düşünüyorum şimdi eğer söylemeyen biriye adli rapor tutar mıyım? Hayır, kendim düştüm falan diyen birine sanırım bugüne kadar hiç yapmadım. Sadece şüphem üzerine bir adli rapor tuttuğumu hatırlamıyorum.”(ATA4-9)

Tedavi sürecinde;

“Kendisi kişi zaten direk söylüyorsa buna yönelik pek bir zorlanma olmaz. Ama kişiden şüphelendiysek mesela işte kendisi düştüm diyor ama geçen haftada düştüm

diye geldi vücudunda çeşitli yerlerinde hani istismarla ilgili morluklar var şüphelendikten sonra açmak gerekiyor. İşte bunun için öncelikle mahremiyeti sağlamak lazım. Özellikle şiddeti uygulayan kişi ya da kişinin yakınları yanındaysa bu çok zor bu tarz durumları sağlamak gerekiyor öncelikle.”(ATA1-11)

“Profesyonel ekiple şey olması gerekiyor. Hani bu konuda hani yani gizliliği kimin sağlamasıyla alakalı bir durum var şimdi soruya nasıl cevap vereceğimi bilemedim. Ya dediğim gibi yani öyküsünü şeyini muayenesini ya da konuşulan şeyleri kendisine özel bir alanda yapmak gerekiyor hani. Ancak profesyonel bir ekiple olması gerekiyor. Bu konuda empati kurabilecek eğitim almış kişilerin olması gerekiyor çünkü tutup da ne bileyim ya hoş değil tutup bir başka personelin yanında konuşmak şey yapmak...”(ATA1-11)

“Kişi eğer reddediyor veya asla her hangi bir yardım da almak istemiyorsa onu hemen taburcu etmeyip bir süre tıbbi gerekçelerle ve ihtiyacı olan bakımı sunarken aralıklı olarak tek görüşme değil tek öykü fizik muayene şeklinde değil öykü kapsamında ya da iletişim kurmak adına bir iki görüşme daha yapmayı tercih ediyorum. Yani bir görüşme yapıp ‘tamam reddettin, tamam o zaman’ deyip değil. Çünkü süre uzadıkça işte aradan iki saat üç saat geçtikçe bireyin kendini dinlemesi ve karar vermesine müsaade etmek gerekiyor ve belki bir kez daha ve bir kez daha görüşme yapmak gerekiyor. Bu tür görüşmelerle kişinin kararını değiştirdiği de olabiliyor. Yani ona hemen o dakika bu seçeneği sunup hayır yanıtını alıp geri çekilmek değil de ilerleyen süreç içerisinde bir iki defa o şansı vermek gerekir. Eğer ona rağmen istemiyor ise yine de bu bildirim ben yapmak zorunda olduğumu, yani kendisi kendisini korumak adına savunmayı yapmak adına bir şey yapmayı tercih etmiyorsa bile bu şüpheli durumun benim tarafıma adli birimlere bildirilmesinin zorunlu olduğunu ifade ediyorum ve her durumda ben o bildirim yapıyorum.”(ÖÜ-1)

“Şöyle yapıyoruz özellikle şüphelendiğimiz olgularda adli olguya mutlaka çeviriyoruz. Bu yasada da verildiği için şüphelenilen durumlarda ve hastayla yine öykü tekrar yoksa da profesyonellerden yardım istiyoruz. Psikiyatri biliminden, gerekirse adli tıp anabilim dalını ilgilendiriyorsa onlardan da konsültasyonlar destek istiyoruz. Bize vermeyeceği öyküyü onlara verebilir diye ya da hastanın yaralanmasını bir

şiddete dair bir şey düşünüyorsa o zaman şüphemizi konsültana, atıyorum cinsel saldırısı bizi ifade etmiyorsa kadın doğuma da bunu bildiriyoruz hani biz böyle düşünüyoruz ama hastanın ifadesi değildir deyip onlarla devam etmesini sağlıyoruz.”(ÖÜ-7)

Tablo 4.24. Acilde Şiddete Uğrayan Kadın İle Görüşme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Tema
Şiddete uğrayan kadın ile görüşme sürecinde dikkat edilmesi gereken noktalar	Uygun görüşme ortamı sağlama sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - İzole oda sağlamalı *Mahremiyeti sağlamalı *Yakınlardan uzak ortam sağlamalı *Işık ve sestten uzak olmalı¹⁰ - Güvenlik personelinin desteği olmalı - Hastanın sürece uyumunu sağlamalı
	İletişim kurma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Biraz bekletme bekletmeli - Cesaretlendirmeli - Güvenliğini sağlamalı - Güvenini kazanmalı - Birebir görüşme ortamı sağlamalı - Hasta yakınlarını uzaklaştırmalı - Tıbbi ihtiyaçlarını öncelemeli - Hekim sakinleşmeli - Hastayı izole ortama almalı *Güven ortamı sağlamalı *Sessiz ortam sağlamalı - Yardımcı personel tayin etmeli *Kadın personel desteği almalı - Lüzum dâhilinde kadın hekim tayin etmeli - Hastanın güven duygusunu zedelememeli - Hastayla güven ilişkisi kurmalı - Hastanın travmasını arttırmamalı - Hastayı yatıştırmalı - Uygun beden dili kullanmalı - Uygun ses tonu kullanmalı - Hastaya ismiyle hitap etmeli - Hekim kendini tanıtmalı
	Öykü alma sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın kendini ifade şeklini değerlendirmeli - Hastanın duygu durumunu değerlendirmeli

		<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın eğitim düzeyini değerlendirmeli - Hastanın konuya verdiği önemi değerlendirmeli - Hastanın jest ve mimikleri değerlendirmeli - Birebir konuşmalı - Hastayı sakinleştirmeli - Olayın detaylarını öğrenmeli - Uygun zamanı beklemeli *Hekimin uygun zamanını beklemeli *Hastanın sakinleşmesini beklemeli - Öyküdeki tutarlılığı değerlendirmeli - Sorgulayıcı bakış açısıyla yaklaşmalı - Savunmasız grupların risklerini öngörmeli - Hastanın tutum ve davranışlarını gözlemeli - Hasta yakınlarını değerlendirmeli - Basit cümlelerle öykü almalı - Hastayı zorlamamalı - Hastayı ürkütmemeli - İki sağlık personeli ile öykü alma - Hastayı rahatsız etmeme - Yargılayıcı olmama
	Muayene sürecinde	<ul style="list-style-type: none"> - Fizik muayene yapmalı *Daha dikkatli muayene yapmalı *Lezyonları değerlendirme *Öykü lezyon uyumu değerlendirilmeli - Psikiyatrik muayene yapılmalı *İntihar düşüncesi değerlendirilmeli *Cinsel saldırı değerlendirilmeli *Anksiyete değerlendirilmeli *Uzun zaman ayırma

Araştırmaya katılanların ifadeleri doğrultusunda şiddete uğrayan kadın ile görüşme sürecinde dikkat edilmesi gereken noktalar bağlamında ortaya çıkan temalara ilişkin söylemler aşağıdaki gibidir:

Uygun görüşme ortamı sağlama;

“Yani şimdi hasta sürekli giren çıkan, hastane odasına giren çıkan birileri varsa buranın kendisini rahat ifade edebileceği fiziki şartları öncelikle çok önemli. Fiziki şartları sizin görünümünüz doktorun yaklaşımı personelin yaklaşımı hastanedeki tanıdık personelin bile olması içeride bunların hepsi. Mesela Ürgüp küçük bir yerdi herkes herkesi tanıyordu. Yani hastalar kendisini rahat ifade edemezdi böyle bir durumda diye düşünüyorum yani çünkü herkes herkesi tanıyor işte bir şey olacak yani hasta mahremiyetinin tam olarak iyi sağlandığı doktorun güven verdiği personelin güven verdiği bir ortam olsa daha iyi hasta için şey olur bu konu için .”(ATA1-6)

“...ama tabi böyle ortamların sağlanması hem bilgilerin güvenilirliği açısından hem de muayenenin netliği açısından önemli...”(ATA1-7)

“Öncelikle boş bir odada uygun bir görüşme ortamı sağlıyorum. Kapalı bir ortamda hastanın mahremiyetini sağladıktan sonra hasta için de uygun bir zamanda muayenesini gerçekleştiriyorum.”(ATA4-5)

“İdeal bir görüşme yani normal muayene şartlarında yani yine bir normal muayene tıbbi olarak gereklilikleri karşılayacak bir muayene odamız olmalı. Bunun dışında bu muayene odası olabildiği kadar dışardan gelebilecek nasıl söyleyeyim yani izole bir yerde olmalı...”(ATA1-7)

“...daha sessiz ve sakin bir odaya alıyoruz mümkünse tek başına kalabilecek bir odamızı ayarlamaya çalışıyoruz ki yine yanında çekinebileceği herhangi biri olmasın iki kişiden fazla yanında bulunmamaya çalışıyoruz yine çekinebileceği sayıda doktor yanında olmasın diye onun dışında hikaye için öncelikle kendisini telkinlerle sakinleştirmeye çalışıp daha sonra ayrıntılı bilgiyi almaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Tam olarak buna özel olmasa da dediğimiz gibi bunun için kullandığımız bir odamız var. Orda daha çok gerçekleştirmeye çalışıyoruz. Tabi bazen birden fazla vaka geliyor sadece biri orda olmuş oluyor ama genelde orda yapmaya çalışıyoruz. Mahremiyeti açısından da sadece o an orda bulunması gereken kişiler giriyor onun dışında kapıda bir tane güvenlik arkadaşımızı bekletmeye çalışıyoruz güvenlik görevlisini bu şekilde hem güvenliğini hem mahremiyetini sağlamaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Hani ideal ortamı şöyle kişinin yanından ister güvendiği ister güvenmediği ne olursa olsun tüm yakınlarını dışarı çıkartıyorum. İkincisi ben erkek bir doktor olduğum için bayan hastayı muayene ederken yanımda birde bayan hemşire alıyorum ve orda önce yumuşak sohbetlerle yani kişiyi bir konuşturmaya çalışıyorum. Çünkü genelde bu kişilerin yarısı ağlamaklı olduğu için konuşmak yerine tepkilerini ağlayarak dile getiriyor. Yani konuşmaya başlamak için basit konuşmalarla nasılsın nerelisin evli misin bekâr mısın çocuğun çocuğun var mı yani böyle bir hiç konuyla alakası olmayıp sadece kişinin dikkatini kendimize çekip olayı unutturup sonra yavaş yavaş olaya girip olabildiğince hastanın değil de benim yönlendirmemle doğru yola varıp olayın öyküsünü almaya çalışırım.”(ATA1-12)

“Zaten bir sağlık personeli mümkünse yanında birde yakını hani gene mümkünse yanında oluyor sestem ve ışıktan uzak tutmaya çalışıyorum.”(ATA1-10)

“Dolayısıyla hem yanında eşlik eden kişilerle çok temas etmemesi ve kendisini rahat ifade edebilmesi eşlik eden kişi babası annesi olabilir ve bunu duymak istemeyebilir. Eşlik eden kişi şiddeti uygulayan kişi olabilir ve bu da kendisini ifade etmesini bildirimini yapılmasını fizik muayenenin olması gerektiği gibi olmasına engel olabilir. Dolayısıyla yine mahremiyetin sağlanması lazım hatta adli mercilerin bile fizik muayene sırasında orda bulunması vs hani bunlar çok uygun şeyler olmaz hani ancak savcılık izniyle olabilen şeyler adli mercilerin bireyin fizik bütünlüğüne dokunulması ya da ona dahil olması ancak yasalarla olan hekimin sadece böyle bir hakkı var diğerlerinin böyle bir hakkı yok hani dolayısıyla bu mahremiyet ortamının sakinlik ortamının sağlanması kişinin sürece uyumunu belirleyecek olan konulardan bir tanesi.”(ÖÜ-1)

İletişim kurma;

“...bu kadar bu olay ciddidir hastayı vakit hastayı hani işte rahatlatma amaçlı hastaları tedavi ettikten sonra o hastayı tekrardan gidip işte biraz daha cesaretlendirme iletişim kurabilmeyi sağlama bu şekilde hastayı yine biraz bekletmiş olarak...”(ATA1-6)

“Şöyle genelde benim somut şekilde sadece şunu özellikle belirtiyordum buna mecbur değilsin devletin seni korumaya yetecek kadar gücü var. Eğer boşanmak ya da bu işten kurtulmak istiyorsak hani bir şeylerle güvenlikle görüşelim polislerle görüşelim ya da orda aktif olan daha çok kaymakamlık birimdir kaymakamla görüşelim buna mecbur değilsin her şeyin bir geri dönüşü var şeklinde hani bu şekilde telkinlerim oluyordu açıkçası.”(ATA1-8)

“Görüşürken, konuşurken. Sadece iletişimden bahsediyoruz dimi? Yani sonuçta bize daha çok bir şikâyet üzerine geliyor ya bu kişiler. İşte hani tutanak tutulması için polis eşliğinde falan geliyorlar. Yani haklı olduğunu anlatmaya çalışıyorum ben ona. Bunun arkasında durması gerektiğini, bu raporu mutlaka teslim etmesi gerektiğini söylüyorum. Bilmiyorum aklıma gelenler bunlar yani. Anladığımı aslında söylüyorum yani.”(ATA4-9)

“Bunlar hastayı olabildiği kadar kendi güvenliğini sağladığımızı belirtiriz. Onun dışında bu bilgilerin sadece doktorla hasta arasında kalacağını söyleriz söylememiz gerekiyor kesinlikle üçüncü bir şahıslara adli merciler dışındaki şahıslara bilgi verilmeyeceğini anlatmamız gerekir böyle ortamlarda hasta daha en azından kendine güvenir bir şekilde bize doğru bilgileri verebilir.”(ATA1-7)

“Ya öncelikle normal hastalara bile bakarken böyle bir hasta geldiği zaman çok daha naif bir hal alırım. Çünkü hasta zaten fiziksel bir şiddete uğruyor bunun yanında da ruhsal bir şiddet yaşıyor zaten hali hazırda ruh sağlığı da normal olmuyor. Çok daha sakın kalıp hastaya en azından ee burada gereken neyse yapılabileceğinin güvenini vermeye çalışırdım öncelikle. Çünkü bu güveni vermediğiniz zaman zaten hasta size güvenmeyecektir. Bunu gizleyebilir, bu konuda tedaviyi reddedebilir veyahut işte dediğim gibi biraz önce bahsettiğim gibi gidebilir.”(ATA4-6)

“Görüşme ortamını şöyle düzenliyoruz öncelikle dediğim gibi şiddet uygulayan tarafı uygulanan taraftan ayrı bir yerde tutmaya çalışıyoruz. İkincisi ben önceki çalıştığım yer için çünkü bur da hiçbir deneyimim olmadı önceki çalıştığım yer için söyleyim olabildiği kadar sağlık personelinin ve hasta yakınlarını dışarda bekletiyorum ve birebir bir görüşme ortamı sağlamaya çalışıyorum.”(ATA1-7)

“Hasta iletişim sürecine hasta yakınının ortamdaki uzaklaşmasını sağlıyorum. Hastanın yanındaki tanıdığı belki de şiddet uygulayan kişi olabilir. Bu açıdan iyi bir iletişimin sağlanmasında çok önemli.”(ÖÜ-2)

“Uygun zamanı şöyle birincisi eğer şiddet de hayati önem arz eden bir durum varsa önce onu çözmeye çalışıyorum. Yani örneğin ifadenin en başında kullandığım gibi üçüncü derece yanıği olan bir kişinin ben o sırada ayrıntılı ifadesini alamazdım. Ama kişinin mevcut bulguları bir hayati önem arz etmiyorsa eğer ilk yaptığım işlem yine ifade almak değil kişinin önce burada bir kendini güvende hissetmesini sağlarım. Belli süre bekletiyor yani mevcut tedavisini başlatıyorum sonrasında kişinin böyle biraz rahatladığını gözlemledikten sonra yakınlarını dışarı alıp kişiyle dediğim gibi ayrıntılı konuşmaya başlıyorum.”(ATA1-12)

“Yani bu tarz hastalarla genellikle kendim çok hani sinirliyse mesela farklı bir şeyden dolayı gerginsem biraz daha sakinleşip konuşmaya çalışıyorum. Yani ı hani ters bir davranışta bulunursan veya o an ki gerginliğimi fark eder de ı konuşmazsa, söyleyeceği şeyleri söylemezse gibi böyle bir şeyim var. Mümkünse biraz böyle beş dakika on dakika biraz daha erteleyip bir yüzümü yıkayıp geliyorum. Bu şekilde konuşmaya çalışıyorum.”(ATA4-1)

“Şöyle ki aslında bunu genellikle bizim triajda duran hemşire arkadaşlarımız ya da sağlık görevlisi arkadaşlarımız fark ediyor bu durumu. Onları genellikle zaten izole bir yere almaya çalışıyorlar. Genellikle bi o vakaları normal sıradan bir hastaymış gibi görmüyoruz zaten. Yani sıradan hemen hadi gel dâhili bir hasta gibi muayene etmek için çağırdığımız çok nadir oluyor. Genellikle o vakalar izole bir yere bizden önce alınmış oluyor. Ya da nispeten izole bir yere alınmış oluyor. Diğer hastalar gibi davranılmıyor. Ama diğer hastalar gibi davranılması gerekiyor mu diye sorarsanız belki de öyle davranılması gerekiyor. Belki öyle olduğu zaman daha rahat hissedecekler kendilerini ve daha rahat açılacaklar. Ama genellikle farklı davranılıyor. Bu ama iyi mi kötü mü bilmiyorum.”(ATA4-2)

“Yani öncelikle kadının güven ortamı içerisinde olması lazım diye düşünüyorum. Bazı şeyleri anlatıp hani destek bulabilecek şekilde güven ortamı içerisinde olması lazım. Ya birebir görüşmeler yapılması lazım. Hani, sakin sessiz bir

ortamda, kendini anlatabileceği bir ortam olması lazım. Uyarıların çok olmadığı.”(ATA4-8)

“Şöyle kimse öğrettiği için değil ama daha önceki tecrübelerimden dolayı genellikle bir tane hemşire ya da başka bir hani eğer bir kadınsa ıı bayan doktor arkadaşımı, genellikle bizde intörnler var. Bir tane intörnü yanıma alıyorum. Genellikle böyle şeylerde ben söylenen şeylere şahit olunması gerektiğini düşündüğüm için genellikle yetkili birini almayı tercih ediyorum. O da doktor arkadaşlarımdan, asistan arkadaşlarımdan birisi oluyor. Ya ne oluyorum, beraber görüşüyoruz. ıı eğer ondan tamamen rahatsız olursa o zaman onu da dışarı alıyorum. Birebir görüşme yapıyoruz. Şahitsiz oluyor ama yapılacak bir şey yok.”(ATA-2)

“Mutlaka ediyoruz çünkü olmalı. Sadece örnek olarak söylüyorum; şurama da vurdu dediği zaman bir hanımefendi burasını açtığı zaman vücudunun görünmesini istemeyeceği kısımları ve orayı açacak tek başına kalmak benim için çok cazip değil.”(ÖÜ-8)

“Bazen çok nadir de olsa hani sonuçta gelen kişi de cinsiyetçi davranıyor. Bazen çok nadir gördüğüm bir şey ama erkek olarak da yakınında bir erkek hekim olarak bir bayan almayı ve yahut da hani böyle davranan çok nadir var. Ama bunu sağlayabilirsiniz yani mutlaka yanınıza erkekseniz bir bayan, bayansanız bir erkek fark etmez genellikle burada bende bu söylediklerimle cinsiyetçi davranmış konuşmuş oluyorum ama ne yazık ki böyle bir şeyle karşılaşabiliyorsunuz nadir de olsa. Ama daha çok güven olayı yani sağladığınız an güvenliğini sağladığınız an kişi mutlak konuşuyor konuşmaya başlıyor. Yani az da olsa dediğim gibi bu söylediğim 2 vaka da hatırlıyorum yani iki vaka da hatırlıyorum böyle. Benim bana ifade etmeyip sonra bu olayın bir şiddet olduğunu öngördüğüm için bir başka hekim bayan hekim arkadaşımı gönderdiğim de daha farklı bir anlatmaya başladığını yaşadığı olayı var yani iki tane öyle bir vaka var.”(ÖÜ-5)

“Hastanın verdiği bilgiler ile hastayı getiren kişilerin aktardığı bilgiler karşılaştırılmalı ancak bu hastaya güvensizlik olarak yansıtılmamalıdır. Yoksa bu da bir iletişim sorunu ortaya çıkarabilir.”(ÖÜ-2)

“eğer aramızda yeterli bir güven ilişkisi kurabilirsek ve kendini ifade ettiği zaman bunun kendisine, yararına olabileceğine dair onu ikna edebilirsem, eğer genellikle açılırlar ve paylaşırlar bunu genellikle sorun kendilerini anlatma noktasında yaşanmaz genellikle.”(ÖÜ-1)

“Bir kere şey yapmam hani onun travmasını artırıcı cümleler kullanmam. Yani çünkü toplum tarafından böyle geliyor zaten hasta onu oraya getiren kişi de öyle işte eşine ya da eşi yaptı üzerinde konuşuyorsak eşine hakaret vs veya geri zekâlı işte böyle şey yapılır mı yani yazık kelimeleri kullanmam.”(ÖÜ-6)

“Ben direkt açıp boynuna bakmam. Çok nezaketsiz, çok irrite edici bir tavır. Hastayla arama direk barikat koyar, uzaklaşır ve rahatsız olur o nispette de. Ama ben hastayla konuşurken eğer sizin için uygunsa başörtünüzü kaldırıp örnek olarak söyleyeyim yahut kolunuz açarsanız sizin için uygunsa kolunuzu muayene edeyim. Aynen bu şekildeki bir üslup sergiliyorum ki ee psikolojik travmasını daha derin hale getirmemek lazım.”(ÖÜ-8)

“Olabilir tek sen değilsin başka insanlar da olabiliyor vs. Hani muhakkak bir çözümü vardır, ama şuan da önemli olan şey çocuğun var mı sorarım işte. Varsa senin kendini ayakta tutman lazım, çocuğun için varsın, sadece kendin için yoksun, gözyaşı değerlidir hepimiz şiddete maruz kalabiliyoruz. Sen böyle maruz kalıyorsun ama belki ben, sen beni bilmiyorsun psikolojik strese maruz kalıyorum başhekimimden vs. Hani hayat böyle, dik durmak lazım tek kendin yoksun kendin hakkında şu an da belki daha kötü şeyler düşünüyorsun ama çocukların var vs onlar için bir kere gözyaşın değerli. Ölümlü bir şey yok çocuklarına bir şey olmadığı gibi örnekler verip sakın olman lazım bu bir zaman süreç geçecek. Ama benim için senin şu an da fiziksel durumunda çok önemli sana yardımcı olacağım sen hani nerene ne olduysa hani bana göster. Çünkü buraya bunun için geldin belki daha sonrasında adli sürecin olacak çok önemli bir şeyin olursa da o yüzden sen bana yardımcı olursan bende sana yardımcı olacağım. O yüzden de kendini bir toparla derim toparlanmak için süreye ihtiyacın varsa isterseniz bekleyebilirim öyle ama en önemli şey orada sıkıntı yapan bazen eşikle vs geliyorlar onları hissedebiliyorsun ama onları soramıyorsun tabi ama güvenliği kesinlikle sağlamam lazım yani orada kimle geldiyse onları dışarı alıyorum.”(ÖÜ-6)

“Önce beden dili tabii ki kesinlikle beden dili çok önemli. Ses tonlaması çok önemli, hastaya ismiyle hitap etmek çok önemli, neden burada bulunduğunuz çok önemli, kendinizi tanıtmak çok önemli, onun vereceği bilgilerin onun yararına olacağını doğru bilgiler verirse daha iyi sonuç alacağına bunu hem söyleyerek hem de hissettirmek çok önemli.”(ÖÜ-7)

Öykü alma;

“Hastanın öncelikle kendini ifade edişi şekli en çok ona dikkat ederim ben. Hasta böyle korkmuş mu, kendine güveniyor mu, hasta bir şeyleri gizlemeye mi çalışıyor, göz teması kurmuyor mu, hastanın bilinç düzeyi, eğitim düzeyi nasıl, bundan ne kadar mustarip bazısı çok lakayt mesela çok lakayt davranabiliyor, sizin konuyu önemsedığınız kadar önemsemiyor. Burada işte olabilir o da sinirliydi bende sinirliydim gibi diyebiliyor. Bazısı da hatta bazısı onu bile korumaya çalışıyor. Var öylesini de gördüm ama bir şey yok anlaşıp gideriz falan diyen de oldu yani. Hastanın jest ve mimiklerine konuşma tarzından konuştuğu cümlelerin genel anlamda hastanın nasıl bir konu hakkında hâkimiyeti var mı yok mu konuya ne kadar bu konu hakkında ne kadar şey yapabiliriz biz anlatabiliriz aydınlayabiliriz o konuda iletişim sağlanabiliyor o konuda.”(ATA1-6)

“Şimdi dediğim gibi bizim Türk kadınları çok fazla kendilerinde şiddeti anlatmıyorlar. Yani biz ne kadar zorlasak bile bu tanı koymada baya zorlanıyoruz. Yani kişi çoğu şeyini saklıyor. Yani hep hani cevaplarının yarısından kelimeler yerine jest ve mimikleri gösteriyor. Yani ağlamaları, çekinmeleri, korkmaları bir şeyin altta olduğunu gösteriyor. Biz orayı irdeleyerek ancak bulabiliyoruz. İşte bu durumda önemli olan bizimde hastaya şey yapıyoruz güvence vermeye çalışıyoruz. Yani artık mevcut yaşadığı şiddetin son bulabileceğini o yüzden bize olabildiğince maruz kaldığı şeyi anlatıp bizim de onu doğru yönle yönlendirip bu durumu savunabileceğini dile getirip onu ikna etmeye anlatmasını sağlamaya çalışıyoruz ama yine de bu aşama çok kolay olmuyor.”(ATA1-12)

“Şöyle zaten o tür vakalarda araya kimse girmiyor birebir konuşuyorduk. Odaya geçiyorduk sadece ben ve hasta konuşuyorduk bütün formları falan kendim

dolduruyordum asla araya üçüncü bir kişi girmiyordu ne hasta yakını ne de bizden hemşire herhangi biri girmiyordu tüm her şeyi birebir hallediyorduk bu tür vakalarda.”(ATA1-8)

“Öykü alınmasında öncelikle yakınlarının yanından uzaklaştırıyoruz ki hastamıza öykü verecek ortamı sağlayalım. Daha sessiz ve sakin bir odaya alıyoruz mümkünse tek başına kalabilecek bir odamızı ayarlamaya çalışıyoruz ki yine yanında çekinebileceği herhangi biri olmasın. İki kişiden fazla yanında bulunmamaya çalışıyoruz yine çekinebileceği sayıda doktor yanında olmasın diye onun dışında hikâye için öncelikle kendisini telkinlerle sakinleştirmeye çalışıp daha sonra ayrıntılı bilgiyi almaya çalışıyoruz.”(ATA1-9)

“Yani şiddet öyküsü alınması konusunda önceden de dediğim gibi ‘ben şiddete uğradım darp edildim’ şeklinde bir şikâyetle hasta bize başvuruyorsa, önce hangi vasıflarla neyle şiddete uğradığını nasıl birkaç kişi tarafından, her hangi bir cisim kullanılıp kullanılmadığı veya nasıl bir olay sonrası geliştiği, alkol kullanımı, madde kullanımı bunlar hep bunları detaylı olarak mümkün olduğu kadar hastanın izin verdiği şekilde aslında veya cevaplamak istediği şekilde... Zaten ajite geliyor insanlar daha çok böyle sinirli geliyor mümkün olduğu kadar bunların bilgisini almaya çalışıyorum aslında.”(ATA1-10)

“Öykünün alınması uygun zaman, yani geldi hasta karşımda o anki durumu öyküyü vermeye hazırsa ben o konuda ekstra bir şey yapmıyorum. Ama hani çok dediğim gibi üzgün, ağlayan, ajite, sinirli veya kötü durumda bilgi vermek istemiyor olabilir hasta bazen hiç konuşmayabiliyor mümkün olduğu kadar öncelikle acil hekimi olarak ben adı üstünde acil servis ilk olarak akut semptomlarını hastanın rahatlatmak neyse ağrıysa ağrı acıysa acı duygusal bir sıkıntısı psikiyatrik olabilir konsültasyon veya bir rahatlayacak bir ortam sağlamak kendisini zorlayamam ne zaman öykü vermek isterse o zaman alırım hastalardan.”(ATA1-10)

“Öncelikle boş bir odada uygun bir görüşme ortamı sağlıyorum. Kapalı bir ortamda hastanın mahremiyetini sağladıktan sonra hasta için de uygun bir zamanda muayenesini gerçekleştiriyorum.”(ATA4-5)

“İçerisi gerçekten çok yoğun olduğu zaman, eğer hasta da beklemek istiyorsa ve bekleyebileceğini söylüyorsa ya da beklemekten yana bir sıkıntısı yoksa ortalık biraz daha sakinleşene kadar bekletiyoruz. Önce sakinleşsin ve sonrasında gözümüzden bir şey kaçmasın diye kenarda tuttuğumuz oluyor.”(ATA4-7)

“Uygun zamanı belirlemek demeyelim de bizim uygun olduğumuz zaman, diğer hastalardan fırsat bulduğumuz zaman daha uygunmuş gibi geliyor bize. Yani hastaya göre bir uygun zaman değil bu, acil servisin durumuna göre bir uygun zaman.”(ATA4-10)

“Hastayı muayene ve tedavi sürecinin başlaması ile ilgili uygun zaman öncelikle tirajdaki sıralaması sonra da hastanın muayene ve tedaviye hazır olması belirliyor. Çünkü bazen şiddete uğrayan kadın hastalar geldiğinde çok ağlıyor ve öyküsünü alamıyoruz. Bu sebepten hastanın sakinleşmesini beklemekte fayda oluyor. Hayatı tehdit eden durumlar var ise bu daha da önemli ve hastaya öncelik vermek durumunda kalıyoruz. Hastayı bekletirken bile özel alanda tek başına bekletmek de ayrıca iyi geliyor. Huzurlu bir ortam gerçekten şiddet mağduru kadın hastalar için çok önemli.”(ÖÜ-2)

“İşte verdiği ifadelerin tutarlılığına bakarım. Yani saklıyor mu, saklamıyor mu farklı sorularla tutarlılığına bakarım yani ona göre verdiği cevaptan tatmin olmazsam eğer o soruyu aradan biraz zaman geçip başka bir şekilde bir daha sorarım.”(ATA1-12)

“Ee, genellikle bizim karşılaştığımız eş veya sevgili şiddeti gibi şiddetler olabiliyor. Yani bir arkadaşımız da karşılaştığı geçenlerde, hastaya neyiniz var diye soruyor. Ne oldu size diye soruyor. Kapiya çarptım gibi bir cevap veriyor. Arkadaşın da kapıda bir şey var mı, kapiya bir şey oldu mu gibi sorusuna da şimdi yok ama yakında olacak gibi bir cevaptan, bu kişinin kapiya çarpma değil de başka bir kişi tarafından darp edildiği gibi bir yaklaşımda bulunabiliriz. Yani bunu buradan çıkarabiliriz.”(ÖÜ-9)

“Her şeyden önce böyle bir problemle karşı karşıya olup olmadığımızı konusunda bir farkındalığımızın olması ve bu yönde sorgulayıcı bir bakış açımızın olması lazım. Aynı şekilde korunması gereken diğer gruplar içinde yani kadın, çocuk

ve geriatric hastalar özellikle bu üç özel grup için böyle bir olasılığın olabileceği... Çünkü yardıma ihtiyacı olan ya da nispi toplum içerisinde düşkün konumunda olabilecek olan yaş gurupları toplum gurupları diyelim örneğin geriatric bir hasta ve çocuk olan bir hasta ya da bir grup tarafından suiistimal edilen bir genç ve kadın olan bir hasta gibi bu olasılıkları öngörmek lazım. Hikâyedeki tutarsızlıklar konusunda uyanık olmak lazım. Yaralanmalarla öykü arasında ki tutarsızlıklar konusunda uyanık olmak lazım hastanın yanında eşlik eden gelen bireylerin eşlik ettikleri sırada ki şüpheli tutum davranış ya da iletişim biçimlerine karşı algılarımızın açık olması lazım. Bireyin mahremiyet ihtiyacını anlamak lazım ve eğer öyle bir ihtiyaç varsa o ihtiyacı öngörüp ona bu mahremiyetine uygun ve kendisini ifade etmesine olanak sağlayan bir ortam sağlamak lazım ki ancak bu ortamda kendisini olması gerektiği gibi şiddet ya da herhangi başka konuda anlatabileceklerini anlatması için gibi her şeyin başında önce böyle bir problemden şüphe etmek eğer gizli ise çok görünür değilse bundan şüphe edebilmenin önemli olduğunu düşünüyorum. zaten çok görünürse fiziksel travma gibi fiziksel şiddet gibi çok görülür şeyler varsa onları tespit etmek kolay oluyor ama görünürde bir şey yok sayada gizilse yada hasta veya yakınları tarafından saklanan bir durum varsa onun hekim tarafından bulunup çıkarılabilmesi gerekiyor yardım edebilmek adına.”(ÖÜ-1)

“Basic cümlelerle temel cümlelerle. ‘Ne oldu? Bana anlatmak ister misiniz? Vücudunda bir takım kırmızılıklar bir takım morluklar görüyorum. Bunlar ne yaparken oldu? Ya da ne yapıyordun o sırada da bunlar oldu?’ gibi temel sorular mesela düştün mü burası bir yerden düştün de öylemi oldu ya da çarptın öyle mi oldu gibi sorular yani. Aslında kendi cümleleriyle durumu anlatmasına müsaade edecek cümleler kurmayı tercih ederim. Eğer zaten klasik yolların ya da olabilir durumların dışında bir durum varsa birey genellikle alışık olmadık şekilde yanıt vermeye meyilli oluyor. Yani sadece bu basit sorulara bile kaçamak cevaplar ya da çok basit üslup sorulara daha hassas reaksiyonlar vererek kendini ele veriyor. Eğer o şekilde yanıt verirse de kendini seni böyle hissetmene, seni böyle üzen, üzölmene neden olabilecek durumu benimle paylaşır mısın üzgün görüyorum seni şu an bu durumda bu şekilde hissetmene neden

olacak şeyi benimle paylaşır mısın diye kendisini açmasını sağlamaya çalışıyorum.”(ÖÜ-1)

“Ne olduğunu yani ne zaman ne olduğu konusunda soru soruluyor neyle olduğu hani olayın şikâyeti buysa hani şiddet olarak söylendiyse zaten hani kendisi doğru bilgileri veriyor. Ama öbür türlü sizin öngörünüz şiddete maruz kaldığı yönündeyse çünkü yanlış anamnez veriyor, farklı şeyler söylüyor. Öncelikle bir ne olduğu doğru söylemesi gerektiği ona göre bizim tedavimiz belki önlenebileceği şeklinde uyarı oluyor ama çokta hani zorlamadan yani hastayı da çok ürkütmeden açıkçası korkabiliyorlar. Çünkü sonuçta bir yakını şikayet etmiş gibi oluyor öbür türlü şey lazım tabi hani biraz daha hani yanında mesela başkalarının olmaması lazım zaten her hastada her hasta mahremiyeti olarak böyle bir bilgi anamnez verdiği başka hasta ya da başka kişinin olmaması lazım doktorla sadece doktorun olması lazım ya da doktorun yardımcısı sağlık personeli kimse o olacak başkalarının duymayacağı başkalarının hani buna tanıklık etmeyeceği tarzda bir anamnez almak lazım muayenesi şeklinde kimsenin görmeyeceği şekilde başka...”(ÖÜ-4)

“Birincisi hani hasta mahremiyeti çok önemli şiddet öyküsünü almak için, hani hastanın yakını ve etrafında kimse bırakmıyoruz. Mutlaka hasta muayenesinde iki kişi birden olmasını istiyoruz. Tek başına bir veri bilgi de olmuyor mutlak yanında bir şahitle birlikte duyulmasını istiyoruz. Zaten fizik muayene kuralları gereği de mutlaka öyle olması gerekiyor bu tür hikâyeleri alırken bilgileri alırken muayene yaparken. Çünkü sonra size söylediklerini inkâr edebiliyor veyahut da hani sizin de arada sizin hakkınız da ona kendisinin uydurduğunu söyleyebilirler. Sizin de yalan söylediğinizi söyleyebilirler mutlak bir iki kişiyle birlikte gidiyoruz bu da tabi özellikle kadınlarda inkâr etme oluyor çünkü hemen yanında ilerde kocası veyahut da başkası şiddete maruz kaldığı kişiler olup onu gördükçe onunda yaşadığı anksiyete korku nedeniyle inkâr etmeye başlıyorlar mutlak bir şahitle almak istiyoruz.”(ÖÜ-5)

“Eğitim almadık ama yani bir derste geçtiğini ben hatırlamıyorum. Ancak hastayı mutlaka tek olarak dinlememiz gerektiğini biliyorum. Çünkü kocasının yanında eşin mi seni dövdü sorusuna kolay kolay hiçbir hanımefendi evet kocam dövdü

yanıtını vermez. Hastanın tek olarak uygun bir ortamda dinlenmesi gerektiğini düşünüyorum.”(ÖÜ-8)

“Özellikle hastayı rahatsız etmeden olayın negatif yönlerini çağrıştırmadan, nesnel, yorum yapmadan, ondan sonra yargılayıcı olmadan hastanın kendi ifadeleriyle kendi keline anlatmasını istiyoruz. Bunu yaparken de uygun koşullar hastanın görüşme mahremiyetini özelliğinin sağlanması baş başa gerekirse baş başa görüşme gerekirse psikiyatri eşliğinde görüşme olanaklarının sağlanmasına dikkat ediyoruz.”(ÖÜ-7)

“Muayene esnasında rutin dediğiniz şeyi yani konuşmalar fizik muayenedir işte, psikiyatrik muayenedir, hastanın detaylı anamnezini almaktır. Yaşadığı süreci dinlemektir birazcık da uzun tutmak gerekiyor muayeneyi bu hastalarda ayrıntılı psikiyatrik muayene yapmak gerekiyor.”(ATA1-6)

“Yani bu görüşme sürecinde özellikle dikkat ettiğimiz şeyler tıbbi yönden dediğim gibi muhakkak muayenemizi düzenli bir şekilde yapıyoruz. Gerekli tahlilleri tetkikleri istedikten sonra hastanın hani psikiyatrik yönü değerlendirmek çok elimizde olmuyor. Biz kadına şiddet olgularında daha çok tıbbi yönden değerlendirme yapabiliyoruz.”(ATA1-7)

“Gerçekten çok görmediğimiz için belki, hani dikkate aldığımız unsurlar... Hani daha fazla muayene aşamasında, muayene aşamasında belki daha çok dikkat ederek bakıyoruzdur. Yani, psikolojik olarak destek olunabilecek bir şey var mı yok mu ona bakılıyordur. Uzun zaman oldu aslında bakmayalı belki de yani.”(ATA4-8)

“Evet, yapıyoruz genelde. Darp şekli darpla gelen yaralar daha farklı oluyor hani vücudunda işte eski yeni vücudun belli bölgelerini alan yaralanma şekli işte mesela sopayla vurulma şekilleri şey diyorsunuz farklı diyorsunuz ve yahut da işte vücudun daha az travma alan bölgesini travma almaya başlamış olması bunların hepsini fark ediyorsunuz.”(ÖÜ-5)

“Ama acil servise gelen bir hasta, birden çok yaralanma varsa ve bu yaralanmaların yaşları farklılık gösteriyorsa. İşte vücudunda ezikler var diyelim, birisi yeşil birisi sarı birisi daha yeni kırmızı gibi varsa bu hastanın belirli aralıklara şiddete uğramış olduğunu görebilirsiniz. Veya vücudunda çok sayıda kırık olan bir hastada

kırık yaşlarına bakarak farklı dönemlerde farklı şiddete uğramış olabileceğini ön görebilirsiniz.”(ÖÜ-9)

“Kendini gizlemeye çalışanlar oluyor. Mesela şiddet görmediğini düşündüğü ama daha çok mesela fiziksel şiddete darpla ilgili adli tıp bulgularımız vardır. Onları muayene ediyoruz onları görüyoruz. Mesela işte çoklu zamanlarda şiddet görüp çeşitli yaraların yaşları farklı olabiliyor bunları tespit ediyoruz. Bu durumda hiçbir şey söylemese bile hemen bunu biz hani normal bir olay olmadığını şiddet görüp görmediğini kendimiz direkt ikili görüş şey aile yakınları ve yahut da hastanın yakınına dışarı çıkararak bunları sorguluyoruz. Bazen yaşlılarda bile olabiliyor. Mesela yaşlı hastalar da geliyor bakıcıların şiddeti olabiliyor onlarda da benzer şeyler muayene bulgularıyla birleştirip sorguluyoruz kendileri de ifade ediyor muayene bulgularıyla da tespit ettiğimiz zaman bizde hani geri dönüp tekrar sorgu her şeyi değiştirebiliyoruz.”(ÖÜ-5)

“Tabi öncelikle öykü demiştik. Öyküyle beraber muayeneyi yapıyoruz. Öykü ile muayene arasında tutarsızlık var mı ona bakıyoruz. Onları sorguluyoruz hani normal bir hasta muayenesi nasıl yapıyorsak onu yapıyoruz.”(ÖÜ-7)

“Bir standart öykü ne zaman oldu nasıl oldu kim yaptı bu standart sorulardır. Sonrasında bir de hangi yer bazı uzun süreli şiddete maruz kalanların tek izleri olmuyor, yeni yaraları eski yaraları bu ne zaman oldu onları tespit ettiğimiz zaman onların geçmişini kim tarafından ve ne şekilde yapıldığını hepsini tek tek soruyoruz. Sonrasında bu fiziksel muayenesi birde psikolojik muayenemiz var yani kişiyle iletişim kurmaya ne kadar oryante koopere yani durumdan ne kadar etkilenmiş eğer kendini ifade edemeyecek savunamayacak yada olaydan algısı bozulmuşsa eğer psikiyatrik konsültasyon da isteyerek bizim şeyimiz ayrı yapacağımız şey varsa ona göre değerlendirip kişinin ne kadar bu duruma maruz kaldığını travmadan onu sonrasında aldığınız o fizik muayenelerde sadece kırık çıkık cilt yaralanması değil ama aynı zamanda tecavüzde varsa eğer o zaman ilgili bölümlere vajinal tecavüz varsa kadın doğuma anal tecavüz varsa genel cerrahide gösteriyoruz ya da birazcık şüphe duyduğumuz bile varsa hani kendi tecavüzden bile bahsetmiyorsa korkuyorsa ama kişinin görüntüsü bir tecavüze uğradığını gösteriyorsa yine gösteriyoruz.”(ATA1-12)

“Onu da biz acil olarak daha çok biz suicidal düşünce üzerinde duruyoruz. Biz daha çok psikolojik olarak psikolojik muayene olduğu kadar yapıyoruz aslında suicidal düşüncesi olup olmadığı ajite saldırgan mı hani biri duygu durumu hakkında daha çok gözlemimizle aslında yapıyoruz. Hastaya bizzat sormuyoruz bunu da daha çok psikiyatri konsültasyonu suicidal ve cinsel tacizlerde şiddetlerde psikiyatri kesinlikle yapıyoruz.”(ATA1-10)

“Biz burada çok yapmıyoruz aslında ama hani, ee, geliş psikolojik durumuna da bakarak hani anksiyetik durumuna bakarak bazen psikiyatri desteği alınabilir. Yani ona göre yapılıp alınabilir. Yapmadım şimdiye kadar ama, yani.”(ATA4-8)

“Muayene esnasında rutin dediğiniz şeyi yani konuşmalar fizik muayenedir, işte psikiyatrik muayenedir, hastanın detaylı anamnezini almaktır, yaşadığı süreci dinlemektir. Birazcık da uzun tutmak gerekiyor muayeneyi bu hastalarda ayrıntılı psikiyatrik muayene yapmak gerekiyor.”(ATA1-6)

“Ya çok yapamıyoruz, açıkçası burada mümkün olduğunu düşünmüyorum. Hani eski çalıştığım yerde evet dediğim gibi yarım saati bulan görüşmelerimiz oluyordu hasta gelmediği sürece ama burada en fazla beş dakika vaktimiz var.”(ATA1-8)

“Ben istisnasız tüm şiddet olaylarında, hani kadına şiddet olaylarında ayrıntılı 10 dakika konuşma zamanına kadar mutlaka bekletiyorum. Hani en azından 10 dakika mutlaka konuşuyorum. Bak şimdi eğer sen bunu saklarsan yarın daha da artabilir, şunu yapabilir, şu şekilde travmalarla gelebilirsin. Bak yasal olarak da hakların var. Bunları ayrıntılı olarak konuşmaya çalışıyorum.”(ÖÜ-8)

4.5. Gözlem Notlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında veri toplanan altı üniversite hastanesi acil servisinde, her birisi için belirlenen saat aralıklarında elde edilen gözlem notları hastane isimleri de anonimleştirerek veriler işlendi. Elde edilen gözlem bulguları ışığında her bir acil servise ilişkin ilgili konu başlığı altında, acil servisin triaj öncesi alanından kırmızı alanına kadar belirlenen sorunlu noktalar tablo haline getirildi. Okuyucu için ise her bir tablonun altına gözlem notları eklendi.

Tablo 4.25. Acil Servislerin Fiziksel Ortamına İlişkin Sorunlu Noktalar

Fiziksel ortam	Triaj öncesi alan	Triaj alanı	Yeşil alan	Sarı alan	Kırmızı alan
H1 (01.00-05.00)	-Yetersiz bekleme salonu	-Yetersiz muayene ortamı -Hasta ve yakınlarının etkileşimine açık ortam (bilgi gizliliği sorunu).	- Mahremiyet sorunu - Olumsuz tedavi şartları	-Kalabalık tedavi ortamı -Bilgi gizliliği sorunu - Mahremiyet sorunu -Hastaya uygun olmayan tedavi ünitesi	-Diğer hastaların olumsuz etkileneceği tedavi ortamı (resüsitasyon odası ile aynı ortamda)
H2 (05.00-09.00)	-Küçük bekleme salonu	- Mahremiyet sorunu	- Sarı alanla ortak kullanım	- Mahremiyet sorunu - Mahremiyet sorunu(diğer hastalara karşı) - Mahremiyet sorunu(refakatçilere karşı) - Mahremiyet sorunun olumlu katkısı (hasta takibi)	
H3 (09.00-13.00)	-Dijital ekrandan hasta sıra takibi (bilgi gizliliği sorunu) -Tahlil sonuçlarının paylaşıldığı dijital ekran(bilgi gizliliği sorunu)	-Bilgi gizliliği sorunu	-Triaj ile ortak kullanım		
H4 (13.00-17.00)			-İntörnün tahlil materyali alması		
H5 (17.00-21.00)	- Seyyar satıcı	- Mahremiyet sorunu	- Triaj alanıyla ortak kullanım	- Altyapı sorunu - Mahremiyet sorunu	-Yetersiz yatak sayısı
H6 21.00-01.00)	- Küçük bekleme salonu	- Yetersiz triaj alan imkânı - Bilgi gizliliği sorunu	- Triaj alanıyla ortak kullanım - Yetersiz müşahede ortamı (mahremiyet sorunu)	-Altyapı sorunu -Mahremiyet sorunu - Hastaya özel ortam sorunu	

Fiziksel Ortam

Triaj öncesi alan

- Büyük bir acil girişinden hastaneye giriliyor. Sol tarafta çocuk acil girişi, sağ tarafta ise erişkin acil girişi bulunmaktadır (H1).
- Orta alan gerek çocuk acil gerekse de erişkin acil için hasta yakınlarının bekleme salonu olmakta. Oturarak yaklaşık 30 kişi burada bulunabilir ancak bu saatte tahminen 60 kişi bu alanda bulunmakta (H1).
- Bekleme salonunun hemen ortasında hem çocuk hem de erişkin acil hastaların hızlı bir şekilde kayıtlarının yapıldığı sekreterlik bulunmaktadır (H1).
- Çocuk acil ve erişkin acilin bir girişi bulunmakta. Ortada küçük bir bekleme salonu bulunmakta ve toplamda 25 kişi oturacak şekilde koltuk bulunmaktadır (H2).
- Bekleme salonunun ortasında bir banko vardır ve burada hem çocuk acilin hem de erişkin acilin hastaları için kayıt işlemleri gerçekleştirilmektedir (H2).
- Acil servisin bu bekleme salonunda acil servislerin triaj alanı, yeşil sarı ve kırmızı alan ile ilgili bilgilendirme amaçlı bir levha asılı bulunmakta ve acillerin işleyişi güzel bir görselle anlatılmaktadır (H2).
- Bu görsel bilgilendirme kısmında Triaj alanlarının haricinde bir de uyarı notu eklenmiş ve “unutmayın! Gereksiz her bir başvuru başka bir yaşamı sona götürebilir” ifadesiyle hasta ve yakınlarına mesaj vermektedir (H2).
- Acil servisin 2 tane girişi bulunmakta. Birisi kendi imkânları ile gelen hastaların giriş yaptığı bölüm, diğeri ise ambulans ile acile gelen hastaların giriş yaptığı bölüm. Hastaların acil servise girişte yaşaması olası olumsuz bir fiziksel koşul bulunmamakta (H3).
- Triaj bölümünden hemen önce hastaların ve yakınlarının beklediği bekleme alanında yaklaşık olarak 80 kişinin oturarak bekleyebileceği bir bekleme alanı bulunmaktadır (H3).
- Bu bekleme alanında koltukların hemen karşısında herkesin görebileceği dijital bir ekran bulunmakta. Bu dijital ekranı okuduğumuz zaman Triaj da

muayenesi kabul edilen hastaların listesini görmekteyiz. Bu listede muayene sırası bekleyen hastaların isimlerini ve kaçınıcı sırada olduklarını çok net bir şekilde takip edebilmekteyiz. Ayrıca bu ekrana erişkin hastaların bazılarının isimlerinin karşısında 65 yaş üstü yazıldığı da görülmektedir (H3).

- Bu bekleme salonu aynı zamanda çocuk acil ile de ortak kullanılmakta ve karşındaki ekranda çocuk hastalar için de 7 yaş altı için bir uyarı işareti yazmaktadır (H3).
- Ayrı bir ekranda ise yine acil serviste değerlendirmesi yapılan hastaların sonuçlarının çıktığına dair takiplerin yapıldığı bir ekran herkesin görebileceği şekilde yayın yapmaktadır (H3).
- Ayrıca acil serviste hafta içi 16.00 ile 24. 00 saatleri arasında ortopedi, genel cerrahi ve nöroloji uzmanlarının muayene yaptıkları ve istenildiği takdirde bu uzmanlardan randevu kaydı yapılabileceği hastalara bir afiş ile duyurulmaktadır (H3).
- Hastaların triaj alanına girişinde güvenlik görevlilerinin beklediği bir desk bulunmakta ve bu güvenlik görevlileri hasta ve yakınlarının acil servis alanına girişini kontrol altında tutmaktadırlar (H3).
- Bekleme salonunun kenar bir yerinde polis odası bulunmakta (H3).
- Ayrıca burada döner sermaye vezne ve kayıt kabul edilen sekreterlik bulunmaktadır ve hızlı bir şekilde hasta kaydı gerçekleştirilmektedir (H3).
- Bir taraftan da ortamda bulunan kantin vardır. Bu alanda beklemekte olan hasta ve yakınlarına ihtiyaçlarına yönelik yiyecek ve içecek satışı gerçekleştirilmektedir (H3).
- Acil servisin iki büyük girişi bulunmakta. Bir giriş hastaların acil servise başvurduğu diğer giriş ise ambulanslar tarafından getirilen arrest hastaların kabul edildiği giriş (H4).
- Ambulans ile gelen arrest hastaların haricinde kabul edilen diğer girişten hemen önce hasta yakınlarının bekleyebileceği geniş bir bekleme salonu ve bir de kantin bulunmaktadır. Bu alanda bekleyen hasta yakını sayısı yaklaşık 80 kişi civarındadır (H4).

- Triaaj alanına girerken hastaların geniş bir kapıdan geçmeleri de gerekmekte ve otomatik olarak açılıp kapanan bu kapıda girişlerin kontrolünü sağlayan iki güvenlik görevlisi durmaktadır (H4).
- Hastanenin bu bekleme alanında bir de çocukların oynaması için oyun odası da tasarlanmıştır (H4).
- Acil servis iki girişten oluşmakta. Bir giriş ambulans girişi diğeri ise ayakta hasta girişi (H5).
- Ayaktan hasta girişinin hemen 1 metre önünde simitçi tezgâh açmış ve simit satıyor (H5).
- Hastanenin önünde geniş bir ambulans manevra alanı bulunmakta. Araç trafiğine neden olacak bir durum gözlenmemektedir (H5).
- Hasta yakınları için ayrılmış olan bekleme salonunda ortamın tadilatı için katkı sunan kişi ve kuruluşların isimlerinin yazıldığı bir levha bulunmakta (H5).
- Acil servisi hasta girişinden girildiğinde yaklaşık 50 kişinin oturarak bekleyebileceği bir bekleme salonu ve bir de kantin bulunmaktadır (H5).
- Ayrıca duvarda ve herkesin görebileceği bir konumda acil servis kuralları, hasta hakları ve hasta ve yakınlarının sorumluluklarının yazılı olduğu levhalar asılı bulunmaktadır (H5).
- Acil servisin triaj alanına girişte detektör ve güvenlik görevlisi bulunmakta ve buradan hasta ve yakınlarının acil servisinin muayene tedavi alanına geçişini kontrol etmektedir (H5).
- Acil servise girmeden hemen önce sol tarafta hasta yakınlarının bekleme salonu bulunmakta ve yaklaşık 10 kişilik oturarak hasta yakını bekleyebilmektedir (H6).
- Triaaj öncesi alandan acil servise tek bir giriş bulunmaktadır. Acil servis çocuk ve erişkin acil olarak farklı kısımlarda hasta bakmaktadır (H6).
- Acil servise hemen girişte solda sekreterlik bulunmakta ve hem çocuk hem de erişkin acilin hastalarına kayıt açmaktadırlar (H6).

Triaj alanı

- Bir tane muayene sedyesi ve 8 kişinin oturabileceği koltuk bulunmakta(H1).
- Hastanın mahremiyetini sağlamaya ilişkin bir ortam olmadığı gibi hastaların ve yakınlarının birbirleriyle etkileşime çok açık bir ortam bulunmakta (H1).
- Triaj muayene odasında bir tane sedye ve monitör bulunmakta ve acil ilaç dolabı bulunmakta (H2).
- Hastanın vitalleri burada alınmaktadır. Ahşaptan yapılı ve kapı perde ile örtülmekte. Hasta mahremiyeti sağlamak için yetersiz. Hasta ile yapılan konuşmalar başka hasta ve personeller tarafından da duyulabilmektedir (H2).
- Triaj alanı aynı zamanda yeşil alan olarak da kullanılmakta ve 5 tane kapısı olmayan bölüm bulunmakta ancak içerideki hasta mahremiyeti perdeler yardımı ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu 5 odadan bir tanesi tahlil için hastalardan örnekler alınan oda olarak kullanılmaktadır (H3).
- Bu bölümde 3 tane hekim bulunmakta ve hastalardan istedikleri tahlilleri Triaj alanının girişinde bulunan hemşire tarafından alınıp laboratuvara gönderilmektedir (H3).
- Hastanenin triaj alanına girdiğimizde ise 3 tane triaj odası ve bu odaların hemen karşısında muayene odaları görülmektedir. Muayene odaları dışarı ile etkileşime engel olacak şekilde muazzam yapılmış ve hastaların mahremiyetinin sağlanması ve kendilerini güvende hissetmeleri açısından iyi dizayn edilmiştir (H4).
- Triaj alanının hemen yanı başında bir de sosyal hizmet birimi bulunmakta. Mesai saatleri içerisinde bir de sosyal hizmet uzmanı bulunmakta (H4).
- Acil servis girişindeki muayene odalarından bir tanesi de ayrıca jinekolojik muayene odası olarak tasarlanmış ve hastanın güvenle izole bir şekilde muayene olmasına uygun bir ortam olduğu görülmüştür (H4).
- Triaj alanına güvenlik noktasını geçerek girmekteyiz. Hemen sol tarafta hemşire masası bulunmakta ve hastaların kayıtları yapılarak triaj muayene odasında bulunan hekime dosyası ile gönderiliyor (H5).

- Burada iki muayene odası bulunmasına rağmen birisi bir hekimin ön muayene yaptığı oda olarak, diğeri de hastadan EKG ve tahlil materyalleri alınan oda olarak kullanılmaktadır (H5).
- Hastalarda çoğu zaman diğeri hastaların içinde öykü alınıyor ve hasta mahremiyetine dikkat edilmiyor (H5).
- Triaaj alanı bir doktor odası ve bir de muayene sedyesinden oluşmaktadır. Bu triaaj alanı tahta bir panel ile çevrilmiş ve yüksekliği yaklaşık 2 metredir (H6).
- Bu alanda hastanın kendisi ile ilgili verdiği bilgiler kapı kapalı da olsa yakın mesafedeki kişiler tarafından rahat bir şekilde duyulmaktadır (H6).

Yeşil alan

- Bu alanda 3 tane sedye 8 tane koltuk bulunmakta (H1)
- Ortamda hasta mahremiyetini sağlayacak olan bir fiziksel imkân bulunmamakta (H1).
- Sedyelerde yatarak koltuklarda oturarak hastalar tedavi edilmektedir. Gerek yatan hastalar gerekse de oturan hastalar tedavi alırlarken birbirlerini görmektedir. Bu ortamda küçük cerrahi girişimler de yapılmakta (H1).
- Yeşil ve sarı alan birlikte kullanılıyor (H2).
- Triaaj alanı ile ortak kullanılmaktadır (H3).
- Triaajda tedavisine karar verilmiş hastaların bu alana geçmelerine müsaade ediliyor ve tedavileri düzenleniyor. Yeşil Alan hastalarının tedavisini üstlenen bir asistan hekim olmasının yanında tahlil için materyalleri alma işlemlerini intörn hekimler gerçekleştirmektedir (H4).
- Yeşil alan burada aynı zamanda triaaj alanı olarak kullanılıyor (H5).
- Hastaları ayaktan tedavi ediyorlar (H5).
- Yeşil alan aynı zamanda Triaaj alanı olarak kullanılmaktadır (H6).
- Müşahede odalarında ise yataklar arasında perde dahi bulunmamakta (H6).

Sarı alan

- 6 tane muayene odası yazılı olarak göze çarpmasına rağmen içeride toplamda 20 civarında yatak bulunmakta (H1).
- Yataklar arasında hasta mahremiyeti perdeler ile sağlanmaya çalışılıyor ancak bir hasta ile ilgili yapılan değerlendirme sesli olarak yatarak tedavi alan hasta ve yakınları tarafından duyulabilmektedir (H1).
- Bu alanda kırmızı alandaki gibi ağır olduğunu düşündüğümüz hastalar da yatmaktadır. Hekimlerin kendi aralarında bir hasta için aslında yoğun bakım hastası ancak burada müşahede ediyoruz dediği duyuldu (H1).
- Bu alanda bir travma odası ve 3 muayene odası bulunmaktadır (H2).
- Kapıları ahşaptan ve hasta mahremiyetinin sağlanması için yeterli olsa da odaların içerisinde iki yatak bulunmakta ve bu yatakların arası perde ile ayrılabilir. Dolayısıyla aynı oda içerisinde diğer hastadan mahremiyeti gizlemek mümkün olmamaktadır (H2).
- Muayene odalarının haricinde diğer kısımlarda 8 yataklı başka bir birim vardır. Bu birimde yatarak hasta takip edilmektedir. Yataklar arasında perde bulunmakta ve hastaların mahremiyetini sağlamak için uygun bir ortam bulunmamaktadır (H2).
- Ayrıca bir hasta ile olan konuşma odadaki diğer hasta ve yakınları tarafından duyulabilmektedir (H2).
- Bu bölümün ortasında hemşire deski bulunmakta ve her bir hastanın en ufak çağrısına cevap verebilmek için hastayı görebilecek şekilde perdeler açık tutulmaktadır (H2).
- Sarı alan çok geniş bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplamda 13 tane yatak özel bir odada bulunmaktadır (H3).
- Her bir odanın girişi cam ve sürgülü bir kapı ile örtülebilmektedir. Cam kapı ile kapatılabilen bu alan perde ile içerinin görünmemesi sağlanabilmektedir. Bu da hastanın mahremiyetinin sağlanması ve tedavisi ile ilgili olarak hastaya özel bir alan oluşturulabilmesi açısından önem arz etmektedir (H3).

- Sarı alandaki her bir odada hastaların ihtiyacına göre monitör kullanımına açıktır (H3).
- Her bir odada hastanın refakatçisinin de oturabilmesi için koltuk ve ihtiyaç dahilinde kullanılması için el yıkama ve temizlik amaçlı lavabolar bulunmaktadır. Hasta yakınlarının ortamda bulunması diğer yatan hastalar ile etkileşime ortamı açık hale getirmiyor ve her bir hastanın yanına sadece bir tane hasta yakını bulunduruluyor (H3).
- Sarı alanda toplamda 9 tane monitörlü yatak görülmektedir (H4).
- Hastaların bulunduğu ortam dışarıdan hekimlerin takibini kolaylaştıracak şekilde tasarlanmış. Yan yana olan hastalar birbirini görmese de hekim ve hastaların temasını kolaylaştırmak için odaların kapıları perdeleri açık bir şekilde bulunmakta (H4).
- Sarı alanda toplam 11 yatak ve her yatak başında monitör bulunmakta (H5).
- Burada hastalar yatarak tedavi edilmektedir. Ortada sağlık personellerinin evrak işlemleri ve oturarak hasta takibi yaptığı bir desk bulunmakta. Tüm hastalar buradan takip edilmektedir (H5).
- Hastalar için özel odalar bulunmamakta ve bazı hastaların yanında refakatçileri bulunmaktadır. Yataklar arası perdeler bulunmakta ve ortamda konuşulan her şey herkes tarafından duyulabilmekte (H5).
- Sarı alanda dört adet monitör ile hasta takibi yapılabilen yatak bulunmakta ve bu yataklar arası tahta paravan ile ayrılmaktadır (H6).
- Hastanın yattığı alanın kapısı da olmadığı için hasta muayene edilirken perde çekilerek hasta mahremiyetinin korunması sağlanıyor (H6).
- Bir hasta ile ilgili olan tıbbi işleme ilişkin bilgileri herkes duyabilir. Hastanın takip ve tedavilerinin hastaya özel yapılması için uygun bir ortam olmadığı görülmektedir (H6).

Kırmızı alan

- Triaaj alanının hemen karşısında bir adet resüsitasyon odası bulunmaktadır. Bir tane resüsitasyon sedyesinden boş bulunmakta ve perde ile çevrilidir (H1).

- Resüsitasyon sedyesinden bulunduğu odada 4 adet yatak var ve bu yataklarda genel durumu iyi görünmeyen hastalar tedavi almaktadır. Hastalardan birinin şuur durumu kötü olup diğerleri etraflarında olan bitenleri ve hemen yanlarında yatan hastayı ve ona yapılan işlemleri görebilmektir (H1).
- Acil servisin hemen girişinde sağda iki sedye de bir respiratörden oluşan bir resüsitasyon odası bulunmaktadır (H2).
- Bir resüsitasyon odası boş olarak arrest olaylarına müdahale için bekletilmektedir (H3).
- Ambulans girişinin açıldığı kapının hemen arkasında 3 adet resüsitasyon odası bulunmaktadır. Bu resüsitasyon odaları CPR yapmak için donanımlı ve müdahaleye hazır bir vaziyette bekletilmektedir (H4)
- Bu alanda toplam 10 yatak bulunmakta ve görüldüğü kadarıyla durumu çok ağır olan hastalar bulunmaktadır (H4).
- Tüm hastalara monitörde takip edilmekte ve hasta yakınlarının girişine müsaade edilmemektedir (H4).
- Bu alan sarı alana gelene kadar olan hastane trafiğinden uzak şifreli kapıdan geçiş sağlanan bir birimdir (H4).
- Kırmızı alan resusitasyon odası ve ağır hastaların yatarak tedavi edildiği iki bölümden oluşuyor (H5).
- Diğer hastanelerde gördüğümüz kadarıyla resusitasyon odası boş bırakılırken burada iki tane durumu ağır olan ve monitörle takip edilen hasta bulunmaktadır (H5).
- Kırmızı alanda toplam 7 monitörlü yatak bulunmakta ve hastaların yaşlı gruptan olduğu görülmektedir (H5).
- Kırmızı alanda bir tane sedye vardır ve aynı zamanda resusitasyon odası olarak kullanılmaktadır (H6).

Tablo 4.26. Acil Servis Ortamının Sosyal Boyutuna İlişkin Sorunlu Noktalar

Ortamın Sosyal Boyutu	Triaj öncesi alan	Triaj alanı	Yeşil alan	Sarı alan	Kırmızı alan
H1 (01.00-05.00)	-Çok sayıda bekleyen hasta yakını -Öfkeli kalabalık	-Triaj personelinin yetkinliği (paramedik, intörn) sorunu -En yoğun acil servis bölümü - Kadın hastaların destek ihtiyacı	- Bilgi gizliliği sorunu		-Ağır hastaların mahremiyet sorunu
H2 (05.00-09.00)		-Triaj personelinin yetkinliği (paramedik, ATT) - Acil servise girişin kontrolü - Hasta kabulü sorunu	-Sarı alanla ortak kullanım		
H3 (09.00-13.00)		-Yoğun acil servis -Kalabalık ortam -Öykü alma sorunu	-Triaj alanı ile ortak kullanım		
H4 (13.00-17.00)	-İstenmeyen yoğunluk - Üzülen ve sevinen hasta yakınları	-Triaj yapan personelin yetkinliği (asistan hekim, paramedik) sorunu -İntörn eğitimi -Sağlık personellerinin duyarsızlığı(mahremiyet konusunda, bilgi gizliliği konusunda) -Hasta yoğunluğu - Karışık bir ortam	-Hasta yoğunluğu	- Hastaya uygun birim sorunu -Amacının dışında kullanılan oda -Kontrolsüz insan girişi	
H5 (17.00-21.00)	- Hasta yakınlarıyla seyyar satıcı etkileşimi - Hasta yakınlarını bilgilendirme (bilgi gizliliği sorunu) -Güvenlik görevlileri ile tartışan hasta yakını	- Gereğinden fazla hasta yakını - Hasta öyküsünün ortamda herkesçe işitilmesi - Ortama uygun davranmayan hasta yakını	-Triaj alanı ile ortak kullanım	-Mahremiyeti sağlamada özensizlik - Diğer refakatçilerin varlığı	-Farklı branşlara ait hasta takibi - Ağır hastaların güvenlik sorunu - Kalabalık ve gürültülü ortam
H6 (21.00-01.00)		- Triaj personelinin yetkinliği(intörn hekim) -İntörn eğitimi(öykü alma sorunu)	- Triaj alanı ile ortak kullanım		

Ortamın Sosyal Boyutu

Trijaj öncesi alan

- Her iki acil girişinde güvenlik görevlileri görünmekte ve hastane acil servis güvenliğini sağlamaktadır (H1).
- Acil servisin büyük girişinde hemen sağda hastane polisinin odası bulunmaktadır (H1).
- Burada erişkin ve çocuk acilde tedavi gören hastaların çok sayıda yakını bulunmaktadır (H1).
- Hastane güvenliğini sağlayan güvenlik görevlileri bu alanda hasta yakınlarının acil içerisine girmelerini ve acil servis içerisinde çalışmayı aksatacak lüzumsuz kalabalık oluşması önlemeye çalışmaktadırlar (H1).
- Yine bu alandan dışarıya mola vermek isteyen üniformalı sağlık çalışanlarının dışarıya çıktığı görülmektedir (H1).
- Erişkin acil servise ambulans ekipleri entübe bir şekilde yaşlı bir hasta getirdiler. Ambulansın hastayı getirmesinin hemen ardından yaklaşık 40 kişilik kalabalık bir grup acil servis önünde toplandı. Aralarında ağlayanlar öfke ile konuşanlar ve bunu yapanın yanına bırakmayacaklarını ifadeden öfkeli insanlar vardı (H1).
- Getirilen hastanın durumunun kötü olduğu belli idi. Yakınları kendi aralarında hastanın Sincan'dan bir hastaneden getirdikleri konuşuluyordu. Genel durumunun kötü olduğunun hasta yakınları da farkındaydı (H1).
- Bu alanda üç tane güvenlik görevlisi bulunmaktadır (H2).
- Sabaha karşı olduğu için diğer acil servislerle kıyasladığımızda acil servisin en sakin zaman dilimi olarak görmekteyiz (H2).
- Orta alanda iki tane hasta yakını beklemektedir (H2).
- Üç güvenlik görevlisi bulunmakta ve güvenliğe ilişkin bir durum olmadığı için güvenlik görevlileri de kendi arasında keyifli bir sohbet etmektedir (H2).
- Bekleme kısmında iki hasta yakını beklemekte ve birbirleriyle konuşmamaktadır (H2).

- Ayrıca temizlik görevlileri de temizlik işlerine odaklanmış durumdadır (H2).
- Hastane acili çok sakin durumdadır. Kimsecikler yoktur denebilir (H2).
- Hastane acili gözlem yapıldığı an itibarıyla sakin ve hasta yoğunluğunun olmadığı görülmektedir (H3).
- Ortamın sosyal boyutu incelendiğinde birbirleriyle bir hastanın yakınlarının hasta hakkında konuşmalarının yanı sıra farklı hastaların yakınlarının birbirleriyle konuşmaları ve birbirlerine tecrübelerini aktardıkları görülmektedir (H3).
- Ayrıca triajdan acil müdahale için kayıt yapılmak üzere gönderdikleri hastalar da sıra beklemektedirler (H3).
- Hastane aynı zamanda eski bir askeri hastane olduğundan dolayı da açık servis bekleme alanında askerlere de asker hastalara da rastlanmaktadır (h3).
- Bu ortamda damar yolu açılmış bir hasta bulunmakta ve yaşlı hasta tekerlek sandalye ile sıvı ihtiyacını gidermek için uygun bir yere çekilmiş. Hastanın bulantısı oldu ve birden orta yere kustu. Hastane görevlileri ortalığı temizlemek için temizlik görevlisi çağırdılar (H3).
- Güvenlik görevlilerinin hasta girişine engel olmadığı ancak içeride tedavi görmekte olan hasta yakınlarının girişine engel olduğu ve acil servisin tedavi alanında istenmeyen yoğunluğun yaşanmasına engel olma motivasyonunda oldukları görüldü (H4).
- Triaj öncesi alanda iki özel güvenlik görevlisi haricinde hastane polisinin bulunduğu bir oda ve burada görevli bir de polis memuru olduğu görülmüştür (H4).
- Bu alanda bekleyen hasta yakınlarını gözlediğimiz kadarıyla kendi hastaları hakkında konuşan gruplar olmakla birlikte farklı hasta yakınlarının birbirlerine iyi dilekler sundukları sosyal bir paylaşım ve destek ortamı oluştuğu görülmektedir. Bu ortamda hasta hakkında konuşulan konuların haricinde kantinden ihtiyaçlarını temin etmek üzere sorulan soruları da kapsamaktadır (H4).

- Triaaj öncesi bu alanda bazı hasta yakınlarının neşeli görünümüleri dikkat çekerken bazı hasta yakınlarının da üzüntü içerisinde oldukları uzaktan gözlem ile anlaşılabilir (H4).
- Acil servisin giriş kısmında simitçiden hasta yakınları simit alıyor. Simitçi de hastane içerisindeki bekleme salonundaki kantinden çay aldı ve simit satmaya devam etmektedir. Bu alanda tedavi edilen hastalarını bekleyen hasta yakınlarının bulunduğu görülmektedir (H5).
- Genel olarak burada hasta yakınları hastaları hakkında hekim tarafından bilgi verdiği görülmekte ve bu bilgilendirme hem güvenlik görevlisi hem de yakında bulunan diğer insanlar tarafından duyulabilmektedir (H5).
- Bu alanda içeride uzun süredir yatan hastanın yakınları olduğu düşünülen kişilerin yanlarında kıyafetlerinin ve pijamalarının bulunduğu çantalar ile bekledikleri görülmektedir (H5).
- Güvenlik görevlileri içeriye girmek isteyen hasta yakınlarıyla tartışma da yaşıyorlar. Ancak bu tartışma çok da sürmüyor (H5).
- Triaaj öncesi alan hasta yakınları için bekleme alanı ve acilde çalışan sağlık personellerinin açık havada mola verdikleri bir alan olma özelliği de göstermektedir (H6).

Triaaj alanı

- Burada paramedikler triaj yapmaktadır. Paramediklere ek olarak intörn hekimler de triaja katılmakta ve hastanın anamnezini herkese açık olan bu ortam koşullarında almaktadır (H1).
- Hasta muayene edilirken özel bir mekân oluşturulmaktadır ve muayene sedyesi bir perde ile çevrelenmektedir (H1).
- Hastaların en yoğun geldiği ve ilk değerlendirmelerini yapıldığı yer olarak görüldü. Hasta mahremiyetinin sağlanmasının mümkün olmadığı bir ortam. Güvenlik görevlileri de dahil herkes bu alanda bulunabilmektedir (H1).
- Tedavi alan hastalar genel durumu kötü görünmemektedir. Hasta yakınları da hastaların yanında ihtiyaçlarını gidermek için bulunmaktadır (H1).

- Özellikle kadın hastaların yanında bir de yakını bulunmaktadır (H1).
- Triaaj hastanede hemşireler, paramedikler ve ATT'leri tarafından yapılmaktadır (H2).
- Acil girişinde triaj deski bulunmakta. Hastalar doğrudan acil servise giremiyor. Kapı girişleri otomatik açılır kapıdır ve açılış bankodaki personeller tarafından kontrol edildiği için herkes giremiyor (H2).
- Triaaj muayenesine uygun gördükleri hastalar içeriye alınıyor (H2).
- Ortamda temizlik yapan personeller hasta muayenesi olduğu zaman ortamı terk ediyor (H2).
- Burada hastalar yoğun bir şekilde sıra beklemekte ve bekleme salonundaki bekleme listesine uygun davranmamaktadırlar (H3).
- Oluşan kalabalık önünde neredeyse hasta öyküsü alınmaktadır. Sadece fizik muayene yapılacağı zaman perde çekilmektedir. Ancak içerideki konuşmalar dışarıda sıra bekleyen hastalar ve yakınları tarafından duyulmaktadır. Hasta mahremiyetine ilişkin ve bilgilerinin gizliliğine ilişkin sorunlar burada yaşanmaktadır (H3).
- Bu alanda ilk hasta kabul eden hekim bulunmaktadır. Triaaj ve ayaktan tedavi düzenlemektedir (H3).
- Bir taraftan da ortamda oluşan kalabalığı azaltmak için ortamda bulunan fazla hasta yakınlarını güvenlik görevlisi uzaklaştırmaya çalışmakta ve hekimlerin ve hastaların daha rahat edebileceği bir ortam yaratmaya çalışılmaktadır (H3).
- Triaaj Öncesi bu alanda bazı hasta yakınlarının neşeli görünüşleri dikkat çekerken bazı hasta yakınlarının da üzüntü içerisinde oldukları uzaktan gözlem ile anlaşılabilir (H4).
- Acil hekimleri başa çıkamadıkları durumlarda sosyal hizmet birimine müracaat ediyorlar (H4).
- Triaaj alanı hasta yönüyle çok kalabalık bir ortam. Bu alanda muayene olmayı bekleyen acil hastalar koridorda beklerken triaj odalarında paramedikler hastaları aciliyet durumuna göre diğer alanlara yönlendiriyor. Burada paramedikler haricinde çalışan bir tane asistan hekim bulunmakta ve lüzum

dâhilinde hastalara yapılan bu triaja katkı sunuyorlar. Ayrıca aktif olarak bu hekim de triaj hastaları kabul ediyor ve yönlendiriyor (H4).

- Geniş bir fiziksel ortam olmakla birlikte hastaların muayenesi için oda yetersizliği görünmemekte ancak muayene edilen her hastanın bu alanda kapıları açık ve dışarıdan etkileşime açık olarak bulunmaktadır. Fiziksel alan hasta muayene etmek ve mahremiyetini sağlamak için çok yeterli görünmekte ancak çalışanların mahremiyet ve hasta bilgilerinin gizliliğine önem vermediği kanaati oluşmaktadır (H4).
- Yataklar tedavi edilen hasta ile dolduğu için bir hastaya da diğer hastaların oturarak tedavi için bekledikleri alanda oturur vaziyette serum uygulandığı görülmüştür (H4).
- Triaj alanı hasta ve yakınları açısından çok kalabalık olduğu gibi burada çalışan sağlık çalışanları açısından da farklıdır. Bu triaj alanı aynı zamanda hastanenin acil servisinin hem girişi hem de çıkışı olduğu için triaja tabi tutulan hastaların beklediği ortam ile yatan hasta yakınlarının iç içe bulunduğu bir alan olmaktadır (H4).
- Bu alanda bulunan üniformalı kişiler güvenlik görevlileri, paramedikler, intörn hekimler ve asistan hekimdir (H4).
- Ortam hasta yakınlarının girişine yasak olmasına rağmen bir hasta ile birlikte 4 hasta yakınının hasta ile birlikte hareket ettikleri görülmektedir (H5).
- Hastalar muayene için sırasını beklediği koltuklarda otururken yarı açık bir şekilde duran muayene kapısının arkasında muayene olan hastaya hekimin sorduğu soruları duyabilmektedirler (H5).
- Muayene sırası bekleyen hastalar sakin görünmektedir (H5).
- Triaj alanda muayene olmayı bekleyen bir hasta ile 2 yakını girdi ve bu hasta yakınından bir tanesi yüksek sesle etraftaki hastaları rahatsız edecek şekilde telefon konuşması yapıyor ancak kimse bu hasta yakınına uyarıyor (H5).
- Triaj alanındaki görevli sağlık personeli staj yapan intern hekimlerden oluşmakta (H6).

- Nöbet tutan iki intern hekim hastaların kaydını yaptıktan sonra ve anamnezini aldıktan sonra nöbetçi acil asistanı hekime danışarak hastaya sağlık hizmeti sunmaktadırlar (H6).
- Gece saatinde acil serviste 1 acil tıp teknisyeni ve 1 yaşlı bakım teknikeri çalışmaktadır (H6).
- Gündüz saatlerinde ise 1 tane hemşire hazır olarak bulunmaktadır (H6).

Yeşil alan

- Ortada hemşire ve intörnlerin bulunduğu bir masa bulunmakta ama bu masa hastaların da görebileceği bir şekilde yer almaktadır. Hastalar ile ilgili olarak konuşulan her şey ortamda duyulmaktadır (H1).
- Yeşil alan ve sarı alan birlikte kullanılmaktadır (H2).
- Triaaj alanı ile ortak kullanılmaktadır (H3).
- Yeşil alan tedavisi ayakta yapılan hastaların ağırlıklı görüldüğü hasta ve sağlık çalışanlarının sadece hastalıkları ve tahlil sonuçlarına ilişkin etkileşimin olduğu bir ortam olarak görülmektedir (H4).
- Yeşil alan triaj alanına göre daha stabil bir ortam olduğu görülmekte ancak yine de hasta yoğunluğu açısından yüklü bir alandır (H4).
- Yeşil alan olarak triaj alanını kullanılıyor ve ayaktan hasta bakıyorlar (H5).
- Yeşil alan aynı zamanda triaj alanı olarak da kullanılmaktadır (H6).
- Ayaktan tedavi planlanan hastaların yanı sıra acilde tedavisi planlanan hastalar bulunmaktadır (H6).

Sarı alan

- Yeşil alana nazaran daha sakin bir ortam ve tedavi gören hastaların bulunduğu bir ortam. Hekimler sık olarak burada hastalar ile ilgili kontrollerini ve takiplerini yapmaktadır (H1).
- Muayene odalarında yatarak müşahede edilen hasta bulunmamakta ancak diğer kısımda 5 tane yatarak tedavi edilen hasta bulunmaktadır (H2).

- Bu hastaların uzaktan bakıldığında geriatri grubu hasta olduğu görülmektedir sadece 3 tanesinin yanında refakatçisinin bulunmaktadır. Ancak bu hasta yakınlarının da dışarıda bekleme salonunda gördüğümüz kişiler olduğunu tespit ettik (H2).
- Lüzum dâhilinde sağlık personelleri tarafında hasta yakınlarının alındığı görülmektedir ancak ziyaretleri kısa süreli olmaktadır (H2).
- Hastalar bu alanda daha ağır bir sağlık durumuna sahip görünmekte birlikte ağırlıklı olarak ambulans ile getirilen hastalardan oluştuğu burada çalışan hekim tarafından belirtilmektedir (H3).
- Ortamda her bir hasta için bir tane de yakını bulunmaktadır (H3).
- Hemşire, temizlik personelleri, hekim, intörn hekimler de ayrıca ortamda konumlarına ve görevlerine uygun olarak davranmaktadırlar. Hastalara ziyaret yapılırken hekimler ve ilgili sağlık personelleri de eşlik etmektedirler (H3).
- Durumu daha ağır olan hastaların bulunduğu görülmektedir. Yeşil alandaki kalabalık bir ortam bulunmuyor ama yatış verilmiş ve monitör ile takibi yapılan ciddi sağlık sorunlarına sahip hastalar bulunmaktadır. Hastalar 50 yaş üzeri olarak görülmektedir (H4).
- Hekim ve hemşirenin konuşmasından da anlaşıldığına göre kırmızı alanda yer kalmadığı için kırmızı alanda tedavi edilmesi gereken hastalar da bu alanda müsaade edilmektedir (H4).
- Sarı alan ile yeşil alan arasında insan trafiğinden uzak noktada bir sekluzyon bir de psikiyatrik görüşme odası vardır. Ancak ihtiyaç hissedilmesinden kaynaklı olacak ki sekluzyon odasına da durumu ağır bir hasta yatırıldığı görüldü (H4).
- Sarı alanda durumu ağır olan hastalar ve çalışan personel olarak hekimler, hemşireler ve temizlik görevlileri görülmektedir. Bu alanda hastalara müdahale eden paramedik ve intern hekim görülmektedir (H4).
- Triaaj ve yeşil alana göre daha az kalabalık ve sessiz bir ortamdır (H4).
- Bu alan yeşil alandan sonraki alandır ve hasta yakınlarının geçişi ile ilgili olarak seçici bir engel yoktur (H4).

- Bu alanda her bir hastanın başında hasta yakını da bulunmakta ve diğer hastaların bilgilerine tanık olmaktadır mahremiyetin korunmasına özen gösterilmemektedir (H5).
- Bu alanda hemşireler hastaların tedavilerin yaparken intern hekimler de acil tip eğitimi almaktadır (H5).
- Bu alanda hastalar ile hekimler tıbbi durumlarına ilişkin bilgi alışverişinde bulunuyor (H5).
- Ortada sedyede yatan bir hastaya yakınları herkesin içinde yemek de yediriyor (H5).
- Hastalara ait olan tahlil materyallerinin yardımcı sağlık personelleri almaktadır (H6).
- Ortamda hasta yakınları, hekim, intern hekim ve diğer sağlık personellerinin hepsi aktif bir şekilde bulunabilmektedir (H6).

Kırmızı alan

- Hastalar arasında gizliliği perde ile sağlamaktadırlar. Bu ortam da hasta mahremiyeti açısından iyi görünmüyor (H1).
- Bu hastaları takip eden hemşire ve hastaya yapılan uygulamaları eğitimlerinin gereği olarak gören intern hekimler bulunmaktadır (H1).
- Arada gelen hasta yakınları hastaları ile ilgili bilgi alıp çıkıyorlar ve bu alanda hasta yakınlarının bulunmasına izin vermiyorlar (H1).
- Bu alanda gözlem yapılan saatlerde hasta bulunmamaktadır (H2).
- Bu alanda durumu çok ağır olan hastalar bulunmaktadır (H3).
- Hekimler, hemşireler ve hasta bakıcıları bulunduğu acil uzmanı ve hocalarının da konsültasyon ve değerlendirme için bulunduğu bir ortamdır (H4).
- Bu alanda burada çalışan sağlık profesyonellerinin ağır hastaların sağlık durumu ile ilgili etkileşime geçildiği ve hastanın sağlık durumu ile ilgili kararlar alındığı bölgedir. Şifreli kapı ile kontrollü insan girişi bulunmaktadır (H4).

- Konuşmalardan anlaşıldığına göre başka bir uzmanlık alanının yatırarak tedavi etmesi gereken hasta acilde diğer uzmanlık alanının hasta kabul etmediğinden dolayı burada takip etmek zorunda kalıyorlar (H5).
- İçerideki hasta grubu genelde geriatri hasta grup olduğu görülmektedir (H5).
- Kırmızı alan her türlü personel ve hasta yakınlarının geçişi için çok uygun ve hastaların genel durumları kötü olmasına rağmen izole bir ortamda tedavi için muhafaza edilmemektedir. Ortamda hasta yakınları da sık olarak girip çıkmaktadır (H5).
- Kırmızı alan önünden aynı zamanda röntgen ve ultrasonografi için yönlendirilen hasta ve yakınlarının da geçtiği görülmeye ve çok sakin olması gereken bu alan çok kalabalık ve gürültülü bir hal almaktadır (H5).
- Gözlem yapılan saatlerde bu alanda hasta görülmedi ve boştu (H6).

Tablo 4.27. Acil Servis Ortamında Oluşan Etkileşimlere İlişkin Sorunlu Noktalar

Ortamda Oluşan Etkileşimler	Triaj öncesi alan	Triaj alanı	Yeşil alan	Sarı alan	Kırmızı alan
H1 (01.00-05.00)	- Hekimle hasta yakınının iletişim sorunu - Kötü haberin verilmesi -Kötü haberi öğrenen hasta yakınlarının taşkınlığı - Taşkınlık yapan hasta yakınlarına güvenlik müdahalesi - Taşkınlıktan duyulan rahatsızlık	- Mahremiyet sorunu (diğer hastalara karşı)	Kişiler arası en yoğun etkileşim - Sağlık hizmeti ve eğitimin ortak yürütmesi		- Diğer hastalarla aynı ortamda resüsitasyon
H2 (05.00-09.00)			- Sarı alanla ortak kullanım		
H3 (09.00-13.00)		-Kalabalığın artışı	-Triaj ile ortak kullanım		
H4 (13.00-17.00)		- İntörnlerin bekleme alanında öykü alması -Mesleki statü ayırım güçlüğü -Seçici olunamayan hasta yakını girişi -İntörnün özensiz öykü alması (mahremiyet sorunu) -Tetik işlemini uygunsuz bir şekilde anlatma	-Temizlik görevlilerinin sürece tanıklığı		
H5 (17.00-21.00)	-Ortam kalabalığı (Güvenlik görevlisinin ikazları)	- Güvenliğin kalabalığı azaltma çabası -Refakatçiyle güvenlik görevlisi tartışması	- Triaj alanı olarak kullanım	- İntörn eğitimi - Asistan eğitimi	-Ağır hastaların güvenlik sorunu - Hasta güvenliğinin sağlanması
H6 (21.00-01.00)	- Acil girişini engelleyen refakatçi ile güvenliğin tartışması		- İzole ortam sorunu	-mahremiyetin korunamaması	

Ortamda Oluşan Etkileşimler

Triaj öncesi alan

- Hasta yakınları güvenlik tarafından girişleri engellenen acil servis kapısında gördükleri hekimlere ilk fırsatta kendi hastaları ile ilgili soru sormaya çalışmakta ve güvenlik görevlilerinin engeli neticesinde hekim ile yeterince temas kuramamaktadır (H1).
- Durumu kötü olan bir hasta acile getirildikten yaklaşık 40-45 dk sonra erişkin acilin kapısına güvenlik görevlilerinin nezaretinde bir hasta yakınıni çağırıldılar. Kapı kapalıydı ve içeriden hasta yakını yüksek sesle ağlayarak çıktı (H1).
- Bekleme salonunda yakınlarını bekleyen kalabalık ağırlıklı olarak ambulans ile getirilen hasta yakınlarından oluşmaktaydı. Kötü haber ile birlikte ağlama sesleri yükselmeye başladı. Ortam birden çok gürültülü bir şekilde ağlama sesleri ile uğuldamaya başladı (H1).
- Güvenlik görevlileri içeride vefat eden hastayı görmek isteyen hasta yakınlarını içeriye almak istemedi ve bu sefer de güvenlik görevlileri ile tartışma yaşandı. Güvenlik görevlileri 'içeride başka hastalar da var' deyince 'benim de cenazem var' dedi bir hasta yakını. Yine de hasta yakınlarının içeriye girmesine müsaade edilmedi. Gergin üzüntülü ve öfkeli bu kalabalık cenazenin morga kaldırıldığını öğrendiklerini konuştular ve kalabalık grup acili terk ederek morga doğru yöneldi (H1).
- Acilden dağılan grup ortamda nispeten bir sessizlik yarattı ve bekleme salonundaki hasta yakınlarından bazıları herkesin cenazesi olabilir, burada bu kadar gürültü yapmaya ne gerek var derken bazılarının da iyi dilek ve temennileri işitildi (H1).
- Ortamda hasta yakınları kendi aralarında konuşmaktadır. Bazılarının tek bir hasta hakkında bazılarının ise farklı hastalar hakkında konuştukları ve birbirlerine iyi dileklerin sunulduğu sosyal bir ortam olmaktadır (H1).
- Hasta ve yakınlarının zaten çok az olduğu bu zaman diliminde kişiler arası etkileşim olabildiğince az olarak görülmüştür (H2).

- Triaaj öncesi alanda hastaların sırası ve tahlillerini takip etmeleri için bulunan ekranın haricinde bir de hastane ve hastane içerisinde yapılan uygulamalar ve bazı bilgilendirici paylaşımlar bulunmaktadır. Bu bilgilendirme acil servisin iş akışı, laboratuvar hizmetlerini nasıl sunulduğu, kan vermek isteyen hastaların yapması gerekenler, antibiyotik kullanma ile ilgili kamuyu bilgilendirici kısa bilgiler, gebeler için OGTT (Oral Glikoz Tolerans Testi), biyokimya laboratuvarının fiziksel yapısı ile ilgili bilgilendirici görseller bulunmakta. Ayrıca bu görsellerin içerisinde hastane ve laboratuvarının kalite kontrol belgeleri de vatandaşa sunulmaktadır. Ancak kadına yönelik şiddet ile ilgili bir bilgilendirme görülmedi (H3).
- Bu alandaki sosyal etkileşimlere baktığımızda bir hastanın yakınlarının birbiri ile olan konuşmalarının yanı sıra farklı hasta yakınlarının da etkileşimi söz konusu olmaktadır (H4).
- Arada acil servisin içerisinden mola için dışarıya çıkan sağlık personellerinin hasta yakınları tarafından takip edildiği ve kendi hastalarına ilişkin sorular yönelttiği görülmektedir. Hasta hakkındaki soruların ise ağırlıklı olarak hekime sorulmaya çalışıldığı görünse de diğer sağlık personellerin de sorular sorulmaktadır. Acilde eğitim alan intern hekimlere de soru yönelten hasta yakını da oldu (H4).
- Hastanenin bu bölümünde bir de sekreterlik bulunmakta ve içeriden acil servise kabul edilen hastaların burada resmi olarak hastane kayıtları yapılmaktadır (H4).
- Bu alanda hasta yakınlarının birbirlerine ile olan etkileşimleri görünmektedir. Birbirlerinin ihtiyaçlarını soran hasta yakınlarının da bulunduğu görülüyor (H5).
- Hastalara vizit yapıldığı için güvenlik görevlisi bekleyen hasta yakınlarına genel olarak içeriye girilmemesi hususunda uyarıda bulundu (H5).
- Ayrıca bu alanı bir de sekreterlik bulunmaktadır. İçeriye kabul edilmiş hastaların sekreterlik kayıtlarını yapmakta (H5).

- Triaaj öncesi alanda araç park etmek isteyen hasta yakınları ile güvenlik görevlisi acil önünde uygunsuz araç park ettiği bir tartışma çıktı ve hasta yakını hastasının durumunun daha acil olduğunu belirterek güvenlik görevlisinin uyarısını dikkate almadı ve acil servis ambulans manevra alanını uygunsuz park ederek doldurdu (H6).

Triaaj alanı

- Ortamda hastalar triaaj sırası beklerken birbirleri ile konuşmaktadır. Hasta perde arkasında muayene olurken ona sorulan soruları triaaj alanda duyulmaktadır (H1).
- Triaaj yapan sağlık personelleri ile hastalar bulunmakta ve gerek olursa bir de hasta yakını alabilmektedirler. Ama genelde diğer hasta yakınlarının girmesine müsaade edilmiyor (H2).
- Triaaj alanı ve yeşil alan birlikte kullanılmakta ve hastalar ayaktan tedavilerini almaktadırlar (H3).
- Ortamda hasta yakınları ile birlikte hastaların da bulunuşu ortamı çok daha kalabalık hale getirmekte ve hastanın ve yakınlarının birbirlerine ile etkileşimleri artmaktadır (H3).
- Ağırıklı olarak sosyal hizmet biriminin ilgilendiği hasta grubu kimsesiz, sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyi düşük hastalar olmaktadır. Yakınlarının haberdar olmadığı trafik kazası ve iş kazaları da hizmet grubundadır (H4).
- Sosyal hizmet birimi hakkında gözlem notu tutarken, trafik kazası geçirmiş bir hasta yakını sosyal hizmet birimine geldi ve tedavisinin yapılması için araç plakasının bilinmesi gerektiği, eğer çarpan aracın plakası bilinmiyor ise karakolda işlem yapması gerektiği belirtildi (H4).
- Acil servisin bu kısmında paramedikler triaaj odasında hasta öyküsü alırken intern hekimler hasta bekleme ortamında öykü almaktadırlar (H4).
- Hastalar ile ilgili laboratuvar istekleri ve tahlil için malzeme temini triaaj alanı ile yeşil alan arasında bulunan hemşire deskinde yapılmaktadır (H4).

- Çalışanların yaka kartları olsa da hasta ve yakınları kişilerin mesleki statüsünü kavrayamamakta ve hekime hastalığı ya da hastası ile ilgili soracağı soruları herhangi bir sağlık personeline sorabilmektedir (H4).
- Triaaj alanında hastalar hastane ortamını tanımadıkları için hastane güvenliği ile resmi işlemlerin nasıl yapılacağı konusunda temasa geçiyorlar. Güvenlik görevlileri de hasta ya da yakınlarını kayıt için sekreterliğe yönlendirmektedir (H4).
- Yakınlarını arayan hasta yakınları güvenlik ile görüşüyor ve güvenlik bu hasta yakınlarının içerisinde gerekli gördüklerini içeriye alıyor ancak çok da fazla seçici olamıyorlar (H4).
- Bir hastanın muayenesinin yapılmasını istedikleri bir intern hekim triaj alanında hastanın hastalık ile ilgili olarak diğer hastaların beklediği ve sorduğu soruların herkes tarafından duyulabilecek bir ortamda öykü aldı. Burada hasta mahremiyetinin sağlanması konusunda özensiz bir davranış olduğu göze çarptı (H4).
- Triaaj alanında hastaya önerilen bir gaita tahlilinde örneğin nasıl alınacağını hastaya bir intern hekim anlatıyor. Bu anlatımı ortamda sırasını bekleyen her hasta duyabildiği gibi içeriye giren diğer hasta yakınları da duyabilmektedir (H4).
- Hastanın kaydını yapılan masanın arkasında hemşire tarafından tansiyonu ölçüyor ve hasta muayene odasına yönlendiriyor (H5).
- İçeriye giren bir hasta ile beraber güvenlik noktasını aşarak 3 hasta yakını daha girdi ve güvenlik onları bu alanda kalabalık yapmamaları için uyardı. Kısa süreli direnseler de hasta yanında yine de bir kişi kalmayı başardı (H5).
- Muayene odasında bir hekim ve bir de intern doktor bulunmakta ve birlikte hasta muayenesi yapmaktadırlar (H5).
- Güvenlik görevlisi ile bir hasta yakını tartışmaya başladı ve saat 18.00 den önce vizit devam ettiği için içeriye kimseyi alamayacağını belirtirken hasta yakını da hastasına çamaşır getirdiğini söyledi. Ama yine de içeriye giremedi (H5).

- Sıra bekleyen hastaların ve yakınlarının kalabalık etmesi durumunda güvenlik görevlisi devreye girerek acil servisin girişinde oluşan yoğunluğun işleyişi bozmasına engel olmaya çalışmaktadır (H6).

Yeşil alan

- Müşahede edilen ve tedavi alan hastalar bulunmaktadır. Neredeyse tüm sağlık çalışanları bu alanda bulunmaktadır. Hasta hasta yakınları sağlık çalışanları arasında etkileşim herkese açık vaziyettedir (H1).
- Bu alanda hasta yakını hastalar ve sağlık personelleri ve intern hekimler aynı ortamda bulunmaktadır. Hekim de arada gelerek hastaları kontrol etmekte ve sağlık personellerine hastalar ile ilgili olumsuz bir durum olup olmadığını sormaktadırlar (H1).
- Hasta yakınları hastalarını görmek istediklerini triaj personellerine söylüyor ve talepleri karşılanıyor. Triaj personeli aynı zamanda acil servise girişi denetleyen bir kontrol noktası olarak görev yapmaktadır (H2).
- Yeşil alan ve sarı alan ortak kullanılmaktadır (H2).
- Yeşil alanda paramedikler bulunmamakta ancak yeşil alana hasta kabul eden hekimler ve internler bulunmaktadır. Burada hastanın tahlil materyallerinin intörn hekimler alıyor ve hastayı sorumlu asistan hekim ile birlikte tedavi ediyorlar (H4).
- Hastanenin temizlik görevlileri de düzenli olarak temizlik yaptıkları için hastane içerisinde hasta ile olan konuşmalara da tanık oluyorlar (H4).
- Yeşil alan olarak triaj alanını kullanıyorlar ve ayaktan hasta kabul ediyorlar (H5).
- Hastalar ile olan temas hasta ile hekim arasında kalmayıp perdeler kapalı olsa dahi alanda bulunan tüm herkes hasta ile olan süreçten haberdar olabilir (H6).

Sarı alan

- Bu alanda bulunan sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınları ile iletişim içerisinde olduğu görülmektedir. Hastanın tedavisi bir yandan yapılırken diğer taraftan süreç ile ilgili bilgilendirme yapılmaktadır (H1).
- Yeşil alan ve sarı alan ortak kullanılmakta. Hasta hasta yakınları ve sağlık personelleri ile etkileşim görülmektedir. Hastasının durumu ile ilgili sorular yöneltiliyorlar (H2).
- Hastanın tedavileri ve bakımları ile ilgili etkileşim görülmektedir. Hasta kendisi ve tedavisi ile ilgili sorular yöneltilmektedir (H2).
- Ortamda hastalar ve yakınları ile hekimler ve hemşireler etkileşime girmektedirler. Sağlık hizmeti sunumunun sorunsuz bir şekilde devam ettiği görülmektedir ve olumsuz bir iletişim sorununa rastlanmamaktadır (H3).
- Yatarak tedavi edilmesi gereken hastaların tahlil ve diğer sağlık hizmetlerine yardımcı olarak ise hasta bakıcıları bulunmakta ve hastaları yattıkları sedye ile nakletmektedirler (H4).
- Bu alanda hastalar ile hekimler tıbbi durumlarına ilişkin bilgi alışverişinde bulunuyor (H5).
- Hastaların muayenesi yapılırken intörn hekimlere de muayene şansı tanıyorlar (H5).
- Konuşmalardan anlaşıldığına göre başka bir uzmanlık alanının yatırarak tedavi etmesi gereken hasta acilde diğer uzmanlık alanının hasta kabul etmediğinden dolayı burada takip etmek zorunda kalıyorlar (H5).
- Bu alanda bulunan kıdemli hekimlere triajdaki hekim hasta yatırıp yatırmama konusunda fikir danışıyor (H5).
- Ayaktan gelen hastalar triaj alanında değerlendirildikten sonra sarı alana yönlendirilerek muayene ve tedavileri planlanıyor (H6).
- Hasta ile yapılan tüm görüşmeler alanda bulunan herkes tarafından duyulmaktadır (H6).

Kırmızı alan

- Bu ortamda hastalar tedavilerini almaktadır. Hastalar sağlık çalışanları ile konuşacak kadar sağlık durumları iyi değil ancak el kol hareketleriyle iletişimi sağlamaya çalışıyorlar (H1).
- Acil serviste ölen hastaya perde arkasında diğer sağlık çalışanları resüsitasyon yaptı. Diğer hastalar perde arkasında olduğu için göremedi ancak hastanın vefat ettiğini duydular ve yüzlerinde bir üzüntü belirginleşti (H1).
- Bu alanda gözlem yapıldığı saatlerde hasta bulunmamaktadır (H2).
- Hasta ve sağlık çalışanları ile tedavi amaçlı bir etkileşim görülmektedir (H3).
- Bu alanda sadece hasta ve sağlık personelleri bulunmaktadır ve hastanın tedavisi özenle yapılmaktadır (H4).
- Kırmızı alan her türlü personel ve hasta yakınlarının geçişi için çok uygun ve hastaların genel durumları kötü olmasına rağmen izole bir ortamda tedavi için muhafaza edilmemektedir. Ortamda hasta yakınları da sık olarak girip çıkmaktadır (H5).
- Kırmızı alanın hemen ilerisinde yoğun bakım bulunmaktadır. Diğer acil servislerde gözlemlediğimiz kadarıyla yoğun bakım bulunmazken kıdemli asistan hekim ile görüştüğümüzde burada aslında diğer klinik branşların yoğun bakım hastaları olduğunu belirtti (H5).
- Bu birime şifreli bir kapı ile girilebiliyor ve içeriye kesinlikle hasta yakınları da alınmamaktadır (H5).
- Bu alanda durumu ağır olan hastalar alınıyor ve stabil hale geldikten sonra ilgili uzmanlık birimine yönlendiriliyor (H6).

Tablo 4.28. Acil Servis Ortamında Konuşulan Dile İlişkin Sorunlu Noktalar

Ortamda Konuşulan Dil	Triaj öncesi alan	Triaj alanı	Yeşil alan	Sarı alan	Kırmızı alan
H1 (01.00-05.00)		-Personelin motivasyon yöntemi (birbirine şaka yapmak)	- Personelin ciddiyetsiz çalışması(rahatsız edici şakalaşma ve gülüşme)	-İş akışını bozmayan şakalaşma	
H2 (05.00-09.00)			- Sarı alanla ortak kullanım	- Nöbet sonu hasta devri - Asistan eğitimi	
H3 (09.00-13.00)		-Hekim-hasta arasındaki sorun	- Triaj ile ortak kullanım		
H4 (13.00-17.00)		- Hastanın tepkisi -İntörn ile tartışan hasta	- Hastaların sağlık durumları hakkında konuşma (bilgi gizliliği sorunu)		
H5 (17.00-21.00)		- Hasta yakınlarının bağırarak hekimden memnuniyetsizliği ifade etmesi	- Triaj alanı olarak kullanım	- Rahatsız eden intörn konuşmaları -Hasta yerine hasta yakınının bilgilendirilmesi	- Acil bir hastanın acı feryadı
H6 (21.00-01.00)	- Güvenlik görevlisi ile tartışan hasta yakını	-İntörnün kendisini tanıtmaması -İntörnlerin hastalarca hekim olarak bilinmesi	- Triaj alanı olarak kullanım		

Ortamda Konuşulan Dil

Triaj öncesi alan

- Hasta yakınlarının birbiri ile olan iletişimleri zaman zaman hasta dışı sosyal konulara da kaymaktadır. Zaman zaman da hasta yakınlarının doktor ve hemşireler ile yaşadıkları iyi ve kötü tecrübeler konuşulmaktadır (H1).
- Megafonda ise zamanla erişkin ya da çocuk acilde tedavi olan hastaların yakınları anons edilmektedir (H1).
- Ortamda güvenlik görevlilerinin birbirleriyle etkileşimlerinin haricinde gelen hasta yakınları soru sormaktadır (H2).
- Ayrıca temizlik görevlileri temizlik işleri yapmakta ve bununla ilgili temizlik ortamında konuşmalar gerçekleşmektedir (H2).
- Ortamda hastalara ile iletişim kuran ilk olarak güvenlik ya da danışmanlık veren kişi olmakta ve bu personeller hasta ve yakınlarına yardımsever davrandıkları görülmektedir (H3).
- Genelde hasta yakınları kendi aralarında sorunlarına ilişkin, sağlık çalışanları ile sağlık hizmetine ilişkin, güvenlik personelleri ile hastane içerisindeki bulunmaları gerekli alanlara ilişkin konuşmalar geçmektedir (H3).
- Ortamda hasta yakınlarının kullandıkları dil özelliklerine ve giyim kuşamlarına göre bakıldığında hasta yakınlarının düşük ya da orta sosyoekonomik ya da sosyokültürel seviyede oldukları tahmin edilmektedir (H4).
- Bu alanda hasta yakınlarının kimisinin üzgün olduğu kimisinin de neşeli olduğu göze çarpmaktadır. Ortamda gözlemi yapıldığı saat itibarıyla olumsuz bir iletişim sorunu yaşanmadı (H5).
- İkinci bir sivil aracın hasta getirmesini ardından bir de üçüncü sivil araç acil servise hasta getirdi. Bu araçların ilk aracın uygunsuz park etmesinden kaynaklı bir tartışma çıktı ve “burası otopark mi?” diyerek hasta getiren araçlardan birinin şoförü yüksek sesle bağırmaya başladı. Arabayı uygunsuz park eden hasta yakını güvenlik görevlisinin de uyarısını dikkate almadı (H6).

Triaj alanı

- Şiddetli bir karın ağrısı ile gelen hasta ile paramedik ve intern hekim ilgilenmeye başladı ve tam herkes düzelecek sakın ol diyerek teselli etmeye çalıştılar ve derhal anamnezini ve muayenesine başladılar. Hasta bir yandan acı çekerken bir yanda da dua ediyor hastanın yakını ise hastanın tek böbrekli ve tansiyon hastası olduğunu belirtmektedir. Hasta koridorda daha geniş olması nedeniyle tekerlekli sandalyeye oturtulması önerildi. Boş yatak olmadığı için bu şekilde tedavisine başlandı (H1).
- Hasta bu alanda yakınları ile birlikte tahlil ve tetkikleri yaptırmak için ilgili birimlere yönlendirildi (H1).
- Hasta yakınları ile ilgilenen sağlık personelinin acil servisin çok yoğun olmasına rağmen hizmet sunumda kusursuz davrandığı görülmüştür (H1).
- Çalışırken sağlık çalışanları birbirlerine şaka yaparak çalışma ortamını da keyiflendirmeye çalışmaktadır (H1).
- Triaj alanında sadece hastanın öyküsünü alma ve triaj kategorisi belirlemek üzere konuşma gerçekleşiyor (H2).
- Triaj alanı ile yeşil alan aynı amaçla kullanılmakta. Bu arada hekimin önerdiği tedaviyi beğenmeyen ve yatarak tedavi olmak isteyen bir hastanın hekime itirazı ile bir tartışma yaşandı, güvenlik görevlisi müdahale ederek hastayı ve yakınına uygun bir dille ortamdan uzaklaştırdı (H3).
- Triaj alanındaki hasta ve yakınlarının bekleme salonunda bekleyen hasta yakınları ile uyumlu sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyde oldukları gerek gözleme dayalı gerekse de konuşmalarını duyduğumuz kadarıyla tahmin edilmektedir (H4).
- Hastane içerisine girmeye çalışan hasta yakınları güvenliği aşmış ve triaj muayene odalarında hastalarını ararken kapının birisini açıyorlar. İçeriden gelen tepki üzerine güvenlik hastalarını arayan kişileri acilden uzaklaştırıyor. Bu esnada bir tartışma yaşanmıyor (H4).
- Triaj için sıra bekleyen bir hasta sırasının geciktiğini iddia ederek triaj odasındaki personeller ile tartışıyor ve “ben hastayım kardeşim niye acele

etmiyorsunuz” diye tepkisini gösteriyor. Burada görevli paramedikler ise sizi de alacağız birazcık daha bekleyin diyerek nazik bir dil ile hastayı sakinleştiriyor (H4).

- Triaaj alanında bekleyen bir hasta yine tedavisinin yapılmasında bir gecikme olduğu iddiasıyla bir intern hekim ile tartışmak istedi. O da triaj çalışanlarına hastayı yönlendirdi (H4).
- Triaaj için hasta bekleme alanında duvarda bir levhada hasta yakınlarının içeride bekleme yasağı olduğu yazmaktadır. Bu yasağa ilişkin arada güvenlik görevlisi hatırlatma yapmaktadır. Ama bu yasak pek de uygulanmamaktadır (H5).
- Bu alanda hoparlörden hasta yakınları anons edilerek bir yere davet ediyor. Ancak bu hoparlörü işitildiği yer aynı zamanda bekleme salonu olmaktadır (H5).
- Temizlik için alanda bulunan temizlik görevlileri hastalar ile rahat temizlik yapabilmek için konuşmakta hastaların kenara çekilmesini rica etmektedir (H5).
- İçeride yatarak tedavi edilen bir hastanın yakını hastanın hekimleri hakkında memnuniyetsizliklerini yüksek sesle bağırarak belirtiyor ve diğer hasta ve yakınları bu hadiseye tanık oluyor (H5).
- Triaaj alanında intörn hekim hasta karşılaşmasına rağmen kendisini intörn hekim olarak tanıtmamaktadır (H6).
- Hastalar kendilerini ilk karşılayan intern hekimlere doktor bey ya da doktor hanım olarak hitap ediyorlar (H6).

Yeşil alan

- Sağlık çalışanları arasında hastalar ile ilgili konular konuşulurken aynı zamanda ortamda hastalar olmasına rağmen rahatsız edici şakalaşmalar ve gülüşmeler devam ediyor (H1).
- Yeşil alan ve sarı alan birlikte kullanılmaktadır (H2).
- Triaaj alanı ile ortak kullanılmaktadır (H3).

- Burada hasta ve yakınları ile intern hekim ve asistan hekimler ile sağlık durumları ile ilgili konuşmalar geçmektedir. Bu konuşmalar yine ortamda bulunan herkesin duyabileceği şekilde olmaktadır (H4).
- Yeşil alan olarak triaj alanını kullanıyorlar ve ayaktan hasta bakıyorlar (H5).
- Triaj alanı ile ortak kullanılmakta (H6).

Sarı alan

- Hasta ve hasta yakınlarına sağlık durumları ile ilgili bilgiler verilmeye çalışılıyor (H1).
- Sağlık çalışanları kendi aralarında hasta takipleri ile konuşmakla birlikte zaman zaman şakalaşmalar ve gülüşmeler de görülüyor (H1).
- Bu alanda hastaların tıbbi bilgileri hakkında konuşulmaktadır. Saat 8 de nöbet devredileceği için hekimler tarafından son kontrolleri yapılmakta ve gün içerisinde hastaların neler yapabilecekleri tartışılmakta ve not edilmektedir (H2).
- Sabah 8 de hekimler yatarak tedavi olan 5 hastayı devrettiler (H2).
- Bir asistan hekim, bir uzman hekim ve bir de pratisyen hekim nöbet tutmaktadır. Yeni başlayan asistan hekim yapacağı tedaviler ile ilgili olarak uzmana hasta danışmaktadır (H2).
- Ortamda genelde hastalar ile sağlık ve hastalığa ilişkin konular konuşulmaktadır. Zaman zaman içeride güvenlik görevlileri ve temizlik görevlileri bulunsa da onlar ile herhangi bir diyalog hasta ve yakınları özelinde rastlanmamaktadır (H3).
- Bu alanda hekim ve hemşire ağırlıklı olarak hasta hakkında konuşmakta ayrıca hastaların yakınları ile hekim ve hemşireler hastalarının durumları ile ilgili sorular sordukları görülmektedir (H4).
- Bu alanda hasta yakınları ile hastalarının sağlık durumları, hekimler ile hemşireler arasında ise sağlık bakımı hakkında konuşmalar geçmektedir (H4).
- Ortamda intörn hekimler birbirleriyle şakalaşırken zaman zaman yüksek sesle de konuşuyorlar. Bir yandan da kendilerinden istenen tahlil materyallerinin

almak için hastalar ile konuşuyorlar. Bu konuşmalar ortamda bulunan tüm hastalar ve yakınlarını rahatsız ediyor (H5).

- Burada yatan bir hasta yakınına bir gün sonraya endoskopi yapılma kararı verildi ancak hastaya anlatılmadı. Hasta yakınına verilen bilgi hastaya da söylenecek mi belli değil. (H5).
- Ortam temizlik görevlilerinin gezmesine de çok uygun ve aynı zamanda acilde temizlik de yapmaktalar. Doktorlar ile de şakalaşmalar da olmaktadır (H5).
- Hastaların durumu o kadar da kötü olmadığı için gözlem saatinde olumsuz bir iletişim sorunu görülmemektedir (H6).
- Hekim tarafından hastaya yapılacak işlemler detaylı bir şekilde anlatılmaktadır ve tedavi sürecine girilmektedir (H6).

Kırmızı alan

- Ortamda bir yandan temizlik görevlileri de temizlik yapmaya çalışıyor ve hastaları etkileyecek bir duruma yol açmamak için hemşireler ile iletişime geçiyor (H1).
- Hastaların hemşire ve doktorlar ile iletişimi sağlık durumlarının ciddiyeti ile ilgili olarak çok kısıtlı olduğu görüldü (H1).
- Ortamda hastaların klinik durumları ve süreci ile ilgili olarak mesleki terimler konuşulmaktadır (H1).
- Hasta yakınları hekimlere sürekli sorular soruyor. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetleri konusunda en rahat hissettikleri bir ortam olarak gözlemlendi (H1).
- Bu alanda gözlem yapılan saatlerde hasta bulunmamaktadır (H2).
- Hastalar ile hastalıklara ilişkin nazik bir dille konuşulmaktadır (H3).
- Bu alanda hastalar ile ilgili olarak sadece sağlık profesyonelleri kendi aralarında konuşmaktadır. Hastaların sağlık profesyonelleri ile ilgili iletişimi kısıtlı olmakla birlikte hasta yakınlarının içeride bulunmasına zaten müsaade edilmemektedir (H4).

- Ağrısından dolayı yüksek sesle bağırarak ağlayan genç bir kadın hasta ortama girdi ve diğer hastaların da duyabileceği şekilde feryat etti. Bir yandan da sağlık personelleri ve yakınları hastayı sakinleştirmeye çalıştılar (H5).
- Bu alanda hasta gözlem saatinde hasta olmadığı için bir gözlem bulgusu bulunmamıştır (H6).

Tablo 4.29. Acil Servislerle İlgili Genel Değerlendirmelere İlişkin Sorunlu Noktalar

Genel Değerlendirme	Triaj öncesi alan	Triaj alanı	Yeşil alan	Sarı alan	Kırmızı alan
H1 (01.00-05.00)	<ul style="list-style-type: none"> - Yoğun acil servis - Hijyenik olmayan ortam - Mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu - Yetersiz fiziki şartlar 				
H2 (05.00-09.00)	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddet olgularına yaklaşım için ideal ortam - Şiddet olgularına yaklaşım için yetersizlik potansiyeli 				
H3 (09.00-13.00)	-Triaj alanı ve yeşil alanda bilgi gizliliği ve mahremiyet sorunu				
H4 (13.00-17.00)	<ul style="list-style-type: none"> - Şiddet olgusuna ideal yaklaşım ortamı - Mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu 				
H5 (17.00-21.00)	<ul style="list-style-type: none"> - Acil servisin hasta yoğunluğu - Acil ortamının şiddet gören kadın hastalar için uygunsuzluğu 				
H6 (21.00-01.00)	- Mahremiyet sorunu				

Genel Değerlendirme

- Gözlem yapıldığı saat itibarıyla çok yoğun bir acil servis ortamı görülmüştür (H1).
- Acil servis koridorun sonunda radyoloji ve laboratuvar bölümü bulunmakta. İdrar ve kan tahlili istenen hastalar için de pek de hijyenik olmayan kadın ve erkek wc bulunmaktadır (H1).
- Ortamda gerek koridor gerekse de hasta müşahede ortamının temizliğini sağlayan personeller de bulunmakta ve hasta bilgilerine ulaşma ve mahremiyetine ilişkin alt yapı yetersizliği bu meslek grubunun da etkileşim içerisine dâhil olmasını sağlamaktadır (H1).

- Hizmet sunumu açısından çok kalabalık olmasının yanında hastanın tedavi alabilmesi için uygun fiziki şartların olmadığı görülmüştür (H1).
- Sabah 5 ile 9 arasında acilde yaptığımız gözlem neticesinde çok az sayıda hasta girişi olduğu görülmüştür (H2).
- Gözlem yapılan saatlerde acil servisin en sakin saati olduğu görülmektedir. Hasta sayısı çok azdı ve acil servis için son derece rahat bir ortamdı (H2).
- Yoğunluk açısından değerlendirildiğinde gözlenen saatte kadına yönelik şiddet yönetimi açısından uygun bir ortam olduğu görünmektedir. Var olan imkânları kullanmak şiddet olgusuna yaklaşım açısından efektif bir şekilde kullanılabilir (H2).
- Ancak hasta yoğunluğunun olduğu saatlerde gerek personel gerekse de alt yapı imkânlarının yetersiz kalacağı düşünülmektedir (H2).
- Ankara ölçeğinde geniş ve yeterli bir acil servis olarak görüldü (H3).
- Teknik ve fiziksel imkânları sağlık hizmeti sunumu için ideal olarak değerlendirildi (H3).
- Hastalara ilişkin triaj alanı ve yeşil alan haricinde mahremiyet ve bilgi gizliliğine ilişkin bir soruna hastaya özel ortam sağlandığı için rastlanmadı (H3).
- Ankara ölçeğinde üniversite hastaneleri arasında en büyük hastane olarak dikkatimizi çekmiştir (H4).
- Fiziksel ve teknik altyapısının acil servis hizmet sunumu sürecinde yeterli olduğu düşünüldü (H4).
- Hastanın bilgi gizliliği ve mahremiyetinin sağlanması konusunda yeterli imkânlar bulunmaktadır (H4).
- Ancak sağlık hizmeti sunan personellerce hastaların mahremiyeti ve bilgi gizliliğinin sağlanmasına dikkat edilmediği görüldü (H4).
- Şiddete uğrayan kadın hastalara ideal yaklaşım sunmak için yeterli bir acil servis olduğunu düşünüyoruz (H4).
- Acil servisin triaj öncesi alanından başlayarak kırmızı gelene kadar çok kalabalık dinamik bir ortam olarak gözüme çarptı. İçeride gördüğümüz

kadarıyla bir tane bile boş yatak olmadığı gibi hastalar ek sedyeler temin edilerek koridorlarda yatırılarak tedavi edilmektedir (H5)

- Hasta, hasta yakınları, güvenlik görevlisi, temizlik personelleri, ve hekim de dahil tüm personeller olmak üzere dinamik bir etkileşim içerisinde olduğu görülmekte ve özellikle kadın yönelik şiddet olguları için uygun bir fiziksel ortam bulunmamaktadır (H5).
- Hastane acili diğer acillere kıyasla hasta kabul sayısı çok daha az olduğu görülmektedir (H6).
- Gelen hastaların sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyleri görüldüğü kadarıyla orta ve yüksek olarak yorumlanmıştır (H6).
- Gözlem yapılan saatlerde çalışan personeli zorlayacak düzeyde hasta yoğunluğu da yaşanmamıştır (H6).
- Acilde bir tane dördüncü yıl asistanı bir de birinci yıl asistanı olmak üzere iki hekim nöbet tutmaktadır (H6).
- Hastanede sağlık personellerinin haricinde temizlik görevlileri de acil sağlık hizmetinin sunulduğu alanlarda gezmekte ve hasta ile ilgili olan süreci takip edebilecek bir ortamda temizlik hizmetini yürütebilmektedir (H6).

5. TARTIŞMA

Bu doktora tez çalışması, Ankara’da bulunan üniversite hastanelerinde acil tıp alanında görev yapan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını tıp etiği açısından değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu değerlendirmede konu, insan hakları, kadın hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliği yaklaşımı ile ele alınmakta ve kadına yönelik şiddetin toplum içerisinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucu ve sürdürülmesi için kullanılan bir araç olduğu kabul edilmektedir.

Acil servisler şiddete uğrayan kadınların ilk başvuru noktalarından biridir. Bu nedenle acil servislerin kendine özgü dinamikleri çerçevesinde acil tıp hekimlerinin kadına yönelik şiddet olgularına ilişkin yaklaşımları kritik önem taşımaktadır. Bu amaçla, acil tıp hekimleri ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen nitel veriler, sosyo-demografik bulguların yanı sıra, bilgi, tutum ve uygulama sorularına verilen yanıtlardan ortaya çıkan bağlamlar çerçevesinde tartışılmıştır. Ayrıca gözlem neticesinde elde edilen veriler sorunlu noktalar çerçevesinde değerlendirilerek tartışma zenginleştirilmiştir.

5.1. Acil Tıp Hekimlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Kadına Yönelik Şiddet

Mosadeghrad AM (2014) tarafından hekimlerle yapılan birebir derinlemesine görüşmeler neticesinde tıbbi hizmetlerin kalitesinin sağlık hizmeti sunan hekimlerin bilgi ve teknik becerilerinin yeterliği ile sıkı ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle tıp fakültelerinin eğitim ve mesleki gelişimi sağlama konusunda kritik bir role sahip olduğu belirtilmektedir (144). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) 2014 yılında Yükseköğretim Kurulu Genel Kurulunda görüşülerek kabul edilmiştir. ÇEP ile Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminin uluslararası standartlara kavuşturulması amacıyla tıp eğitiminin ulusal ölçekte genel çerçevesi belirlenmiştir. ÇEP kapsamında belirlenen yeterlikte hekimlerin yetiştirilmesi için a) Hekimlik uygulamalarına, mesleksi becerilere yönelik eğitim içeriği, b) Genel tıp alanına temel oluşturan bilgiler ve bilgiye yönelik eğitim içeriği, c) Profesyonel

değerler, davranışlar ve profesyonelliğe yönelik eğitim içeriği olarak üç başlıkta her bir fakültenin programının geliştirilmesi ve eğitimine entegre edilmesi önerilmiştir. Profesyonelliğe yönelik eğitim içeriğinde “*Tıp etiği, etik ve mesleki değerler ve sorumluluklar; insani, toplumsal ve kültürel değerler ve sorumluluklar*” alt başlığı da öne çıkmış ve eğitim programına dâhil edilmesi ve buna uygun yeterlikler belirlenmesi önerilmiştir (137).

Bu araştırmada görüşülen 35 gönüllü hekimin tamamının mezuniyet yılından bağımsız olarak etik eğitimi aldıklarını belirtmiş, en azından kuramsal olarak bazı etik konuları bildikleri düşünülmüştür.

Kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim konusuna da Ulusal ÇEP’te yer verilmiştir. Kadına yönelik şiddete ilişkin olarak hekim adaylarının klinikte ve diğer ortamlarda şiddet olgusuyla karşılaştıklarında belirli düzeyde olgu yönetme becerisi kazanmaları bu eğitim kapsamında önerilmiştir (137). Ancak araştırma kapsamındaki 35 hekimden sadece yedisi mezuniyet öncesi ya da sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Bu nedenle görüşülen hekimlerin çoğunluğunun kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin yaklaşımlarının aldıkları eğitime bağlı olmadığı, olgulara kendi bireysel motivasyonları ve becerileri dâhilinde yaklaştıkları anlaşılmaktadır.

Kadına yönelik şiddetin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucu olması nedeniyle DSÖ’nün (2006) içinde Türkiye’ye ait görüşün de sunulduğu “Sağlık Profesyonelleri İçin Toplumsal Cinsiyetin Eğitim Müfredatına Entegre Edilmesi” başlıklı raporunda hekimler için asgari toplumsal cinsiyet yeterliklerinin neler olması gerektiği sıralanmıştır. Ayrıca, bu yeterlikleri sağlamak için tıp eğitimi veren kurumlara ve eğitimcilere önerilerde bulunulmuştur (145). Türkiye’de ulusal ÇEP’te mezuniyet öncesi tıp eğitiminin üç ana içeriğinden birisi olan mesleki profesyonellik başlığı altında “*sağlığın belirleyicileri, sağlıkta eşitsizlik, toplumsal cinsiyet ve sağlık*” alt başlığı olarak toplumsal cinsiyet eğitimi verilmesi tavsiye edilmiştir (137). Araştırmamız kapsamında toplumsal cinsiyet eğitimi aldığını söyleyen sadece iki kişi bulunmaktadır.

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesi farklı boyutlara göre ölçülebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hastanelerde sağlık hizmeti kalitesini belirleyen boyutlardan biri genel tıbbi bakım deneyimidir. Başta hekimler olmak üzere diğer sağlık personellerinin de bilgili ve tecrübeli olması, acil durumlara karşı hızlı ve etkin müdahale yapabilmenin yanında diğer sağlık hizmeti sunumlarındaki kalite için de önem arz etmektedir (146). Araştırmamıza katılan gönüllü hekimlerin ortalama mesleki deneyim süresi $8,25 \pm 6,58$ yıl olup, mesleki anlamda deneyimli olduklarını söylemek yerinde olacaktır. Ayrıca hekimlerin daha önce çalıştıkları sağlık birimlerine bakıldığında büyük çoğunluğunun da hastane acil servislerinde çalışmış olmaları, acil tıp özelinde deneyimlerinin yoğun olduğunu göstermektedir.

Kadına yönelik şiddet türleri ülkeler ve bölgelere göre değişkenlik gösterebilir. Ayrıca kadına yönelik şiddet her biri farklı bireyler, gruplar ve kültürler tarafından da farklı anlaşılabilen farklı şiddet türlerini kapsamaktadır. Ortaya çıkan bu farklı bakış açıları şiddeti tanımlamakta ve tespit etmekte güçlükler ortaya çıkarabilmektedir (147). Pan A. ve arkadaşları (2006) kadına yönelik şiddetin karmaşıklığına vurgu yapmış ve ataerkil toplumlar içerisinde kültürel ve sosyal bağlamda toplum içerisine yerleştiğini belirtmiştir (148). DSÖ'ye göre şiddet davranışı kültürel ve sosyal normlardan güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Bu nedenle şiddeti önlemeye yönelik çabaların toplumsal baskıların ve beklentilerin bireysel davranışları nasıl etkilediğini dikkate alması gerekmektedir (149). Sorunun çözümü için esasen sosyal ve kültürel nedenlere yönelik müdahaleler gerekirken birlikte, sağlık sistemi ve sağlık personeli şiddete uğrayan kadınlara etkili bir şekilde sağlık hizmeti sunma ve ihtiyaçlarını karşılama konusunda önemli rol oynamaktadır (150). Araştırmaya katılan gönüllü hekimler, görüşme sırasında daha önceki mesleki deneyimlerine ilişkin Şekil 4.1'de görüldüğü üzere Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde ağırlıklı olarak hastane acil servislerinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Şiddetin kültürel ve sosyal boyutu da göz önüne alındığında hekimlerin farklı kültürlerde kadına yönelik şiddet olgu deneyimlerine sahip olmasının araştırma verilerini zenginleştirdiği düşünülmektedir.

5.2. Acil Tıp Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Mesleki Bilgileri

5.2.1. Acil Servis Hekimlerinin Lisans Dönemi Etik Eğitimi

Tıp fakültelerinde etik eğitimi, hekim adaylarının uygun bilgi birikimi ile doğru tanı ve analizleri yapmalarına ve böylece karşılaştıkları sorunlara ve ikilemlere etik çözümler sunmalarına yardımcı olacak ve etik karar verme becerisini geliştirecektir. Bu nedenle, etik ilkelerin ve profesyonelliğin tıptaki rolünü değerlendirmek önemli olmaktadır (151).

Tıp etiği ve profesyonellik arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Tıp etiği ve profesyonellik eğitiminin sürekli tıp eğitiminin bir parçası haline gelmesi önemlidir. Tıp fakültelerinin öğrenci kabulünü gerçekleştirirken mesleğe uygun karakterde öğrenci seçme gibi bir şansa sahip değildir. Bu nedenle etik eğitimi, profesyonel değerleri uygulamalara yansıtmak açısından değerli hale gelmektedir. Çünkü etik eğitimi, tıp öğrencilerine klinik tıpta karşılaşılan etik ikilemleri görmek, önlemek, analiz etmek ve çözmek için kavramsal araçlar sağlamaktır (133).

UNESCO Genel Konferansının 33. Oturumunda (19 Ekim 2005), Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi kabul edilmiştir. Bildirge, UNESCO'ya üye 191 devlet tarafından kabul edilen bir dizi biyoetik ilkeyi içermektedir. UNESCO Biyoetik Çekirdek Müfredatı, üniversite öğrencilerine Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin biyoetik ilkeleri tanıtmayı amaçlamaktadır. Biyoetik öğretimi birçok ülkede pek çok üniversitede tanıtılmadığı için, UNESCO Biyoetik Çekirdek Müfredatı, bu tür öğretileri tanıtmaya başlamak için teşvik sunmaktadır. Bu müfredatın içeriği UNESCO tarafından kabul edilen etik ilkelere dayanmaktadır. Bu müfredat belirli bir model ya da belirli bir biyoetik bakış açısını şart koşmamaktadır, fakat farklı kültürel, tarihi ve dinsel geçmişe sahip çeşitli ülkelere bilim uzmanları, politika yapımcılar ve sağlık profesyonelleri tarafından paylaşılan etik ilkeleri açıklamaktadır. UNESCO Biyoetik Çekirdek Müfredatı ayrıca uygun biyoetik öğretimi için asgari olarak (öğretim süresi ve içeriği açısından) nelere dikkat edilmesi gerektiğini tanımlamaktadır ve

esnek uygulamaya izin verirken, eğitimcileri ve öğrencileri çeşitli yönlerden içeriklerini ve yaklaşımlarını genişletmeye davet etmektedir (152).

UNESCO Biyoetik Çekirdek Müfredatı, her biri 60 dakika olan, toplam 30 saat süreli programı olan bir biyoetik eğitimini önermektedir. Bu müfredata göre biyoetik eğitimi şu başlıklardan oluşmaktadır: a) Etik nedir? b) Biyoetik nedir? c) İnsan onuru ve insan hakları. d) Yarar ve zarar. e) Özerklik ve bireysel sorumluluk. f) Onam. g) Onam verme kapasitesi olmayan insanlar. h) İnsanın savunmasızlığı ve kişisel bütünlüğüne saygı. ı) Mahremiyet ve gizlilik. i) Eşitlik ve adalet. j) Ayrımcılık yapmama ve damgalamama. k) Kültürel çeşitliliğe ve çoğulculuğa saygı. l) Dayanışma ve işbirliği. m) Sosyal sorumluluk ve sağlık. n) Yararın paylaşımı. o) Gelecek nesilleri koruma. ö) Çevrenin korunması, biyosfer ve biyoçeşitlilik (152).

Mijaljica G'nin (2014) araştırmasına göre altı Güney Doğu Avrupa ülkesindeki tıp okullarında, tıp etiği için ders saatleri ve içeriğinde hem niteliksel hem de niceliksel açıdan önemli farklılıklar bulunmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinde, tüm müfredat boyunca etik eğitime verilen süre ortalama 44 saattir. Güney Doğu Avrupa'da, en fazla eğitim süresi 60 saat iken asgari olarak 10 saattir. Araştırma etiği konularında eğitim ise bölgesel tıp okullarında içerik ve süre olarak önemli farklılıklar göstermektedir (153).

Dünya Hekimleri Birliği de (1999) tıp etiği ve insan haklarının tıp fakültesinin temel müfredatlarına dâhil edilmesi gerektiğini öneren bir bildiri yayınlamıştır (153). Türkiye'de ise Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tarafından tıp eğitimi için hazırlanan Ulusal ÇEP'de "profesyonel" in tanımı "*Tıp Fakültesi Mezunu; mesleki değer ve ilkelerle, etik değerleri gözeterek, yasal düzenlemeler çerçevesinde, güncel ve kanıta dayalı bilgiler ışığında birey ve toplum odaklı sağlık hizmeti sunar*" şeklinde yapılmıştır. Bu bağlamda hekim yetiştiren kurumlara etik eğitiminin de tıp eğitimi sürecinde verilmesini önermiştir (137).

Kurt E. ve arkadaşları (2015) Türkiye'de tıp eğitimi veren dokuz üniversitenin etik eğitim müfredatını incelenmiştir. İnternet üzerinden bu üniversitelerin etik eğitim programlarına ulaşıldığında tıp etiği eğitiminin üniversiteler arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Etik eğitimi konusundaki bu farklılığın üniversitelerin kendi

belirledikleri konu başlıklarına göre ders anlattıkları, bu nedenle de araştırma konusu olan bu üniversitelerde etik eğitim farklılığının ortaya çıktığını savunmuşlardır (154).

Acil servislerde kadına yönelik şiddet olgu yönetimi yapmak zorunda olan acil tıp hekimlerinin etik eğitimi almış olmaları önem arz etmektedir. Söz konusu hasta şiddete uğramış kadın olduğunda tıp etiğinin ilkelerine (yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı, adalet) uygun yaklaşım sergilemek, her hastada olduğu gibi şart olmaktadır. Şiddete uğrayan kadının acil tıbbi durumunun olmayışı da, bu etik ilkelere uygun davranmayı önemsiz kılmamaktadır. Tablo 4.2’de görüşmeye katılan hekimlerin hatırladıkları kadarıyla lisans döneminde aldıkları etik eğitiminin başlıkları yer almaktadır. Bu tablodaki etik eğitim başlıkları incelendiğinde ise UNESCO Biyoetik Çekirdek Müfredatı ile uyuşan konu başlıklarının da olduğu görülmektedir. Araştırmamız kapsamında hekimlerin tamamı tıp fakültesinde etik eğitimi aldıklarını ifade etseler de, aldıkları etik eğitiminin içeriğini hatırlamadıkları genel olarak belirtilmiştir. Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere araştırmaya katılan ve farklı fakültelerden mezun hekimlerin standart bir etik eğitiminden geçmedikleri anlaşılmaktadır. Ayrıca eğitim içeriklerini hatırlamamaları da eğitimin kalıcı olmadığını düşündürmüştür.

5.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Şiddet gören kadınların bir kısmı şiddet sonucunda yaralanmakta ve sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Yine sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar arasında şiddet görenler oldukça fazladır. Hekimler de dâhil olmak üzere sağlık hizmeti veren tüm çalışanlar, şiddete uğrayan kadınla karşılaştıklarında sorunu tanımlamak ve hastayı doğru şekilde yönetmek için gerekli bilgiye de sahip olmalıdırlar. Şiddete ilişkin sahip olunan bilgi kadına yönelik sağlık hizmeti sunumunu daha da etkili hale getirecektir(155).

Şiddet olgusuna müdahale konusunda bilgili ve yetenekli olan sağlık çalışanları, böylece kadının sağlığına önemli bir katkı sağlayabilirler. Öte yandan, bu tür beceri ve bilginin eksikliği kadınları daha fazla risk ve zarara sokabilir. Örneğin, bir hekim şiddete ilişkin belirtileri tanımadığında, yanlış tanı koyabilir veya uygunsuz

bakım sağlayabilir. Daha ötesinde, bilgisiz hekimler, hastanın güvenliğini ve hayatını tehlikeye sokabilir (45).

Vieira ve arkadaşlarının (2009) hekim ve hemşireler arasında yaptıkları çalışma sonuçlarına göre görüşülen kişilerin yarısından fazlasının (% 58.7) toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle ilgili yeterli bilgisi (iyi ya da yüksek) bulunmaktadır. Bu araştırma sonucuna göre şiddetin yaygınlığı konusunda profesyoneller arasında farkındalık olmaması, şiddetin sağlık hizmetleri içinde görünmez olması anlamına gelmektedir (156).

Ramsay ve arkadaşlarının (2012) hekim ve hemşirelerle yaptıkları çalışmaya göre çoğu klinisyen, aile içi şiddete maruz kalan kadınlara yönelik olumlu bir tutum sergilemiş ancak şiddeti tanılayıp raporlama oranlarının düşük olduğunu göstermiştir. Bu klinisyenlerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bazı risk faktörleri ve klinik konular hakkında temel bilgilerinin bulunduğu, ancak şiddete uğrayan kadınları tespit etme ve yönetme konusunda özgüveni olmadığı belirtilmiştir. Kadına yönelik şiddetin nedenlerine ilişkin klinisyenler yeterli bilgi sahibi olmamakla birlikte, şiddet olgusuyla pratikte karşılaştıkları ifade edilirken, toplumdaki yaygınlığı konusunda yeterli bilgiye de sahip değillerdir (157).

Türkiye’de acil servislerde çalışan hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre (2007), hemşirelerin % 89.5'i ve hekimlerin % 71.1'i şiddete maruz kalan kadınların klinik görünümünün farkında olduklarını beyan etmişlerdir. Ancak ankete verdikleri cevaplara dayanan ortalama bilgi puanları farklılık göstermiştir. Akut durumlar için ortalama bilgi puanı $8,84 \pm 1,73$ (En küçük-En büyük değer=0-10), psikiyatrik hastalıklar için $7,85 \pm 2,48$ (En küçük-En büyük değer= 0-10), üreme sağlığı sorunları için $5,01 \pm 3,34$ (En küçük-En büyük değer= 0-10), kronik durumlar için $4,51 \pm 3,32$ (En küçük-En büyük değer= 0-10) olarak bulunmuştur (158).

Bu çalışmaya katılan hekimler Tablo 4.3’te görüldüğü gibi, literatürde var olan fiziksel şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet türlerinin yanında çocuk ihmal ve istismarı ile yaşlı ihmal ve istismarı gibi şiddet türlerinden bahsetmişlerdir. Katılımcıların şiddet türleri hakkında bilgi sahibi oldukları anlaşılmaktadır.

5.2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet eylemleri, birçok ülkede en yaygın şiddet biçimleri arasındadır ve dünya çapında milyonlarca kadın ve kız çocuklarının sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kadına yönelik şiddet, tüm toplumlarda ve kültürlerde görülmektedir. Yaşandığı bölge ve kültürden bağımsız olarak uygun zemin olduğu takdirde şiddet eyleminin görülmesi çok daha olası hal almaktadır. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, özellikle kadınlar ve kız çocukları olmak üzere eşitsizliği ve güçsüzlüğü sürdüren ayrımcı kültürel inanç ve tutumlarda köklü bir biçimde yer almaktadır. Yoksulluk, eğitim ve geçim olanaklarının eksikliği, suç ve istismara yönelik yaptırımların eksikliği gibi çeşitli diğer faktörler de, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve ayrımcılık kültürüne katkıda bulunma ve bunları güçlendirmeye yönelme eğilimindedir. Şiddeti ortaya çıkaran sebepler ise Birleşmiş Milletler'e göre fiziksel, sosyal, kültürel, politik, yasal uygulamaların yetersizliği gibi faktörler olarak belirtilmektedir (159).

Heise tarafından kadına yönelik şiddetin nedenlerini açıklamak üzere uyarlanan "ekolojik model" şiddete ilişkin risk faktörlerini dört düzeyde el alır: Bireysel faktörler, ilişkiye dayalı faktörler, topluluğa dayalı faktörler ve topluma ait faktörler. Bu model, cinsiyete dayalı şiddetin risk faktörlerini ve bunların etkileşimini anlamak için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır ve bu nedenle hekimlerin şiddet olgusuna yaklaşımında ve şiddet ile mücadele programı geliştirmede bir rehber olarak kullanılabilir (45).

Kültürel ve sosyal normlar bireyin tutum ve inançlarına uymak zorunda değildir, ancak normların içselleştirilmesi durumunda bu tutum ve inançları etkileyebilirler. Kültürel ve sosyal normlar da geniş ölçüde değişmektedir. Bu nedenle, bir sosyal grup, çete veya kültürde kabul edilebilir davranış, bir diğerinde tolere edilemez. Farklı kültürel ve sosyal normlar farklı şiddet türlerini destekler. Örneğin, erkeklerin fiziksel yollarla kadınları kontrol etme veya disipline etme hakları olduğu şeklindeki geleneksel tutumlar, kadınları eşlerinden kaynaklanacak cinsel şiddet dâhil şiddetin her türüne karşı savunmasız kılar. Ayrıca cinsel şiddet de dâhil olmak üzere şiddetin kültürel olarak kabul görmesi, eşler arası şiddetin özel bir mesele olarak

görülmesine yol açarken, dışarıdan müdahaleyi ve kadınların destek almalarını engeller (149).

Gbolahan'ın araştırmasına göre (2013) sosyokültürel faktörlerin toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin kadınlar üzerinde etkisini göstermektedir. Bu çalışmaya göre katılımcıların %44,1'inin erkeklerin otoriter tutumlarının toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti desteklediğini kabul ettiğini göstermektedir. Katılımcıların % 31,3'ü bazı kültürel inanç ve değerlerin toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti desteklediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %33,8'inden fazlası, kadınların ekonomik açıdan güçsüz kalmasının toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti teşvik ettiğini öne sürmüştür (160).

Reichel'in (2017) çalışmasına göre Avrupa'da daha eğitilmiş çiftler arasında şiddet olgusu daha az görülmektedir ve sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan kadınlar yakın partner şiddetinden daha çok etkilenmektedir. Dolayısıyla eğitim ve sosyoekonomik düzey düştükçe bu çalışmaya göre kadının şiddet olgusuna maruz kalma olasılığı artmaktadır (161).

Araştırma kapsamında elde ettiğimiz verilerden şiddetin nedenlerine ilişkin ortaya çıkan bağlamda şiddetin nedenleri Tablo 4.4'te temel olarak güç eşitsizliği, toplumun gelenekleri, düşük sosyokültürel düzey, alkış alan bir eylem olarak kabullenilmesi olarak acil hekimleri tarafından ifade edilmiştir. Ortaya çıkan araştırma sonuçlarımızla yapılmış olan bilimsel araştırma sonuçlarıyla da şiddetin nedenlerine ilişkin benzerlik olduğu da görülmektedir.

5.2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Olumsuz Sağlık Sonuçları

DSÖ'ye göre sağlık yalnızca hastalık ya da yeti kaybının olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir (162). Şiddet olgusunun kadın sağlığı üzerine olan etkisi DSÖ'nün sağlık tanımı doğrultusunda incelendiğinde her boyutta ağır sağlık sorunlarını yaşadığı görülmektedir. Şiddetin kadın üzerinde ölümcül olan etkilerinin haricinde, ölümcül olmayan sağlık etkileri olarak fiziksel etkiler, ruhsal etkiler, psikosomatik etkiler, sağlığı tehlikeye sokan davranış geliştirme, üreme sağlığına etkileri, sosyal sağlık ve iyilik halini bozan sonuçlar olarak kategorize edilmektedir

(3,9). Bunun haricinde kadına yönelik şiddet, doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerine özgü olarak da çeşitlilik göstermekte ve her bir dönemde maruz kaldıkları şiddet türüne özgü olarak ölümcül ve ölümcül olmayan sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (45).

Acil tıp alanında çalışan hekimlerin kadına yönelik şiddetin kadın sağlığı üzerinde etkilerini bilmelerinde fayda olacaktır. Böylece meseleye sadece acil tıbbi durum özelinde bakmayacaklardır. Şiddete uğrayan kadının sorunlarının çözümüne yönelik, acil dışı bir bakış açısına da sahip olacaklardır. Araştırmamız kapsamında hekimler, Tablo 4.5'te görüldüğü gibi şiddetin kadın sağlığı üzerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal etkilerine DSÖ'nün sağlık tanımı çerçevesinde değinmişlerdir. Ancak üreme sağlığı ve kadının yaşam evresine göre maruz kalabileceği şiddet türlerinin sağlık etkilerinden bahsetmemişlerdir.

5.2.5. Kadına Yönelik Şiddetin Belirtileri

Kadına yönelik şiddetle mücadele etmek için, şiddet olgusunun mümkün olduğunca erken bir zamanda ortaya çıkarılması kritik öneme sahiptir. Şiddete uğrayan kadının sağlık hizmeti sunan birimlere temasa geçmesi diğer kurumlara nazaran daha olasıdır. Bunun için sağlık personellerine, acil servislerde özellikle hekimlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bunlar şiddetle ilişkili zorlayıcı ya da kontrol edici davranış kalıpları da dâhil olmak üzere risk faktörlerini, bulguları, sorunları ya da koşulları ortaya koymayı bilmek; kadının şiddete uğradığını söylemesini kolaylaştırmak; özenli davranmak; iletişime açık olmak; çözüme ilişkin uygun adım atmak olarak sıralanabilir (163).

İngiltere Sağlık Bakanlığı (UK Department of Health) tarafından hazırlanan (2005) "Responding to domestic abuse /A resource for health professionals" isimli kitapta şiddetin belirtilerini "sağlık hizmetleri ile tutarsız ilişki, fiziksel belirtiler, duygusal ve psikolojik belirtiler, üreme sağlığıyla ilgili belirtiler, muayene sürecine müdahil olmaya çalışan üçüncü kişiler" olarak beş başlık altında toplamıştır. Bu başlıklar altında belirtilen bulgular her zaman şiddet olduğunu göstermez. Ancak bu

bulgular hakkında bilgi sahibi olmak şiddet tanısı koyma sürecinde, kadın şiddete uğradığını söylemese dahi, acil hekimini yönlendirecektir (163).

BMNF'nun (2014) hazırlamış olduğu "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package" isimli kitapta "Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet belirtilerini anlamak" alt başlığı altında hekimlerin şiddeti anlamasını kolaylaştıracak şekilde bir sınıflama yapılmıştır. Bu sınıflama "Kadına yönelik şiddete ilişkin klinik durum örnekleri" ve "Kadına yönelik şiddetin belirtisi olabilecek davranış örnekleri" başlıkları altında verilmiştir (45).

Araştırmanın analizinde ise hekimlerin şiddetin belirtilerine ilişkin verdikleri bilgiler kategorik olarak Tablo 4.6'da sıralanmıştır. Bu tabloya göre şiddetin belirtileri "Akut/kronik fiziksel belirtiler, Akut/kronik ruhsal belirtiler, Psikosomatik belirtiler, Yaşlı ihmeline ilişkin belirtiler" başlıkları altında toplanmıştır. Kadına yönelik şiddetin belirtilerine ilişkin ortaya çıkan bu araştırma sonuçları konuya ilişkin uluslararası literatürle de uygunluk göstermektedir. Türkiye özelinde görüşmeye katılan hekim deneyimlerini ve bilgilerini yansıtan bu şiddet belirtilerini bilmek, acil serviste kadının şiddete uğradığını söylemeden, hekimin şüphe duymasına ve şiddet olgu yönetim sürecini başlatmasına yardımcı olacaktır.

5.2.6. Şiddet Gören Kadının Özellikleri

Acil servislerde müşahede edilen kadın hastaya uğradığı şiddete ilişkin acil hekimi tarafından özel yaklaşımlar sergilenmesi gerekmektedir. Hastanın ilk olarak onamını almak her zaman şiddeti anlatacağı anlamına gelmemektedir. Şiddet gören kadınlar, kontrol ve baskı altına almaya çalışan partner davranışlarına maruz kalmakta ve genellikle şiddetin sorumlusu olduklarına inanarak kendilerini izole edip utanç yaşamaktadırlar. Bu nedenle kadının şiddete uğradığını doğru tespit etmek gerekmektedir (68).

Şiddetin kadına etkisi meydana gelen fiziksel yaralanmaların çok daha ötesindedir. Şiddete uğrayan kadının travma ve ruh sağlığı hizmetlerinin dışında başka ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Bu ihtiyaçlara binaen birçok belirti verebilir. Belirgin

şikâyetleri olmayan kadınlarda şiddet maruziyetinin göz önüne alınması gerektiği de öne sürülmektedir (164).

Chicago Kenti Hırpalanmış Kadın Platformu (Chicago Metropolitan Battered Women's Network) tarafından hazırlanan ve Chicago Hastane Konseyi Yönetim Kurulu tarafından onaylanan (1985) acil serviste şiddete uğrayan kadınların tedavisi için kılavuz ilkelere göre şiddete uğrayan kadına ait bazı özellikler belirtilmiştir. Aşağıdaki belirtiler sıklıkla diğer kronik stres durumlarında ortaya çıkar, ancak bunlar aynı zamanda kadına yönelik şiddetin de bir göstergesi olduğu da unutulmamalıdır (165):

- *Psikolojik Tepkiler: Hırpalanmış Kadın Sendromunun Özellikleri:* daha fazla istismar veya ölüm korkusu; düşük benlik saygısı; anksiyete; depresyon; çaresizlik duygusu; mutsuzluk duygusu; azalmış kendine güven; bastırılmış veya ifade edilmiş öfke; suç; endişe; intihar düşünceleri, jestleri ve / veya girişimleri; cinayet düşünceleri, jestler ve / veya girişimler; artan unutkanlık; karar vermede yetersizlik; uyku bozukluğu; panik atak.
- *Şiddet Sonrası Travmatik Stres Bozukluğu Semptomları:* dikkat düzeyindeki artış; aşırı hassasiyet; uyku bozuklukları; kâbus görme; yeme bozuklukları; yorgun uyanmak; keskin yanıt; letarji; sinirlilik; düşünce dağınıklığı; olumsuz ruh hali; fobiler.

Araştırmaya katılan hekimler acil servislere gelen şiddete uğrayan kadınların özelliklerini saymışlardır. Yaptığımız tematik analiz neticesinde şiddete uğrayan kadında görülmesi muhtemel özellikler Tablo 4.7'de davranış, ruhsal ve fiziksel özellikleri olarak sınıflanmıştır. Buradan anlaşılacağı üzere görüşmeye katılan hekimler, acil serviste karşılaştıkları şiddet gören kadınların özelliklerini tanımlayabildikleri görülmüştür. Bu tablo özelinde bir kadın değerlendirildiğinde, belirtilen özelliklerin görülmesi durumunda şiddete uğradığını belirtmese dahi şiddet tanısı koymak mümkün olabilir.

5.2.7. Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddet Tespitinde Yapılması Gerekenler

Şiddetin tespit edilmesi durumunda yapılması gerekenler literatürde müşahede, şiddeti tanımlama, güvenlik sorunlarını değerlendirme, tıbbi destek, duygusal destek, raporlama, bilgi verme ve yönlendirme, kadının kendi güvenliğini sağlaması, şiddet olgusunun ele alınmasında acil serviste rollerin belirlenmesi gibi başlıklarla sistematik hale getirmeye çalışılmıştır (56,68).

Özellikle burada gerek bireysel, gerekse de kurumsal olarak BM'nin belirlemiş olduğu kadına yönelik şiddette sağlık hizmeti sunumuna yol gösterecek olan "İnsan hakları temelli yaklaşım, Şiddet Gören Merkezli Yaklaşım, Bakım Kalitesi Temelli Yaklaşım, Tıp Etiği Temelli Bakım Yaklaşımı" olan dört rehber ilkeye uygun yaklaşım sergilemek gerekmektedir (9).

Şiddetin varlığı tespit edilen kadın hastalara sağlık hizmeti sunumunda tıp etiği temelli bakım yaklaşımında hastayı merkeze koyan bir anlayışla yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet etik ilkelerine uygun yaklaşım sergilenmelidir(65). Bunun haricinde mahremiyet, bilgi gizliliği, insan onuruna saygı, güvenlik, ayrımcılık yapmama, eşitlik gibi spesifik standartlar olan etik ilkelere de uygun olarak süreci yönetmek gerekmektedir(66).

Chicago Kenti Hırpalanmış Kadın Platformu tarafından hazırlanan ve Chicago Hastane Konseyi Yönetim Kurulu tarafından onaylanan (1985) acil serviste şiddete uğrayan kadınların tedavisi için kılavuz ilkelere göre şiddet tespitinde yapılması gerekenler şu şekilde sıralanmaktadır (165):

- Şiddet şüphesi olduğunda kadının gizlilik ve mahremiyetinin sağlanması ve şiddet ilişkin daha detaylı sorular sorulması,
- Şiddetin tanısı koyduktan sonra sağlık çalışanlarının bildirim yükümlülüğü olduğunun hastaya izah edilmesi, kadına haklarından bahsedilmesi ve polis ile görüşmesinde kadına destek olunması,
- Tıbbi kayıtlara şiddet olgusunun kaydedilmesi,
- Tedavi ve delil toplama için onam alınması ve tıbbi prosedürlere dair açıklamasını yapılması
- Kadının tıbbi öyküsü alınırken şiddete ilişkin geçmişinin de araştırılması,

- Fiziksel bulgular, psikolojik bulgular, lezyon fotoğrafları ve yaralanmaya ilişkin vücut haritası kullanılarak tıbbi kayıtların tutulması,
- Hastanın gizli veya eski yaralanmalar açısından detaylı şekilde muayene edilmesi,
- Hastane politikası ve prosedürleri için kanıtların korunması,
- Kadın cinsel saldırıya maruz kaldığını belirtirse cinsel saldırı protokollerinin uygulanması,
- Kadının şiddete uğradığının gerekli olan acil servis personellerine bildirilmesi,
- Uygun destek birimlerine yönlendirmenin yapılması,
- Kadına tıbbi kayıtlara erişim hakkının olduğunun açıklanması,
- Kadının karara katılımına imkân tanıyarak taburculuk planının yapılması.

Houry ve arkadaşlarının kentsel bölgedeki bir acil serviste yaptıkları araştırmayla, yakın partner şiddeti olgularının acil serviste müşahedesi sırası ve sonrasında oluşabilecek acil servis içi ve sonrası güvenlik durumuyla ilgili olayları değerlendirmişlerdir. Bu çalışmayla şiddet gören kadınların, acil servise müracaatından 6 ay önce ve 6 ay sonra 911 acil çağrı merkezinden aldıkları destek değerlendirilmiştir. Değerlendirmeye göre, şiddete uğrayanlar olumsuz bir durumla karşılaşmadıkları gibi güvenlik planlarının geliştiğini ve ihtiyaçlarını karşılayacak olan diğer kaynaklara ulaşımın kolaylaştığını belirtmişlerdir (166).

Bu çalışmanın bulguları göre acil serviste şiddete uğrayan bir kadının tespit edilmesi halinde yapılması gerekenler şu şekildedir: “ izole ortam sağlama, hasta güvenliğini sağlama, tüm vücut muayenesi yapma, medikal ihtiyacı belirleme, konsültasyon desteği alma, bilgi gizliliğini sağlama, uygun personel tayini, adli rapor tutma, adli olgu bildirim, kadına yönelik aile içi şiddet kayıt formu düzenleme, sosyal hizmet birimine bildirim, kurum amirini bilgilendirme” (Tablo 4.8). Araştırmaya katılan hekimler, kadına yönelik şiddetin tespiti halinde yapılması gerekenleri uluslararası medikal ve etik standartlara uygun olarak ifade etmişlerdir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığına ait sağlık kuruluşlarında kadına yönelik şiddet olgularına yönelik olarak “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu” kullanılmaktadır. Bu form aile içi şiddet olgusuna ilişkin başvuru bilgileri, şiddete maruz kalan kadınla

ilgili bilgiler, iletişim bilgileri, şiddet öyküsü, risk değerlendirme, sonuç bölümlerinden oluşmaktadır. Bu forma ilişkin olarak sonuç bölümünde ise kadına bilgilendirme yapması, eve dönüşü ile ilgili olarak güvenlik planı geliştirmesi, ileri tıbbi tanı ve tedavi için yönlendirme yapılması, kadını ve çocuğu korumak için ilgili birimlere yönlendirilmesi, psikolojik destek ve danışmanlık için yönlendirme yapılması, izlem planı yapılması ve polise bildirim konusunda hekimin gereğini yapıp yapmadığına dair bir kontrol listesi bulunmaktadır (167).

Araştırma kapsamında görüşmeye katılan hekimlerden yalnızca Sağlık Bakanlığına ait kurumlarda görev yapmış olan hekimlerin bu formdan haberdar olduğu, mesleki deneyimini sadece üniversite hastanelerinde geçirmiş olan hekimlerin ise bu formdan haberdar olmadığı belirtilmiştir. Hekimlerin bu formdan haberdar olmayışı da hekimler açısından kadına yönelik şiddet tespitinde yapılması gereken temel uygulamalarda eksiklikler ortaya çıkarabilecektir.

5.2.8. Acil Servislerde Şiddet Gören Kadınlarla İletişim Engelleri

Geleneksel olarak klinisyen merkezli ya da hastalık odaklı tıbbi yaklaşım modeli yerine artık hasta merkezli yaklaşıma geçilmesi gerektiği sağlık çevrelerinde tartışılmaktadır. Hastayı merkeze koyan bu yaklaşımının sağlık sisteminin içinde yer etmesi önerilmektedir (168). Sağlık hizmetlerinde, özellikle acil servislerde, hekim ve hastalar arasındaki iletişim, hasta merkezli bakım ve hasta memnuniyeti hem ulusal hem de uluslararası düzeyde önemli yer tutmaktadır. Etkisiz bir iletişim hasta memnuniyetsizliği ile ilişkilendirilmiştir (169).

Hasta memnuniyetinin sağlanmasında hasta ile iyi iletişim kapsamında hasta beklentilerinin karşılanması, karar verme sürecine hastanın katılımı, insan onuruna gösterilen saygı, sağlık hizmeti alma isteğinin devam etmesi gibi etik yaklaşımlar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde iyi iletişim, hasta memnuniyetinin haricinde doğru tanı koyma, hasta güvenliğini sağlama, hastanın göreceği muhtemel zararları önleme, tıbbi uygulama hatalarını azaltma, sağlık ekibinin memnuniyeti gibi konularda da katkı sunmaktadır (170).

Acil servise gelmek, acil bakım gerektiren hastalar için stres ve endişe kaynağı olabilmektedir. Kötü iletişim, acil serviste hastanın sağlığı ve refahı üzerinde olumsuz etki yaratabileceği gibi sağlık profesyonellerine yönelik saldırgan davranışları da artırabilir. Blackburn ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmaya göre hastaları güçlendirmek ve hasta memnuniyetini sağlamak açısından da acil servislerde iyi bir iletişimin önemli ve gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (169).

Pun ve arkadaşları tarafından (2015) acil servis sağlık hizmetlerinde iletişim konusunda acil serviste çalışan hekimler ve hemşireler ile yapılan niteliksel araştırma bulgularına göre iletişim sorunu üç kategoride ortaya çıkmaktadır: deneyimle ilgili (prosedürler ve politikalarla ilgili), kişiler arası etkileşimle ilgili (klinisyenlerin hastalarla ve diğer klinisyenlerle etkileşimleriyle ilgili) ve bağlamsal faktörler (zaman baskısı ve hasta beklentileriyle ilgili) (171). Kadına yönelik şiddet özelinde iletişim sorunları düşünüldüğünde acil servilerde bu üç kategorinin daha da görünür hale geldiğini söyleyebiliriz.

Yakın partner şiddeti gören kadınların bir kısmı şiddetten kurtulmak için herhangi bir önleme başvurmamaktadır. Bu konudaki nedenlerden birisi kadınların erkeklerden daha aşağı olduğu ve itaatkâr olmaları gerektiği fikrini kabul eden toplumun bir parçası olmalarıdır. Bu anlayış çerçevesinde kadından beklenen pasif, itaat etmeye istekli, ağırbaşlı olmaları ve kontrolcü olmamalarıdır. Ayrıca kadının da suçluluk, utanç ve sıkılganlık hissetmesi de söz konusudur (172). Heath ve arkadaşlarının (2011) araştırmasına göre kadınların tecavüze uğradıktan sonra sessiz kalma yönünde tercihlerinin kendilerini suçlama, inanılmama korkusu, toplumda tanınmış failerin tecavüzcü olamayacağı ve şüphe bile edilmeyeceği inancının varlığının kabul edilmesi gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (173). Genel olarak literatürde ise kadına ait engellerin toplumsal inançların kabulü, utanç duyma, suçluluk hissetme, farkındalık eksikliği, kişisel, ilişkisel ve ekonomik kayıplarla ilgili kaygılarının olduğu ileri sürülmektedir (172). Ayrıca kadının şiddet uygulayan kişiden korkusu da kadına ait bir başka engeldir (45).

BMNF'na göre (2014) kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşımda sağlık sistemine ilişkin engeller ise; sağlık hizmeti sunan personellerinin olumsuz tepkileri,

suçlar tarzında yaklaşımları, polise bildirim konusunda tutumları, şiddet uygulayan kişiye yaklaşımları, duyarsız davranışları olarak belirtilmiştir (45).

Araştırma kapsamında görüşmeye katılan hekimlerce acil servislerde şiddet gören kadınla yaşanan iletişim sorunlarına dair belirtilen engelleri dört ana tema altında; kadına ait engeller, acile ait engeller, şiddet ile ilgili engeller, kadının çevresindeki kişilerden kaynaklı engeller şeklinde gruplandırmak mümkün olmuştur (Tablo 4.9). Hekimlerin aktardıklarından anlaşıldığı üzere kadınların karşılaştığı şiddetin büyüklüğü, süresi ve türü sağlık çalışanının kadınla iletişim kurabilmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra diğer iletişim engellerinin varlığında acil hekimlerinin şiddet gören kadınlarla iletişim kurma konusunda özel eğitimle beceri kazanmaları gerektiği düşünülmektedir.

5.2.9. Acil Servislerde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Engeller

Maruz kaldığı şiddetin türüne veya ortamına bakılmaksızın, şiddet gören tüm kadınlara sağlık hizmetinin sunulmasına rehberlik edecek bir dizi asgari standart ve ilke bulunmaktadır. Bu ilkelere uygun olarak sağlık sisteminde bazı düzenlemeler yapılması, sağlık hizmeti sunan hekimlerin konuya ilişkin farkındalık, bilgi, ve becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca genel sağlık hizmet prensibi olan “hastalık yok, hasta vardır” yaklaşımı çerçevesinde şiddet gören kadınların bireysel durumlarına, yaşadıkları travmanın şiddetine ve sonuçlarına bağlı olarak farklı ihtiyaçları ortaya çıkacağı da açıktır. (174).

Hizmet sunumu için ilke ve standartları dört başlık altında toplamak mümkündür: Toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşım, şiddet gören kadın merkezli yaklaşım, insan hakları temelli yaklaşım, toplumsal cinsiyete dayalı şiddete verilen yanıtı mevcut sağlık hizmetlerine entegre etmek. Şiddet gören kadın hastalara sağlık hizmeti sunumu sürecinde ise güvenliği sağlamak, kadının onurunu korumak, destekleyici bir ortam oluşturmak, gizliliği ve mahremiyeti güvence altına almak, kadının özerkliğine saygı göstererek karar alma sürecine katılımını sağlamak gibi etik açıdan önemli olan yaklaşımları uygulamak gerekmektedir (45).

Toplumun bazı kesimlerinde hem erkekler hem kadınlar tarafından kadınlara şiddet uygulanması normal kabul edilmektedir. Kadına yönelik şiddete kabulü getiren toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, sağlık alanında da kadınların yaşadığı şiddetin görmezden gelinmesine ve sessiz kalınmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının bir kısmı da hala kadına yönelik şiddet olgusunun “özel” ve kamuya açıklanmaması gereken bir mesele olduğuna inanmaktadır. Yabancı kişilerin, kadına yönelik şiddete müdahale etmeleri ve hatta sorgulamaları uygun görülmemektedir (172). Bu bağlamda BMNF’nin (2001) yaptığı pilot çalışmaya göre kadına yönelik şiddetin konuşulmasına engel olan durumlar şu başlıklar altında açıklamıştır (175):

- Şiddetin kadın üzerindeki etkileri,
- Hizmet alınan kurum personellerinin tutumları,
- Şiddeti reddetme,
- İlgili görevlilerin şiddete müdahale etmemek için akılcı neden bulmaları,

- Şiddet olgusunu küçümseme,
- Personelin sempati duyma endişesi,

Sağlık sisteminin kadına yönelik şiddet olgusuna etkili bir cevap vermesinde kilit rol oynadığı yaygın olarak kabul edilse de, şiddet gören kadınların uygun sağlık hizmeti almasını engelleyen bazı engeller bulunmaktadır. BMNF (2014) bu engelleri şu şekilde belirtmiştir (45):

- Kadının utanç, suçluluk ve şiddet olgusundan yalnızca veya kısmen sorumlu tutulma hissi,
- Kadının damgalanma, ailesi ve toplum tarafından dışlanma korkusu,
- Kadının saldırgan tarafından daha fazla şiddete uğrama korkusu,
- Kadının sosyal izolasyon ve şiddetle tek başına mücadele etmesi gerektiği duygusu,
- Kadınların özgüvenine zarar verebilecek uzun süreli kötü muamele deneyimleri,
- Kadınların çocukları için güvenli seçeneklerin olmaması ve çocuğun velayetini kaybetme korkusu,
- Finansal kaynaklar, konut, istihdam veya güvenlik açısından kadının gerçekçi seçeneklerinin bulunmaması,
- Uzak bölgelerde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine erişim sorunu,
- Sağlık hizmeti alacakları personellerden olumsuz tepki görme korkusu,
- Sağlık personelinin şiddete uğrayan kadına ilişkin hangi adımları atacağını bilmemesi,
- Göçmen kadınların ve etnik azınlıklara mensup kadınların sağlık hizmeti sunumunda karşı karşıya oldukları dil ve kültürel engeller,
- Sağlık tesisinin uygunsuz fiziksel koşullarının yanında hekimlerin ve hemşirelerin duyarsız davranışlarının tedavi sürecine olumsuz etkisi,
- Hekimin kadına yönelik şiddetin nedenleri, sonuçları ve dinamikleri hakkında yetersiz bilgi sahibi olması,
- Hekimin partner şiddetini özel bir mesele olarak algılaması, kadını suçlayan tutum ve yargıları,

- Hekimin şiddete ilişkin deneyimi,
- Hekimin şiddete ilişkin soru sorma konusunda isteksizliği,
- Şiddet olgusuna yaklaşımda klinik beceri eksikliği,
- Bilgi ve beceri eksikliğinin kadının güvenliğini tehlikeye sokması,
- Hekimin yönlendirme için temel teşkil edebilecek mevcut destek hizmetleri ve uygun profesyonel rehberliği hakkında bilgi eksikliği,
- Tıbbi bakım için yeterli zamanın ayrılmayışının yanı sıra yetersiz danışmanlık desteği,
- Hekimin sonraki hastalara da zaman ayırma kaygısı,
- Şiddete uğrayan kadınlarla ilgili dokümantasyon formları veya personel eğitimi gibi kurum içi destek eksiklikleri,
- Gizlilik kuralları veya raporlama yükümlülükleri gibi yasal konulara ilişkin belirsizlikler,
- Hekimlerin şiddete uğrayan tüm kadınlara uygun yaklaşımını sağlayacak standart prosedürlerin, iyi klinik bakım standartlarının, politikaların ve protokollerin bulunmaması.

Naudi M. ve ark. nın yaptığı (2018) niteliksel araştırmaya göre şiddetle mücadelede engeller ise tematik olarak şu şekilde sınıflandırılmıştır (172):

- Kültürel engeller
- Sosyo-ekonomik engeller: istihdam, barınma
- Şiddete uğrayan kadına ilişkin engeller: inanç, duygusal deneyim, kendini suçlama, duygusal bağımlılık, savunma mekanizması, arada kalma
- Şiddet uygulayan kişi ile ilgili engeller: kişilik özelliği, kontrolcü ve manipülatif davranışı, madde bağımlılığı, failerin standart davranışları, yakınlık derecesi
- Çocuklarla ilgili engeller: eşinden uzak kalmasına ilişkin faktörler, eşine yakın kalmasına ilişkin faktörler
- Gayri resmi engeller
- Resmi/ kurumsal engeller

- Sağlık, sosyal bakım ve eğitim sunumuna ilişkin engeller: kullanılabilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, hizmeti kullanım, etkinlik, kurumlar arası işbirliği
- Adalet sistemine ilişkin engeller: yargı sürecinin başlangıcı, kolluk, yargılama süreci

Söz konusu engellerin önemli bir kısmı toplum, yakın ilişkiler ve eşle ilişkiler düzeyinde ortaya çıkması nedeniyle sağlık sisteminin dışında ve ötesinde başka kapsamlı müdahaleleri gerektirmektedir. Bu nedenle kadının güçlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ile toplumsal cinsiyet temeli şiddetin önlenmesi esas olmak üzere, şiddetin önlenemediği durumlarda şiddet gören kadınların sağlık sistemi dışındaki hizmet gereksinimlerini karşılamak için sığınma evleri, kriz merkezleri veya danışma merkezleri gibi ilgili birimlere yönlendirmeler yapabilmeleri için hekimlerin farkındalığı hayati öneme sahiptir (45).

Araştırma kapsamında hekimlere göre kadına yönelik şiddetle mücadelede engeller “hekime ait engeller, kadına ait engeller, acile ait engeller, topluma ait engeller, politika düzeyinde engeller” olmak üzere dört ana tema halinde sınıflanmıştır (Tablo 4.10). Ortaya çıkan alt temalar uluslararası düzeyde yaşanan sorunlara paralellik göstermektedir. Görüşülen hekimlerin ifadelerine göre her bir başlık altında yer alan engeller bireysel, toplumsal, eğitim, kurumsal, politik düzeyde hala görünmeye devam etmektedir. Bu engelleri aşmaya yönelik etik temelli ve şiddet uğrayan kadını merkeze koyan yaklaşımların geliştirilmesi kadına yönelik şiddetle mücadelenin acil servisler ayağında önemlidir.

5.2.10. Acil Servis Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddet Eğitimi Eksikliği

Hekimler, şiddete uğrayan kadının sağlık hizmeti alması konusunda genelde ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Bu nedenle şiddetin tanımlanmasında ve müdahale edilmesinde hekimlerin önemli bir rolü vardır. Hekimlerin bu konuda eğitilmesi soruna etkin müdahale edilebilmesi için önemlidir. Bu eğitim, hekimlerin şiddet olgusunu anlamalarını, şiddete uğrayan kadınları tespit etmelerini, bu

kadınlara uygun bakım, destek ve yönlendirmeleri konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalarını sağlamalıdır (45).

European Society of Emergency Medicine (EUSEM)'e göre acil servisler, şiddet maruziyeti sonucu genellikle sağlık sistemi ile ilk temas noktası olduğu için, şiddete uğrayan kadınların tanınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Şiddet gören kadınlar yaralanmalarla veya korunma arayışıyla acil servise gelebilir. Acil hekimlerinin şiddeti ele alırken yaralanmaların yönetiminin yanı sıra şiddet olgusunu tanımak, şiddet gören kadını desteklemek, şiddet türünü ve etkisini belgelemek, sonraki süreçte yeni bir şiddet olgusunu önlemek için yönlendirme yapmak ve diğer profesyonellerle işbirliği yapmak gibi konuları göz önünde tutmaları gerekir(176).

Society of Academic Emergency Medicine (SAEM) acil tıp eğitimi için bir etik müfredatı hazırlamıştır. Bu müfredat aynı zamanda etik profesyonel davranış için gerekli becerileri geliştirmeye yardımcı araçlar sunarak acil tıp asistanlarının eğitime yol göstermektedir. Acil tıp asistanları için etik konularda gerekli olan yeterlik başlıkları belirlenmiş ve bu yeterlikleri kazanmaları önerilmiştir (177). Ayrıca her modülde: hekim hasta ilişkisi, hasta özerkliği ile ilgili konular, yaşam sonu kararları, hasta ile iletişim becerileri, kişiler arası ilişkiler, eğitim ortamında profesyonellik, etik ilkeleri anlama, mesleki sorumluluklar, hekimin sorunları ve sağlığı, adaletle ilişkin konular, endüstri ile ilişkiler, araştırma etiği konularında eğitim verilmesi önerilmiştir (178). SAEM tarafından önerilen müfredattaki bu etik konuların acil tıpta kadına yönelik şiddet olgu yönetimine entegre edilmesi gerekmektedir..

Araştırmaya katılan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin olarak ifade ettikleri eğitim eksikliklerinin tematik analizi sonucu ortaya çıkan tema ve alt temalara göre hekimler eğitim eksikliklerini lisans düzeyindeki eğitim eksiklikleri ve lisansüstü düzeyde eğitim eksiklikleri olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.11).

Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitimi için hazırlanmış olan ÇEP'de tıp fakültelerinde tıp etiği derslerinin anlatılması önerilirken kadına yönelik şiddete ilişkin etik konular görülmemektedir. Bununla birlikte araştırmaya katılan hekimlerin tamamı etik eğitimi aldıklarını ifade ederken kadına yönelik şiddete ilişkin etik eğitimi eksikliklerini vurgulamışlardır. Ayrıca şiddet ulusal ÇEP'te kayıt tutma, raporlama ve

bildirim konusunda ve kadına yönelik şiddete ilişkin olarak klinik eğitim tavsiye edilmiştir (137). Araştırmada hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim müfredatında kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim başlıkları görülmekle birlikte hekimlerin çoğu eğitim almadıklarını bildirmişlerdir.

Türkiye’de TUKMOS tarafından hazırlanan Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı incelendiğinde etik eğitimi uzmanlık eğitiminin bir parçası olarak önerilmemektedir. Bunun yanında da istismar olgularının değerlendirilmesi başlığı eğitim olarak önerilmekle birlikte kadına yönelik şiddete ilişkin önerilen özel bir başlık bulunmamaktadır (134). Buradan da hekimlerin aktardıkları ifadeler doğrultusunda kadına yönelik şiddet özelinde acil tıp uzmanlık eğitiminde tanımlanması gereken konular olduğu anlaşılmaktadır.

5.2.11. Acil Servislerde Karşılaşılan Şiddetin Yönü

DSÖ’nün “Şiddete ve Sağlığa İlişkin Dünya Raporu”nda (2002) şiddetin yönüne göre şiddet eylemini kendine yöneltilen şiddet, kişilerarası şiddet ve kolektif (toplumsal) şiddet olarak üç kategoriye ayırmaktadır. *Kendine yöneltilen şiddet*; intihar davranışı ve kendini yaralama gibi kişinin kendisine uyguladığı şiddet davranışlarını içermektedir. Kişiler arası şiddet; bu şiddet yönü kendisi içinde ikiye ayrılmaktadır. Aile içi/ yakın partner şiddeti ve kamusal alanda kişilerin maruz kalabileceği şiddet eylemlerini içermektedir. Şiddetin görüldüğü yere göre kendisini çocuk istismar ve ihmali, yaşlının istismar ve ihmali, cinsel saldırı, tecavüz gibi eylemlerle kendisini gösterebilir. Kolektif (toplumsal) şiddet; kendilerini bir grubun üyeleri gören kişi/kişilerin başka bir gruba veya bir grup insana karşı politik, ekonomik veya sosyal hedeflere ulaşmak için şiddet kullanmanın araçsallaştığı durumlarda kendisini gösterir. Silahlı çatışmalar, soykırım, baskı ve diğer insan hakları ihlalleri, terörizm ve örgütlü şiddet eylemler, nefret suçları, kişilerin temel ihtiyaçlarını temini zorlaştıran ekonomik uygulamalar bu gruba girmektedir (31).

Araştırmaya katılan hekimler şiddetin yönüne ilişkin olarak kişiler arası şiddet ve kolektif (toplumsal) şiddeti acil servis tecrübeleri doğrultusunda kadından erkeğe karşı şiddet, erkekten kadına karşı şiddet, erkekten erkeğe karşı şiddet, sağlık

personeline şiddet, diğer savunmasız gruplara şiddet, toplumsal şiddet olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). Bu açıdan bakıldığında görüşmede şiddetin yönüne ilişkin bilgi veren hekimlerin şiddetin DSÖ'nün belirttiği kategorilerden iki başlık altında söylemlere yer verdikleri görülmüştür.

5.2.12. Acil Servislerdeki Kurum Olanakları

Evrensel insan hakları gereği, devletler kadına yönelik şiddete ilişkin hak ihlallerini önlemek, gerekli yasal süreci sürdürmek, kadınlara koruma ve destek sağlamakla yükümlüdür. Bu yükümlülük aynı zamanda sağlık sektörünün kadına yönelik şiddete ilişkin sunduğu hizmetleri iyileştirme ve sürdürme görevini de içermektedir. CEDAW'ın 24 nolu genel tavsiyesine göre sağlık sisteminin kadına yönelik şiddet olgularına yanıtını güçlendirmesi için şu standartları yerine getirmelidir(45):

- Kadınlara ve kızlara yönelik şiddeti ele almak ve uygun sağlık hizmetlerini sağlamak için yasalar, politikalar, protokoller ve prosedürleri uygulamak,
- Kadına yönelik şiddete yanıt veren müdahaleler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri de dâhil olmak üzere yüksek kalitede ve uygun sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması dâhil, kadınların yaşamları boyunca kapsamlı bir ulusal strateji uygulamak,
- Kadınların sağlık hizmetlerine, eğitime ve bilgiye erişimin önündeki tüm engelleri kaldırmak,
- Kadının özerklik, mahremiyet, gizlilik, aydınlatılmış onam ve seçim yapması da dâhil olmak üzere, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini insan haklarına uygun olarak sağlamak,
- Sağlık hizmetlerin, kadının onuruna saygı gösterecek ve kadınların ihtiyaçlarına ve bakış açılarına duyarlı olacak şekilde sağlamak,
- Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin sağlık sonuçlarını tespit etmesini ve yönetmesini sağlamak için toplumsal cinsiyete duyarlı eğitim vermek,

- Silahlı çatışma ve mülteci kadınlar gibi özellikle zor koşullar altındaki kadınlar için, travma tedavisi ve danışmanlık dahil, yeterli koruma ve sağlık hizmetlerini sağlamak.

Ayrıca DSÖ'ye göre (2013) bir sağlık sektörünün kadına yönelik şiddete uygun yaklaşım sağlaması için asgari şartlar şu şekilde sıralanmıştır (174):

- Politikalar ve protokoller geliştirmek,
- Şiddetle mücadelenin uzun vadede sürdürülebilmesi için yönetim desteği sağlamak,
- Kapsamlı bir sağlık bakımı sunmak,
- Sektörler arası iş birliği yapmak,
- İlgili diğer sivil toplum örgütleriyle iş birliği yapmak,
- Şiddetle mücadeleyi anlatan kaynak materyaller hazırlamak ve temin etmek,
- Kayıtları korumak ve mahremiyeti sağlayan ve kadınları herhangi bir riske sokmayan izlem için sistemler geliştirmek,
- Güvenlikle ilgili hususlar da dâhil olmak üzere, yerel politika ve prosedürlere dayanarak izleme ve değerlendirme sistemi uygulamak,
- Bakım sunanlara destek sağlamak.

Sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanları, özellikle şiddetin çeşitli sağlık problemleriyle ilişkili olduğunu göz önünde bulundurarak, şiddet mağdurlarının erken tanınması ve desteklenmesi için eğitilmelidir. Bunun haricinde şiddete uğrayan kadınların belirlenmesi ve tedavi edilmesi için protokollerin kullanılmasının, şiddetin hekimler tarafından tanımlanmasını artırdığı savunulmaktadır. Frachi S. ve ark. göre kadına yönelik şiddetle mücadelede acil servislerin rolünün de önemi düşünüldüğünde özel protokollerin kullanımı gerek tedavi gerekse de yeni şiddet olgularının ortaya çıkmasının engellenmesi açısından önemlidir (179).

Araştırmaya katılan hekimlerin halen çalıştıkları Ankara ilindeki üniversite hastanelerinin acil servislerinin kurumsal olanakları sınıflandırılmıştır. Bu kurumsal olanaklar hastane güvenliği, fiziki ve teknik imkânlar, personel imkânı, özel birimler, cinsel şiddete yaklaşma protokolü ana temalarında belirtilmiştir (Tablo 4.13). Tabloda belirtilen kurumsal olanakların hepsi tüm hastanelerde bulunmamaktadır. Örneğin

özel hastanelerin acil servis güvenliği sadece özel güvenlik ile sağlanırken, kamu hastanelerinin acil servis güvenliği hastane polisi ve özel güvenlikle sağlanmaktadır. Her bir acil servis için teknik ve personel imkânlarının kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşım için yeterli olduğu belirtilmiştir. Ancak fiziki imkânların yeterliliği konusunda tüm acil servisler aynı düzeyde değildir. Bunun haricinde acil servislerde kadına yönelik şiddet olgusuna da yaklaşımda rolü olan sosyal hizmet uzmanlarının katkısı da özel birim olarak belirtilmiştir. Bunun haricinde sadece bir hastanede cinsel şiddete yaklaşımla ilgili bir protokol bulunmaktadır. Kurumsal olanaklar açısından hekimlerin verdikleri bilgiler değerlendirildiğinde ise araştırma yapılan üniversite hastanelerinde standart imkânların olmadığı görülmüştür. Şiddet olgusuna yaklaşım açısından ihtiyaç olan her bir konuda kurumsal olanakların standart hale getirilmesinde yarar vardır.

5.2.13. Acil Servislerin İhtiyaçları

BM sektörler arası işbirliğine dayalı ulaşılabilir en yüksek standartta bir dizi hizmete şiddete maruz kalan kadın ve kız çocuklarının daha fazla erişebilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bunun için farklı paydaşlarla birlikte (2015) temel hizmetler ortak programı geliştirilmiştir. Program, sağlık hizmetleri sosyal hizmetler, kolluk ve adalet sistemleri tarafından sağlanacak temel hizmetleri, koordinasyonu, koordinasyon süreçlerini ve mekanizmalarının yönetilmesi için kılavuzları tanımlamaktadır. Özellikle şiddete uğrayan kadınlar ve kız çocukları için düşük ve orta gelirli ülkelerde nitelikli hizmet sunulmasını sağlamak amacıyla her bir hizmetin temel unsurları ve hizmet sunum kuralları belirlenmiştir (180).

Sağlık hizmetleri sunumunda temel hizmetler ve eylemler; partner şiddetine maruz kalanların tespit edilmesi, ilk desteğin sağlanması, bakım ve acil tıbbi tedavi, cinsel saldırı muayenesi ve bakımı, ruh sağlığı değerlendirmesi ve bakımı, mediko-legal açıdan belgelendirme olarak belirlenmiştir. Bu temel hizmetlerin ise hak temelli yaklaşım, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesi temelli yaklaşım, kültür ve yaşa duyarlı yaklaşım, şiddet gören merkezli yaklaşım, güvenlik ilkelerine uygun bir şekilde uygulanması gerektiği savunulmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda erişilebilirliğin sağlanması, uygunluğu, güvenliği öncelmesi, etkili bir iletişim

sağlanması, bilgi toplama ve yönetimi, aydınlatılmış onam ve mahremiyetin güvence altına alınması gibi özellikleri de barındırması gerekmektedir (180).

Şiddete uğrayan kadınlar bir kurumdan her zaman yardım talebinde bulunmamaktadırlar. Yardım talep etseler bile var olan sorunlarını açıklamayı tercih etmeyebilirler. Farklı amaçlar için sağlık kuruluşuna gelen kadınlara belli standartlar altında sağlık hizmeti sunulmalıdır. Bunun için BMNF'nun (2014) sağlık kurumları için belirlemiş olduğu standartlar şu şekildedir (45):

- *Güvenlik ve insan onuruna saygı:* sağlık hizmeti sunan kurumlar kadının güvenliği ve onurunu korumayı güvence altına almalıdır.
- *Kadının kendi geleceğini tayin hakkı:* sağlık hizmeti sunumunda kadının alacağı kararlara saygı duyulmalıdır.
- *Şiddet gören kadının savunulması:* yardım arayan kadınlardan yaşadıkları şiddetin kanıtını sunmaları istenmemelidir. Hekimin şiddete tolerans göstermeden dikkatlice dinlemesi, kadına inandığını belirtmesi, azami saygı ile ve önyargısız bir şekilde karşılık vermesi önemlidir.
- *Bilgi gizliliği ve mahremiyetin sağlanması:* sağlık personelinin şiddete uğrayan kadınla görüşme sırasında mahremiyeti sağlaması gerekir, böylece bekleme odasında veya yakınındaki kimse kadın ile ilgili bilgileri işitmemelidir.
- *Kadını güçlendirme:* sağlık kurumunda sunulan hizmetler, kadının hayatının kontrolünü yeniden kazanması, özerkliğini ve haklarını elde etmesi için şiddetle başa çıkma eylemlerini seçmesi yönünde desteklemeyi her zaman hedeflemelidir.
- *Hizmetlerin erişilebilirliğinin sağlanması:* yardım istemek şiddete uğrayan kadınların için zor bir süreçtir. Bunun için sunulan sağlık hizmetleri kolayca erişilebilir olmalı ve yaygın olarak bilinmelidir. Destek hizmetleri ücretsiz olarak sağlanmalı, bölgeler arasında eşit şekilde dağıtılmalı ve acil sağlık hizmetleri, yardım hatları ve barınma gibi hizmetler haftanın 7 günü 24 saat mevcut olmalıdır.
- *Çocukların desteklenmesi:* çocuklar, özellikle aile içi şiddet olaylarında annelerine yönelik şiddetten her zaman etkilenir ve hatta kendileri de şiddete

maruz kalabilirler. Bu nedenle, tüm yardım hizmetleri aynı zamanda, yaşlarına ve ihtiyaçlarına göre çocukları yeterince destekleyecek kaynaklara sahip olmalıdır.

- *Ayrımcılık yapmama*: şiddete maruz kalan kadınlara açık olan tüm hizmetler, ayrımcılık yapılmadan sunulması gerekmektedir.
- *Şiddete uğrayanlara uzun vadeli destek*: şiddete maruz kalan kadınlar uzun vadede savunuculuk ve destek sağlayan, tüm süreçlerde onlara eşlik eden ve müdahaleleri koordine eden hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle şiddeti önleme hedefi, acil müdahalelerinin ardından hizmetlerin geri çekilmemesi gerektiği anlamına gelmektedir.
- *Şiddet olgusuna koordineli yaklaşım*: kadınların korunması ve ihtiyaçları her zaman farklı kurumların koordineli bir şekilde çalışmasının merkezinde olmalıdır.
- *Hizmet sunumunda kalite yönetimi*: hizmetlerin faaliyetleri ve yürütülmesi şeffaf, anlaşılır ve kanıta dayalı olmalıdır.
- *Politika belirleme*: şiddet vakalarının nasıl ele alınacağına ilişkin net kılavuzlar ve protokoller yazılı olarak mevcut olmalı ve tüm personel kendilerine ve günlük işlerinde kılavuzları uygulama prosedürlerine aşina olmalıdır. Sağlık hizmetleri sürecinde rutin bir soruşturma sistemi organize edilmeli ve tüm sağlık hizmetlerinde şiddete ilişkin araştırma yapılmalıdır.
- *Personel eğitimi*: yönetim, tüm personelin kılavuzlara aşina olmasını sağlamak için yerli düzeyde eğitim faaliyetleri düzenlemelidir. Böylece tüm personelin iyi kalitede hizmet sunabilmesi sağlanmalıdır. Cinsiyete dayalı şiddet eğitimi, her meslek için temel eğitimin ayrılmaz bir parçası olmalıdır ve bu eğitim sürekli yapılmalıdır.
- *Kayıt ve arşivleme*: kurumların cinsiyete dayalı şiddet olgularına müdahaleleri değerlendirilmek, mevcut uygulamaları daha da geliştirmek ve iyileştirmek için sürekli veri toplama ve istatistik toplama gereklidir.

Araştırmaya katılan hekimler Tablo 4.14'te acil servisin ihtiyacı olan hususları özel birim ihtiyacı, güvenlik ihtiyacı, eğitim ihtiyacı, altyapı ihtiyacı, kurumsal politika

ihtiyacı ana temaları altında ifade etmişlerdir. Acil servislerin bu ihtiyaçları konusunda standartların acil servisler özelinde gerekliliği hekimler tarafından tablodaki alt temalardaki başlıklarda belirtilmiştir. Tabloda ortaya çıkan acil servisin bu ihtiyaçları da aynı zamanda sağlık kuruluşlarının tamamlaması gereken asgari kalite standartlarını da yansıtmaktadır.

5.2.14. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Yapılması Gerekenler

Toplumsal cinsiyet ve şiddet arasındaki ilişki son derece karmaşıktır. Kadın ve erkeklerin, çocukların ve yetişkinlerin farklı rolleri ve davranışları, toplum içindeki cinsiyet normlarıyla şekillenir ve pekiştirilir. Ortaya çıkan toplumsal cinsiyet rolleri ve davranışlarındaki farklılıklar çoğu zaman eşitsizlikler yaratır, bu sayede bir cinsiyet diğerinin karşısında güçlenir. Sonuç olarak toplumsal cinsiyetteki eşitsizlik, erkeklerin kadına yönelik şiddet eylemleri riskini arttırmaktadır. Örneğin, erkeklerin kadınları kontrol etme hakkına sahip olduğu inancı, kadınları ve kızları erkeklerin fiziksel, duygusal ve cinsel şiddetine karşı savunmasız kılar. Ayrıca, etkilenen kişilerin kendilerini kötü durumlardan uzaklaştırmaları veya destek aramalarını da engellemektedir. Bu nedenle toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, şiddetin önlenmesinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (181).

DSÖ'nün (2009) şiddeti önlemek üzere hazırlamış olduğu briefing bazı kitlesel müdahaleler ile erkeklerin kadınlar üzerinde daha fazla güç ve kontrol sahibi olmasını sağlayan toplumsal cinsiyet davranışlarını ele alarak cinsiyet eşitliği ve şiddet içermeyen ilişkileri teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bu kitlesel müdahaleler kısaca şunlardır (181):

- *Okul temelli müdahaleler:* toplumsal cinsiyet rolleri ve davranışları çocuklarda ve gençlerde derinlemesine kökleşmeden önce, yaşamın erken döneminde cinsiyet normlarını ve eşitliği ele almaya çalışmaktadır.
- *Toplum müdahaleleri:* toplumsal cinsiyet eşitsizliğini azaltmaya yönelik olarak kadınları güçlendirmeye, ekonomik konumlarını güçlendirmeye ve toplumsal cinsiyet rolleri ve normlarını değiştirmeye çalışır.

- *Medya müdahaleleri:* çok sayıda insana ulaşmak ve toplum içinde değişimi etkilemek için televizyon, radyo, İnternet, gazeteler, dergiler ve diğer basılı yayınları kullanır.

İlk olarak 1979 yılında Kuzey Carolina Üniversitesi Chapel Hill Tıp Fakültesinde Sağlıkta Uluslararası Eğitim Programı vermeye başlayan ve 2003 yılında ise bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir örgüt haline gelen Intrahealth'e göre sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti önlemeye yardımcı olabilecek yaklaşımları şunlardır (182):

- Hastalar saygı ile dinlenmeli ve ilişkilerinde güvende olup olmadıkları sorulmalı,
- Şiddet maruziyeti sonucu meydana gelen yaralanmalar tedavi edilmeli,
- Yargı sürecine delil olması açısından belge düzenlenmeli,
- Kadınları ve çocukları risklere karşı korumanın yollarını içeren bir güvenlik planı geliştirme konusunda destek olunmal,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebelikler de dahil olmak üzere, şiddet ile ilişkili sağlık risklerini anlama ve koruma hususunda yardımcı olunmalı,
- Çevrede şiddete maruz kalanlar için mevcut sağlık ve diğer hizmetler hakkında bilgi edinilmeli ve derhal yardım için doğru yerlere yönlendirmeli,
- Şiddete uğrayan kadınların psikososyal, ekonomik ve yasal hizmetlere erişmesine yardımcı olmak için sosyal hizmet çalışanları ile işbirliğine dayalı ilişkiler kurulmalı,
- Kadının güvenliğini artırmanın yolları hakkında kolluk ile iletişime geçilmeli,
- Gebe kadınlar doğum öncesi ve sonrası süreçle ilgili olarak alacağı hizmetler hakkında bilgilendirilmeli,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek için doğum kontrol ve aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli,
- Cinsiyet, ırk, siyasi kimlik, yaş veya ekonomik durumu ne olursa olsun, tüm kadınlara ayrımcılık yapmadan saygı gösterilmeli ve yüksek kaliteli bakım sağlanmalı,

- Kadınlara önyargısız ve yargılamadan sağlık hizmeti sunulmalı,
- Meslektaşlarla ve hastalarla kadına yönelik şiddet hakkında konuşulmalı ve konunun tabu olmaktan çıkması sağlanmalıdır,
- Şiddete karşı kadın hakları her yerde savunulmalıdır,
- Sağlık çalışanlarının da maruz kalacakları şiddet olgularına karşı bilgilendirme yapılmalı.

Devletin şiddeti önlemek birincil sorumluluğudur. Devletlerin kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddeti önleme ve bu tür şiddet görenlere kapsamlı hizmetler sağlama yükümlülüğü, 1992'de BM Kadına Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi'nin 19 no'lu Genel Tavsiye Kararı uyarınca bir standart olarak belirlenmiştir. Bu açıdan bakıldığında yasal ve hizmet sunum politikaların da güçlendirilmesi şiddet olgusunu önleme konusunda devletin yapması gereken önemli faaliyetler arasına girmektedir. Kadının onurlu yaşam hakkı, sağlık hakkı gibi temel hakları göz önüne alındığında şiddetin önlenmesi çok önemli hale gelecektir. SIDA (Swedish International Development Cooperation Agency)'ya göre (2015) geliştirilecek olan şiddetle mücadele ve önleme politikaları birçok sektörün ortak hareket etmesini sağlayacak şekilde şunları kapsamalıdır(183):

- Üreme sağlığı, tıbbi ve psikososyal destek de dahil olmak üzere şiddet olgusuna sağlık sektörü müdahalesi.
- Şiddet mağdurlarına güvenli bir yer sağlamak için devlet idaresindeki sığınak ve danışma merkezi organizasyonu.
- Bağımsız sivil toplum aktörlerinin politika geliştirme sürecine dahil olması.
- Yeterli düzeyde güvenlik ve yargısal desteğin sağlanması.
- Ekonomik destek hizmetlerinin sunulması.

Tablo 4.15'te hekimlerin görüşmede verdikleri bilgiler doğrultusunda şiddete mücadelede yapılması gerekenler hekimle ilgili, kadınla ilgili, şiddetin nedenleriyle ilgili, toplumla ilgili, politikayla ilgili, acil servis politikasıyla ilgili ana temalar altında sınıflandırılmıştır. Dolayısıyla araştırma kapsamında elde ettiğimiz veriler şiddetle mücadelenin kültürel, sosyal, bireysel, mesleki, politik düzeylerde yapılması gerekenler hekimler tarafından vurgulanmıştır. Şiddetle mücadelede hekimlerle ilgili

yapılması gerekenler araştırma bulguları özelinde hekimin içinde yaşadığı toplumun kültürünü tanımasını ve kadına yönelik şiddet konusunda farkındalığının, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle yapılması gereğini hekimler belirtmişlerdir. Şiddetle mücadelede sorunun çözümüne yönelik olarak kadınların güçlendirilmesi, cesaretlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve kararlı bir şekilde sorunun çözümüne yönelik adım atılmasını sağlamanın gereklilikleri ifade edilmiştir. Ayrıca şiddetin nedenlerine yönelik olarak gerek bireysel gerekse de toplumsal müdahalelerin yapılması ve erkeğin eğitiminin gerekliliği vurgulanmıştır. Bunun yanında sağlık sistemine ve acil servislere özel politikaların geliştirilmesine gereksinim vardır. Gerek yapılan düzenlemeler, gerekse de çalışan tüm personelin, kadına yönelik şiddetle ilgili eğitim alması, bu eğitimin hem temel etik eğitimini hem de teknik eğitimi içermesinin önemi, araştırmaya katılan hekimler tarafından belirtilmiştir.

5.3. Tutum Sorularına İlişkin Bulgular İle İlgili Tartışma

5.3.1. Acil Tıp Hekiminin Kadına Yönelik Şiddete Bakışı

Sağlık hizmeti almak üzere başvuran kadın kronik olarak şiddet görmekte olabilir ya da çok yakın zamanda ilk defa şiddete maruz kalmış olabilir. Bu nedenle hekimlerin, bir kadının mevcut olan sağlık sorununa şiddetin neden olabileceğinin farkında olmaları önemlidir. DSÖ, sağlık hizmetlerinden faydalanan kadınların şiddet maruziyeti için evrensel tarama önermemektedir. Ancak sağlık profesyonellerini, şiddete bağlı olabileceğinden şüphelenilen veya tespit edilen durumlarda konuyu gündeme getirmeye teşvik etmektedir (184).

Sağlık çalışanlarının günlük uygulamalarında kadına yönelik şiddet ile başa çıkmaya ve nitelikli bakım sağlamaya hazır olmaları gerekmektedir. Bunun için kadına yönelik şiddet ile ilgili tutum ve inançlarının yanı sıra hekimin şiddete bakışı ve nedenlerini anlama konusunda kuramsal alt yapısı kritik öneme sahiptir (185).

Mevcut kanıtlara göre kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlar, bireysel, örgütsel ve topluluk faktörleri de dâhil olmak üzere birçok farklı dinamikten etkilenmektedir. Feminist bakış açısına göre, şiddete ilişkin tutum ve davranışlar, toplumdaki yapısal, ideolojik ve ailevi ataerkillik tarafından sürdürülen daha büyük

sistemik cinsiyet eşitsizlikleri ile bağlantılıdır ve ataerkilliğe yönelik tutumlarla kadına yönelik şiddet davranışı arasında güçlü bir ilişki vardır. Tüm bu faktörlerin ise temelinde toplumsal cinsiyete ilişkin olumsuz bakış açılarının var olduğunu söylemek yerinde olacaktır (186).

Risk faktörleri farklı şiddet türlerine özgü olarak değişkenlik gösterir. Hakim kültürel normlar, yoksulluk, sosyal izolasyon, alkol ve madde bağımlılığı, ateşli silahlara erişim gibi faktörler birden fazla şiddet türü için risk faktörü olmaktadır. Ekolojik model, bireysel ve bağlamsal faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmakta ve şiddeti davranış üzerindeki etki düzeyinin bir ürünü olarak görmektedir. Şiddet ve bireysel faktörler ile daha geniş olarak sosyal, kültürel ve ekonomik bağlamlar arasındaki etkileşim, ekolojik modelin çeşitli seviyelerinde risk faktörleri olarak ele alınmaktadır. Bu sayede şiddeti meydana getiren etmenlere yönelik olarak da müdahalelere yol göstererek şiddetle mücadeleyi arttıracak uygulamalara perspektif sunmaktadır(31).

Ferer Perez ve ark İspanya’da yaptığı (2014) çalışma erkeklerin kadına yönelik şiddeti meydana getiren davranışlarını dünyanın diğer ülkelerindeki gibi cinsiyetin ve toplumsal cinsiyet rollerinin kültürel anlamda beslediğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla, halkın tutumlarında köklü bir değişiklik olmadan, bu soruna etkili bir şekilde müdahale etmek biraz zor görünmektedir (186).

Bishwajit G ve ark’nın yapmış olduğu (2016) sistemik derlemeye göre Güney Asya’da kadına yönelik şiddetin belirleyicilerin dünyada olduğu gibi burada da oldukça yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Halk sağlığı sorunu olarak bu bölgede de sosyo-kültürel tutumlar şiddetle mücadeleyi olumsuz anlamda etkilemektedir (150).

Tablo 4.16 araştırma kapsamında hekimlerin şiddete bakışlarını ortaya koymaktadır. Görüşmeye katılan acil tıp hekimlerinin ifadeleri doğrultusunda yaptığımız tematik analizde şiddete bakışları “toplumsal boyutta, yakın ilişkiler boyutunda, bireysel boyutta, değerler boyutunda ve tıbbi yaklaşım boyutunda” konuyu ele aldıkları görülmüş ve bu ana temalar kapsamında tablo haline getirilmiştir. Hekimlerin bakış açıları ifadeleri doğrultusunda oluşturulan tablo özelinde

değerlendirildiğinde şiddeti anlamada kullanılan ekolojik modeldeki başlıklara uygun bir bakış açısı sundukları görülmektedir.

Araştırma kapsamında acil tıp hekimlerinin kadına yönelik şiddet olgularına bakışı kabaca toplumsal bir sorun, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin sorun, toplumsal geri kalmışlık sorunu, topluma ait bir sağlık sorunu şeklinde değerlendirilmiştir. Yakın ilişkiler boyutunda kadına yönelik şiddete bakışları, affedilmez bir olay olması, savunmasız bireylere saldırı, şiddet uygulayan kişinin rol model olarak alınması gibi konular şeklinde ifade edilmiştir. Bireysel boyutta bakışları, irdelenmesi gereken ve şiddetle mücadele için sıkı bir takip gerektiren bir konu olduğu yönündedir. Tıbbi yaklaşım boyutuyla ise, toplum sağlığı sorunu ve acillerde göz ardı edilen bir konu olmasının yanında, yönetimi zor olan hasta grubu olarak değerlendirmişlerdir. Acil tıp hekimlerinin kadına yönelik şiddet olgularına değerler boyutunda bakışları, kadının hakkına müdahale ve kadının güven duygusunun istismarı özelinde aslında etik bir konu olduğu yönündedir. Kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda acil tıp hekimlerinin sahip olduğu etik bakış açısı temelinde, kadına ve kadın sorunlarına duyarlı bir bakış sağlamak ve bunu güçlendirmenin, kadına yönelik şiddetle mücadelede bilgi ve tutum geliştirmeye katkı sunacağı ifade edilmiştir. Böylece kadını ve kadın hakkını merkeze koyan tıp etiğini de temel alan bakış açısı gelişecek ve bu durum acil servislerde sağlık hizmeti sunumuna yansıtacaktır.

5.3.2. Acil Tıp Hekiminin Kadına Yönelik Şiddet Olgusuna Yaklaşımı

Kadına yönelik şiddet olgusunun yönetiminde şiddete uğrayan kadını merkeze koyan bakım yaklaşımı ilk olarak önem arz etmektedir. Kadının merkezde olduğu bakım iki temel ilkedden oluşması önerilmektedir; kadınların insan haklarına saygı ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması. Tüm bu süreçler yönetilirken hekimin tutumunun kadının mahremiyetini ve bilgi gizliliğini güvence altına alması, kadının özerkliğine saygı göstermesi, kadının kararlara katılımını azami ölçüde teşvik etmesi, ayrımcılık yapmaması gibi etik standartlar barındırması gerekmektedir (184).

Sağlık çalışanlarının değerleri, inancı ve tutumu, hırpalanmış kadınların değerlendirilmesini ve yönetimini çeşitli şekillerde etkileyebilmektedir. Aile birliğini

korumanın önemine olan inancı nedeniyle, şiddet olgularını en iyi şekilde yönetme konusu zorluk barındıran özel bir konu haline gelmiştir. Uzun süredir, şiddete ilişkin tutum ve inançlar, tıp mesleğinin etkili klinik uygulamalarına engel olarak tanımlanmıştır. Sağlık profesyonelleri kültür ve inançlarına dayanan belirli görüş ve önyargılara da sahiptir. Bu önyargılar, istismar hakkında soru sorma ve aile içi şiddet vakalarında klinik kararlarda hata yapma da dâhil olmak üzere profesyonel davranışları etkileyebilir (187).

Acil tıp hekimlerinin akut ya da kronik döneminde şiddet olgusuyla karşılaştığı gerçeği göz önüne alındığında şiddete uğrayan kadını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden detaylı bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. Acil serviste şiddet olgu yönetimine ilişkin mevcut bir protokol yoksa süreci yönetmek Fain J. ve ark göre hekimin bireysel tutum ve davranışlarına kalmaktadır (188).

Viera EM ve ark yaptığı (2009) çalışmaya göre hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddete yönelik tutumları şu şekildedir: 1) çalışmaya katılanların çoğu (% 93.2) kadınları şiddet olgusunu ortaya çıkmaya teşvik etmenin hekimin veya hemşirenin rolü dâhilinde olduğunu düşünmüştür. 2) Bakımın alınabileceği diğer yerlerin adreslerini sağlama (% 96,8) ve şiddet durumlarını algılama konusunda (% 92,2) uyanık olma rolünün de göz önünde bulundurulması gerektiğini savunmuşlardır. 3) Birçoğu (% 93.7) hekim veya hemşirenin yalnızca yaraları tedavi etmesi veya bakımını yapması ve saldırganlık çeken kadınlara soru sormaması veya tavsiye vermemesi gerektiği iddiasına katılmamıştır. 4) Katılımcıların neredeyse yarısı (% 41,6), şiddetin gerçekleştiğini kadın kabul etmediyse, kadınla yüzleşmemek gerektiğini belirtmişlerdir. 5) Yaklaşık% 30'u şiddetin tıbbi bir sorun olduğuna inanmamaktadır ve % 28,4'ü doktorların rollerinin şiddet durumlarında çocuklara ve kadınlara karşı rollerinin farklılık gösterdiğine inanmaktadır (189).

Filistin'deki hekimlerle yapılan bir çalışmaya göre (2013) ise şu bulgular ortaya çıkmıştır: 1) Ağır ve kronik şiddet olaylarını eşin istismarı olarak tanıma konusunda nispeten güçlü bir eğilim varken, hafif ve orta düzeydeki şiddet eylemlerini tanıma konusunda daha az eğilim olduğu ortaya çıkmıştır. 2) Filistinli hekimler, Filistin toplumunun ve genel olarak Arap toplumlarının sosyo-kültürel bağlamlarına uygun

olabilecek veya bunlarla ilgili olabilecek istismarı tanımlamışlardır. 3) Hekimler aile içi şiddet olgusuna müdahale etmesini kadını şiddet olgusunu sosyolojik bir sorun olarak görmesi ve tedavi için asgari düzeyde istekli olmasına bağlamıştır. 4) Filistinli hekimler, toplumun diğer üyeleri gibi, aile içi kadına yönelik şiddeti yasal, kamusal bir sorun değil, kişisel ve ailevi bir mesele olduğuna ve bunun aile sınırları içinde tutulması gerektiğine inanabilir. Şiddet olgusunun bildirimi her zaman yapılmayabilir (190).

Acil tıp hekimlerinin, kadınların maruz kaldıkları olayları duygusal destek ve uygun yönlendirme yoluyla ortaya çıkarmaya istekli tutum sergilemeleri gerekmektedir. Bu, yüksek kalitede bir bakım hizmeti sunmak ve şiddetle başa çıkmak için mevcut kaynakların uygun yönetimini ve etkin kullanımını sağlamakla mümkün olabilir. Bu açıdan da hekimlerin şiddete ilişkin etkin bir mücadele verebilmeleri için olguya özel tutum geliştirmeleri gerekmektedir (187).

Tablo 4.17 hekimlerin şiddet olgusuna yaklaşımlarının nasıl olması gerektiğini göstermektedir. Yapılan tematik analizde hekimler “deontolojik yaklaşım, sosyal sorumluluk olarak yaklaşım, mesleki profesyonelliğin gereği gibi yaklaşım ve bireysel altyapıya göre yaklaşım” ana temaları altında görüşlerini belirtmişlerdir. Acil servislerde var olan sistematik bir yaklaşım modeli olmadığı için, görüşmeye katılan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgularına yaklaşımlarının bireysel tutum ve davranışları özelinde gerçekleştiği, ifadelerine yansımıştır. Görüşmeye katılan bazı hekimler, hekim sorumluluğu temelinde şiddet olgularına yaklaştıklarını belirterek, deontolojik yaklaşım sergilediklerini ifade etmişlerdir. Sosyal sorumluluk olarak şiddet olgularına yaklaşım ile ilgili olarak, hekimlerin bireysel hassasiyeti, kadının yardımı en fazla hak ettiği görüşü, toplumsal sorun olarak içselleştirilmesi gereği temel olarak öne çıkmıştır. Kadına yönelik şiddet olgularına yaklaşım sürecinde mesleki profesyonelliğe de vurgu yapan hekimler, kadını merkeze koyan ve kadını destekleyici yaklaşımı ön plana koymalarının yanında, acil servise özgü olarak tıbbi aciliyetini de göz ardı etmemek gerekliliğini de belirtmişlerdir. Burada hekimin mesleki ve sosyal sorumluluğuna uygun bir şekilde şiddet olgusuna yaklaşımı, şiddet

sorunun çözümünü sosyal sorumluluğun gereği olarak üstlenmesi gerekliliği analiz sonucu ortaya çıkmıştır.

5.3.3. Acil Servislerde Kadına Yönelik Şiddet Olgularında Nitelikli Hizmet

Sunumu

Şiddete uğradığını gizleyen bir kadın acil servise geldiğinde, mevcut olan sağlık sorunlarının uğradığı şiddet türüyle bağlantısını hekimin kurabilmesi önemlidir. Çünkü yaşadığı olay nedeniyle kadın utangaçlık, çekingenlik ve suçluluk duyguları hissedebilir. Bu nedenle hekimin şiddet tanısı koyabilmesi için de kadının öncelikle şiddete uğradığından şüphe duymalıdır. Kadının şiddete maruz kaldığı konusunda şüphe uyandıracak durumlar şu şekilde belirtilmektedir: stres, aksiyete, depresyon gibi devam eden sağlık sorunları; alkol ve madde kullanımı gibi zararlı davranışlar; kendine zarar verme, intihara teşebbüs, intihar düşüncesi; tekrarlanan veya iyi açıklanmayan yaralanmalar; tekrarlayan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; istenmeyen gebelikler; açıklanamayan kronik ağrı ve rahatsızlıklar (184).

Kadının şiddete uğradığından şüphelenildiği andan itibaren ilk basamak desteği sunulmalıdır. İlk basamak desteği pratik bakım sağlar ve bir kadının duygusal, fiziksel, güvenlik ve destek gereksinimlerine cevap vermeye çalışırken bilgi gizliliğini ve mahremiyetini de teminat altına almayı gerektirir. İlk basamak desteği de genellikle ciddi yardım sunacağı için şiddete uğrayan kadına verilen en önemli destektir. Bu süreç şiddete uğrayan kadına yardım edebilmek için önemli bir fırsat olarak değerlendirilmelidir (184).

DSÖ'ye göre kadının şiddete uğradığı şüphesi duyulduğu andan itibaren alınacak olan kararlar ve uygulama sürecinde aynı zamanda kadının yararına uygun adım atmak, uğraması muhtemel zararlardan korumak, karar sürecine kadını da katarak özerkliğine saygı göstermek gibi etik yaklaşımlarla en uygun desteği, profesyonel tutumla sergilemek gerekmektedir. İlk basamak desteği kadının ihtiyaçlarına cevap veren beş aşamadan oluşmaktadır (184):

- *Dinleme*: kadını yakın bir şekilde, empati kurarak ve yargılamadan dinlemeyi içerir.

- *İhtiyaçlar ve endişeler hakkında bilgi edinme:* duygusal, fiziksel, sosyal yönden çeşitli gereksinimlerini ve endişelerini değerlendirme ve bunlara cevap vermeyi içerir.
- *Doğrulama:* kadının anlaşıldığı ve inanıldığı hissettirilerek verdiği bilgileri doğrulamayı içerir.
- *Güvenliği sağlama:* hastanede ya da dışarıda olası şiddet tekrarına karşı güvenlik sağlamayı tartışmayı içerir.
- *Destek sunma:* bilgi, hizmet ve sosyal desteğe erişimi konusunda yardımcı olarak kadını desteklemeyi barındırır.

Görüşmeye katılanların ifadeleri doğrultusunda yapılan tematik analiz neticesinde acil servislerde hekimin ideal yaklaşımı “şüpheli yaklaşma, kadına yönelik tutum ve profesyonel tutum” ana temaları altında belirtilmiştir (Tablo 4.18). Görüşmeye katılan hekimler, şiddete uğrayan kadına şüpheli yaklaşma ana temasında, kadının sosyal yaşamı ve tıbbi geçmişlerinin sorgulanması gerekliliğinin yanı sıra, elde edilen tıbbi ve sosyal bulguların şüphe ile değerlendirilmesi gerekliliğini belirtmişlerdir. Kadına yönelik tutum açısından ideal yaklaşımın, şiddet gören kadın merkezli yaklaşım için gerekli olan tutum ve davranışları içerdiği görülmüştür. Sürece ilişkin olarak bu tutum ve davranışlar; denge kurma, anlayışlı davranma, empati kurma, destekleyici olma, merhametli olma, pozitif ayrımcılık yapma, kadına değerli olduğunu hissettirme... gibi etik yaklaşımları da barındırmaktadır. Profesyonel tutum açısından ideal yaklaşım ile ilgili olarak; kadının değerlerine uygun yaklaşma, mahremiyeti sağlama, kadının güvenlik kaygısını giderme, özverili yaklaşma, kadının değerlerine ve isteklerine uygun vakaya spesifik yaklaşım sergileme gibi etik yaklaşımların önemi dile getirilmiş, böylece şiddet gören kadın temelli yaklaşım ile tıp etiği temelli yaklaşımın birlikte sergilenmesinin önemi vurgulanmıştır.

Acil servislerin kendine özgü dinamiklerinin var olduğu gerçeği de göz önüne alındığında, acil hekiminin ideal yaklaşımı acil servis özelinde kolay olmasa da buna uygun ve en verimli şekilde sağlanması gerekmektedir. Türkiye’de acil servislerde kadına yönelik şiddet olgularına ideal yaklaşım konusunda sistematik bir uygulama

geliştirilmese de, hekimlerin ulusal ve uluslararası literatürlerdeki bilgilere uygun olarak ideal yaklaşımı ifade ettikleri ve uygulamaya çalıştıkları ifadelerine yansımıştır.

5.4. Uygulama Sorularına İlişkin Bulgular İle İlgili Tartışma

5.4.1. Kadına Yönelik Şiddet Olgusuna Yaklaşımında Acil Hekiminin Rolü

Sağlık kurumlarının kapasitesini geliştirme, kadına yönelik şiddete müdahalenin hayati bir bileşenidir ve birçok aşamada gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hayata geçirilmesi gereken planlar hedef gruba uygun olarak tasarlanmalıdır. Tasarlanan uygulamaları da hayata geçirecek olan sağlık personellerinin de şu özelliklere sahip olması gerekmektedir: 1) Şiddeti tespit etmek, değerlendirmek ve belgelendirmek. 2) Güvenliği sağlamak ve savunmasızlığın olumsuz sonuçlarını önlemek. 3) Kültürel ve değersel faktörlerinin şiddet ile bağlantısını bilmek. 4) Şiddete müdahale ve raporlamada yasal ve etik sorunları tanımak. 5) Şiddeti önlemek için faaliyetlerde bulunabilme becerisine sahip olmak (191).

Sağlık profesyonelleri çoğu zaman yaygın görünen kadına yönelik şiddet olgularını sosyo-kültürel ve geleneksel engeller, zaman yetersizliği, kaynak ve fiziksel imkân yetersizliği nedeniyle uygun bir şekilde yönetememektedir. Bunların haricinde farkındalığın olmayışı, kısıtlı iletişim, tam bir fizik muayene yapamama, teşhis edememe, etkili olmayan bakım sorunları, kadının korkusu ve damgalanma endişesi süreci olumsuz etkileyen diğer faktörlerdir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan acil hekimleri başta olmak üzere tüm çalışanlar birincil önleme, ikincil önleme, üçüncül önleme, destek birimlerine yönlendirme gibi süreçlerde sağlık sistemi içerisindeki rollerinin gereğini yerine getirmek zorundadır. Sağlık sistemi içerisinde hekimin rolü kadına destekleyici yaklaşım olarak tıbbi destek, duygusal destek, güvenlik desteği, adli mercilere bildirim yapma, detaylı bir şekilde kayıtlara geçirme ve varsa kurumsal protokollere uygun davranma gibi aşamaları barındırmaktadır (192).

Tanzanya Sağlık Bakanlığı'nın (2011) yılında hazırladığı şiddetle mücadele ve şiddeti önleme rehberine göre kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde, sağlık hizmeti sunanların şiddete maruz kalan kadınlara her türlü desteği sunmak üzere hazır

bulunması gerektiğini belirtmiş, kadının refahı ve onuruna özen gösterilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Şiddet olgu yönetimi için insan hakları ve etik ile ilişkili konulara da şu başlıklar altında özen gösterilmesini tavsiye etmiştir: güvenliğin sağlanması, mahremiyet ve bilgi gizliliğinin sağlanması, kadının onuruna saygı, ayrımcılık yapmama, aydınlatılmış onam (fizik muayene, tedavi, adli muayene, polis soruşturması, yargı süreci ile ilgili olarak), sağlık ve yaşama hakkına uygun bir yaklaşım, kadının üstün çıkarına uygun karar alma, empatik ve anlayışlı yaklaşım sergileme, kadının yararına uygun birimlere yönlendirme, kadını hakları ve alacağı hizmetler konusunda bilgilendirme vb (193).

Ayrıca BMNF (2014) hekimin şiddet olgusuna müdahale konusundaki kilit rollerini de şu şekilde açıklamaktadır (45):

- Kadına yönelik şiddetin bulgularını anlamalı,
- Kadına yönelik şiddet ve bunun kadının sağlığı üzerindeki sonuçları hakkında bilgi verilmeli,
- Şiddet tanısı koymak için kilit sorular sorulmalı,
- Mahremiyeti ve bilgi gizliliğini koruyacak bir ortam yaratılmalı, hastayı iyi dinlenmeli ve anlaşıldığına dair onay mesajları verilmeli,
- Kadının tıbbi öyküsü alınıp muayene edilmeli,
- Uygun tıbbi ve ruhsal destek verilmeli,
- Şiddet olgusunun sağlık sonuçları kayıt altına alınmalı,
- Kadına gerektiğinde sağlık durumu ile ilgili bilgi verilmeli,
- Lüzum dahilinde ilgili branşlardan konsültasyon desteği alınmalı,
- Kadının güvenlik planlamasına yardımcı olunmalı,
- Sağlığı ile ilgili düzenli takibi sağlanmalı.

Tablo 4.19 uygulama sürecinde şiddet olgusuna yaklaşımda acil hekiminin rolünü açıklamaktadır. Görüşmeye katılan hekimlerin verdikleri ifadeler doğrultusunda yapılan tematik analizde acil tıp hekimlerinin rolünü “öykü alma sürecinde, tanı koyma sürecinde, tedavi sürecinde, adli rapor tutma sürecinde, adli bildirim yapma sürecinde ve hastayı bilgilendirme sürecinde” ana temalarıyla belirlenmiştir. Her bir role ilişkin acil tıp hekiminin yapması gereken teknik ve etik

uygulamalar tabloda alt temalar olarak kaydedilmiştir. Hekimlerin verdikleri bilgilerin ise uluslararası ölçekte belirtilen kaynaklar özelinde hekimin rollerine özel standartlara uygun olduğu da görülmüştür.

Ana temalardan öykü alma sürecinde yapılan tematik analizde, belirlenen alt temalar; kadının güvenliğini sağlama, mahremiyeti sağlama, uygun personele yönlendirme, kadının kendisini rahat hissetmesi için yakınlarını ve şiddet kaynağını ortamdaki uzaklaştırma gibi başlıklar altında ifade edilmiştir. Tanı koyma sürecinde hekimin rolleri; mahremiyeti sağlama, bilgi gizliliğini sağlama, detaylı değerlendirme gibi öne çıkan başlıklarla belirtilmiştir. Tedavi sürecinde hekimin rolleri; kadını tedavi süreci ile ilgili olarak bilgilendirme, kadının ihtiyacına uygun yaklaşım sergileme, lüzum dâhilinde konsültan hekim davet etme, duygusal destek sağlama şeklinde ön plana çıkmıştır. Adli raporlama ve adli olgu bildirim sürecinin devamında, şiddete uğrayan kadını bilgilendirme de hekimin rolleri arasında bildirilmiştir. Kadını bilgilendirmeye sürecine hekim rolleri özelinde bakıldığında, şiddete uğrayan kadını merkeze koyan yaklaşımın, kadın yararına en uygun olacak şekilde belirlenmesi gerektiği görülmüştür. Bu bilgilendirme sürecinde, kadına şiddetle mücadelede bu mücadeleye destek olacak bilgilendirme ve yönlendirme aşamalarının anlatılmasının önemi vurgulanmıştır.

5.4.2. Acil Hekiminin Şiddet Gören Kadınlara İletişim Kurması

Hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti sunan personellerin kadına yönelik şiddetin tanımlanmasındaki bilgi, tutum ve inançlarını Gutmanis I ve ark (2007) araştırmıştır. Yapılan bu çalışmaya göre ortaya çıkan temalar şu şekildedir: “sağlık personelinin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve eğitim eksikliği; zaman ve sistem desteği konusunda etkili müdahale eksikliği; sağlık personelinin yeterliği sorunu; güvenlik ve mahremiyet endişesi; duygusal engeller; zayıf görüşme veya iletişim becerileri; sağlık personelinin istismarla ilgili kişisel deneyimleri; yasal süreçle ilgili korkular; sağlık personelinin yaşı ve mesleki deneyimi” (194).

Kadının güvenliğini, mahremiyetini ve bilgi gizliliğini sağlamak, onurunu korumak için yeterli bir altyapı sağlamak iyi bir iletişim için gereklidir. Şiddete uğrayan

kadınla görüşme yapmak için özel bir oda temin etmek bu sürecin ilk basamağını oluşturur. Özel oda hem tıbbi tanı ve tedavi için hem de adli muayene yapılması için de önemli bir iletişim kolaylığı sağlayacaktır (45,193). Öyle ki Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) madde 21’de hastanın mahremiyeti ve bilgi gizliliği de tüm tıbbi süreçte güvence altına alınmaktadır ve tüm bu sürecin makul bir gizlilik ortamında devam ettirilmesi önerilmektedir (195).

Acil serviste de BM’ye göre diğer aile üyeleri olmadan şiddete uğrayan kadınlarla rahat bir şekilde görüşme yapabilecekleri ve diğer hastaların da duyamayacağı ses yalıtımlı bir oda bulunmalıdır. Kadının rahatını artırmak için bu oda düzenlenmeli ve dekore edilmelidir. Ayrıca cinsel şiddete ilişkin bakım sağlamak üzere düzenlenmiş oda olduklarını gösterecek şekilde işaretlenmemelidir (9).

Hekimler de dâhil birçok sağlık çalışanı, içinde yaşadıkları toplumun normlarını, inançlarını ve tutumlarını taşırlar. Özellikle şiddet gören kadınlara yönelik olumsuz tutumlar, kadınlara ek zarar verebilir ve hekimin yeterli tıbbi bakım sağlamasını önleyebilir. Şiddetin dinamiklerini anlamamak, hekimlerin başarısız olmasına neden olabilir ve “kadının yardım kabul etmediğini ve kötü ilişkiyi bırakmak istemediğini” düşünerek, kadının yardıma ihtiyacı olmadığını düşünmelerini sağlayabilir. Dolayısıyla uygun ortamda iyi bir iletişimle şiddetin dinamiklerini anlamak, acil hekimlerin kadına yönelik şiddet olgusuna etkili müdahalesinin önemli bir önkoşuludur. Bu da şiddet gören kadına yönelik destekleyici, yargılayıcı olmayan ve doğrulayıcı bir tutum sergilemelerine yardımcı olacaktır (45).

Tablo 4.20 acil hekiminin şiddet gören kadın ile nasıl iletişim kurulacağını göstermektedir. Görüşmeye katılan hekimler acil serviste şiddet gören kadınlar ilgili olarak uygun ortam sağlama ve hekim tutumu ana temalarında uygulamalarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin verdikleri bilgiler doğrultusunda şiddet gören kadınla iletişim kurma sürecindeki uygulamaları da uluslararası standartlara da uyduğu görülmektedir. Şiddet gören kadınla iyi bir iletişim kurmak, uygun iletişim ortamı sağlamak yoluyla kadını güvende hissettirmek, fiziksel olarak rahat ettirmek, kadın ile ilgili olarak bilgi gizliliğini güvence altına almak ve mahremiyetini sağlamak önemli görülmüştür ve bu durum araştırma bulgularına yansımıştır. Şiddete uğrayan kadınla,

etkili bir iletişim kurmada, hekim tutumunun önemi, görüşmeye katılan hekimlerce vurgulanmıştır. Hekimin kadın hastayla ilk karşılaştığı andan itibaren kendini tanıtmasıyla başlayan süreç, iyi iletişim teknikleri kullanarak kadının özenli bir şekilde dinlenmesi, kadının değerlerine ve onuruna uygun profesyonel etik yaklaşımlar sergileyerek bu iletişimin devam ettirilmesinin önemi araştırma bulgularında elde edilmiştir.

5.4.3 Acil Hekimlerinin Kadının Özerkliğine İlişkin Uygulamaları

Women Against Violence Europa (WAVE)'a (2011) göre kadına yönelik şiddete ilişkin sunulan sağlık hizmetlerinin temel amacı, kadınları güçlendirmek, kadının özerkliğini sağlamak, kadının haklarını güvence altına almak ve insan onuruna değer veren destekleyici bir ortamda serbestçe karar verebilmelerini sağlamak olmalıdır (196). Şiddete uğrayan kadının güçlendirilmesi “kadınların yaşamlarını kontrol etme konusunda daha iyi hissetmelerine ve gelecekleri hakkında karar alabilmelerine yardımcı olma” sürecidir (174). Çoğu zaman, akrabalar, arkadaşlar ve sağlık personelleri, kadına ne yapmaları gerektiğini söylemeye çalışır. Ancak, bu onun üzerinde daha fazla baskı yaratabilir ve nadiren yardımcı olur. Bu nedenle kadını güçlendirmek ve özerkliğine saygı göstermek kritik bir öneme sahiptir (45).

Kadınlara yasal hakları ve diğer hizmetler hakkında bilgi vermek, bilinçli kararlar almalarını ve içlerinde hayatlarını kontrol etme hissini oluşmasını sağladığından temel bir strateji olmalıdır (45). Çözümüne ilişkin seçenekleri sunmak, kendisiyle tartışmak ve özerkliğine saygının gereği olarak baskı altında kalmadan kadar verenin kendisi olmasını sağlamak gerekmektedir (174). Türkiye’de HHY madde 24 ise yapılacak olan tıbbi uygulamalara ilişkin kadının rızasının alınmasının gerekliliğine değinmektedir (195).

Kadınların özerklik ve mahremiyetine saygı göstermemek ise beraberinde yeniden şiddete uğrama endişesi, çocuklarının elinden alınma korkusu, ortaya çıkması muhtemel bir tedavi maliyeti nedeniyle sağlık sistemi tarafından mağdur edilme kaygısı, destek olmak üzere yönlendirilen diğer uzman kişiler ile görüşmekten çekinme gibi durumlara da neden olabilecektir (174).

BMNF'a göre (2014) hekimler hem tedavi hem de polis, yasal sistem veya diğer birimlerle temasa geçme sürecinde kadının ihtiyaç ve isteklerini bilmelidir. Yapılacak muayene ve yan etkileri de dâhil önerilen tedaviler hakkında bilgi vererek kadının onamı alınmalıdır. Kadının rızası olmadığı sürece, adını veya onun hakkındaki diğer kişisel bilgileri aile üyelerine, diğer hizmet sağlayıcılarına, devlet kurumlarına veya araştırmacılara aktarmaktan kaçınılmalıdır. İstisnai olarak kadının yaşamı ve sağlığı tehlikede ise bu bildirimlerin yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır. Diğer bir istisna da zorunlu bildirimdir; bu durumda hekim, kadını bildirim yükümlülüğü konusunda bilgilendirmelidir (45).

DSÖ'ye göre kadınların özerkliği ve karar alma süreçlerini etkileyebileceği için, yakın partner şiddetinin polise zorunlu bildirilmesini desteklememektedir. Bazı kadınlar, adlarına yasal işlem yapılmasının yararları olabileceğini kabul etse de, istismara uğramış kadınların tercihi her zaman bu yönde olmamaktadır. Bu nedenle şiddete uğrayan kadın söz konusu olduğunda zorunlu bildirim (varsa) yasal temelleri ile sağlık çalışanının mahremiyeti güvence altına alma ve zarar vermeme gibi etik ilkelerini çok iyi anlamaları gerekmektedir (174).

Türkiye'de şiddet olgusunun zorunlu bildiri konusunda hekimleri sorumlu kılan Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun 280. maddesi *“(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır”* şeklinde ifade etmektedir (197). Büken ve arkadaşlarına göre (2006) etiğin hukukla çatıştığı durumlarda ikilemler ortaya çıkmaktadır. Bu tür durumlarda sağlık çalışanları, temel etik ilkeleri yok saymamak veya hastalarını ciddi tehlikeye maruz bırakmaktan sakınmak için yasalara uymayı reddedebilmelidir. Bunun haricinde sağlık çalışanlarının, hastanın gizlilik hakkını kötüye kullanmadan adalete hizmet edecek olası çözümleri göz önünde bulundurmaları gerekir. Konuyla ilgili bilgi sahibi olan bir kurumdan, sivil toplum örgütünden ya da bilimsel bir dernekten tavsiye almaları da

gerekir. Yeterli destek ve cesaretlendirme alındığında, önceden istekli olmayan bazı hastaların bildirim yapma konusunda onam vermeleri mümkündür (198).

Tablo 4.21 hekimlerin kadının özerkliğine ilişkin uygulamalarını göstermektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin ifadeleri tematik analiz yapıldığında ana tema olarak “muayene, tetkik, tedavi ve adli bildirim” sürecindeki uygulamaları ortaya çıkmaktadır. Tıp etiği ilkelerinden olan özerkliğe saygı ilkesinin, bir uygulama süreci olan aydınlatılmış onam konusunda, araştırmaya katılan hekimler muayene, tetkik ve tedavi sürecinde şiddete uğrayan kadının onamına uygun bir şekilde uygulama yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kadının her aşamada onamının alınmasına önem ve özen gösterdiklerini vurgulamışlardır. Burada dikkat çeken bir husus acil tıp hekimlerinin adli bildirim sürecindeki uygulamaları olmuştur. Kadının yararını merkeze koyarak bildirim yapan, toplum yararını merkeze koyarak bildirim yapan ve mesleki sorumluluk gereği bildirim yapan hekimlerin ifadelerinden kadının özerkliğini yok saydığı, bunun haricinde bildirim yapma sürecine kadını da dâhil etmeye çalışan hekimlerin olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarının bu şekilde ortaya çıkmasının nedeni, Türkiye’de yasal düzenlemelerin muayene, tetkik ve tedavi sürecinde kadının özerkliğine saygının gereği olan onam almayı teminat altına alırken, adli bildirim kararında, zorunlu bildirim şart koşarak kadının özerkliğini yok sayan yaklaşıma ve buna yönelik uygulamalara bağlamaktayız.

5.4.4. Acil Hekimlerinin Rıza Göstermeyen Kadına Yaklaşımı

Seçim yapabilme, kadına yönelik şiddet olgularında yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunumunda önemli bir unsurdur ve insanların tercihleri, ihtiyaçları ve isteklerindeki farklılıklara saygı duymanın merkezinde yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunumu hassas bir şekilde sağlanmalı ve kişiselleştirilmelidir. Özerkliğe saygı ilkesinin gereği olarak şiddet gören kadınlara sunulan sağlık hizmetlerinin her aşamasında onamları alınarak seçim yapmaları sağlanmalıdır ve bu onam doğrultusunda amacın sadece kadına yardım etmek olduğu unutulmamalıdır (9).

Tanı, tedavi ve bildirim süreçleri devam ederken kadının rızasının önemi ve kararlarına saygı duymanın öneminden bahsedilmişti. HHY madde 25 “*Kanunen*

zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz” demektedir (195). Türkiye’de yasal zemin kadına özerk kararı neticesinde seçim yapma ve dolayısıyla mevcut rahatsızlığına ilişkin tıbbi süreçleri reddetme hakkı vermektedir ve bu durumun kadının hak elde etmesine mani bir durum oluşturmaması için uyarıda bulunmaktadır.

Şiddet gören kadının belli süreçlere rıza göstermemesi de araştırmaya katılan hekimler tarafından izah edilmeye çalışılmıştır. Tablo 4.22 görüşmeye katılan hekimlerin rıza göstermeyen kadına acil serviste yaklaşımlarını belirtmektedir. Görüşmeye katılan gönüllü hekimlerin verdikleri ifadelerin tematik analizinde “muayene, tanı, tedavi ve adli bildirim” sürecinde rıza göstermeyen kadına yaklaşım ile ilgili hekimlerin uygulamalarını ana temalar olarak görmek mümkündür. Hekimlerin verdikleri ifadeler doğrultusunda ise oluşan ana temalar altında kadının içerisinde bulunduğu durumu hekimlerin anlamaya çalıştığı, özerkliğine saygı gösterdiği ve hekimlerin hasta yararına olduğunu düşündüğü durumlar özelinde hastayı ikna etmeye çalışmaktadırlar. Ancak kadını ikna etme çabaları hekim açısından olumlu sonuçlanmadığı zaman, muayene, tanı ve tedavi sürecinde kadının kararına uygun davrandıkları belirtilmiştir. Adli bildirim sürecinde kadının bildirim yapma konusunda ikna edilememesi durumunda, tam tersi olarak özerkliğine saygı gösterilmediği, kadının onam vermemesine rağmen adli bildirim yapıldığı ifade edilmiştir.

5.4.5. Acil Serviste Şiddete Uğradığını Gizleyen Kadına Yaklaşım

Şiddet gören kadınlar, genel nüfusa oranla sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaktadır. Buna karşın sağlık hizmeti alırken şiddete uğradığını kendiliğinden söyleyen kadın sayısı oldukça azdır. Feder ve ark yaptıkları araştırma sağlık

profesyonellerinin semptomlar özelinde şiddete uğrayan kadını hassas bir şekilde araştırması durumunda, kadının şiddete uğradığını açıklama olasılığının artacağını göstermiştir. Bu nedenle, şiddet olgusunun kadın açısından pozitif bir şekilde açıklanmasını kolaylaştırmak, ilk olarak sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütmesi için önemli bir başlangıç noktasıdır (45).

Weber T ve Levin L'ye göre (2004) şiddeti gizleyen kadın hastaya yaklaşım şu şekilde olmalıdır (199):

- Kadının şiddete uğradığını söyleyip söylememe ve/veya yardım isteme seçimine saygı gösterilmelidir,
- Kadın ile şiddeti ortaya çıkaran nedenler konuşulmalı,
- Aile içi şiddet olaylarının sıklığı veya yoğunluğu arttığında kadınların daha büyük risk altına gireceği anlatılmalı,
- İhtiyaç dâhilinde kadına zaman tanıyarak birkaç defa ziyaret edilmeli,
- Kadın yardım talep ettiği takdirde, her zaman hazır olduğu belirtilmeli,
- Hekim, kadın ile ilgili endişelerini tıbbi kayıtlarda belgelemeli ve sonraki ziyaretlerde şiddet ile ilgili izlemi kolaylaştırmak için bir not alınmalı,
- Sonraki ziyaretler sırasında şiddetin tıbbi ve psikolojik belirtileri araştırılmalı ve kadına bu konuda geribildirim/önerilerde bulunulmalıdır,
- Bekleme odalarında/muayene odalarında kadının dikkatini çekecek şekilde bilgilendirici broşürler bulundurulmalıdır.

Araştırmamız neticesinde ortaya çıkan Tablo 4.23 görüşmeye katılan hekimlerin şiddeti gizleyen kadınlara acil serviste yaklaşımlarına ilişkin veriler içermektedir. Hekimlerin verdikleri ifadelerin tematik analizinde “iletişim kurma, öykü alma, adli bildirim ve tedavi sürecindeki” uygulamalarına ilişkin ana temalar oluşturulmuştur. Alt temaların oluşturulması sürecinde kullanılan hekim ifadeleri ise şiddeti gizleyen kadına hastaya sistematik bir şekilde nasıl yaklaşılması gerektiğini açıklamaktadır. Ortaya çıkan ana temalar ve alt temalar özelinde şiddete uğradığını gizleyen kadına yaklaşım sürecinde kadını merkeze koyan yaklaşımlar ve tıp etiği temelli yaklaşımlarla da ortak noktalar barındırdığı görülmektedir. Sürece ilişkin basamaklarda ise hekimlerin özerkliğe saygı, mahremiyet, bilgi gizliliği, empati,

kadının güvenini sağlama gibi etik konularda da özen göstermenin önemi de hekimler tarafından vurgulanmıştır.

5.4.6. Acil Serviste Şiddete Uğrayan Kadın İle Görüşme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Acil tıp hekimleri açısından söz konusu kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşım olduğunda, öncelikle kadın ile ilişki kurmak ve iletişim becerilerine sahip olmak, hasta ile etkili iletişim kurmak açısından esastır. Şiddete uğrayan kadın hasta ile iyi bir ilişki kurmanın temelini empati kurmak, kadını cesaretlendirme, doğrulama, kadının sorununu kabul etme, hekimin rolüne uygun davranması ve dürüstlük oluşturmaktadır. Bununla birlikte hekim sözlü iletişim, kadını anladığını hissettirme, aktif dinleme, ilgili soruları sorma ve kadına özel yaklaşım becerilerine sahip olması ve bu becerilerini kullanabilmesi gerekmektedir (199).

Weber T ve Levin L'ye göre (2004) şiddete uğrayan kadın ile görüşme sürecine şunlara dikkat edilmelidir (199):

- Kadının şiddete uğradığını söylediği anda bunun ilk ve tek olmama ihtimali göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle kadın destekleyici bir şekilde dinlenmeli ve şiddet öyküsünü anlatırken kadının yaşadıkları doğrulanmalıdır.
- Kadın için gerekli tıbbi tedavi yapılmalıdır.
- Destek hizmetleri konusunda kadın bilgilendirilmelidir.
- Kadına genel bir güvenlik planı sağlanmalıdır.
- Varsa kurum içi aile içi şiddet koordinatörüne kadın yönlendirilmelidir.
- Kadının ihtiyaçlarına uygun yönlendirme yapılmalıdır (avukatlık hizmetleri, yargı hizmetleri, sivil toplum kuruluşları, danışmanlık hizmetleri, ihtiyaç olan tıbbi hizmet birimleri, göçmenlere hizmet birimleri, sosyal hizmetler, vb gibi)

Tüm bu süreçler devam ederken kadının özerkliğine saygı gösterilmeli, mahremiyeti ve bilgi gizliliği sağlanmalıdır. Kadının sağlığı ile ilgili kaygıları, kendisi de dâhil çocuklarının geleceğine dair endişeleri ve geçireceği sürece ilişkin korkuları giderilmelidir (199).

Araştırma kapsamında oluşturulan Tablo 4.24 görüşmeye katılan gönüllü hekimlerin şiddete uğrayan kadınla acil serviste görüşme sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaları hekimlerin ifade ettikleri uygulamaları özelinde göstermektedir. Hekimlerin ifadeleri doğrultusunda yapılan tematik analiz neticesinde “uygun görüşme ortamı sağlama, iletişim kurma, öykü alma ve muayene” sürecine ilişkin ana temalar oluşmuş ve hekimlerin uygulamaları özelinde yapmaları gerekenler belirtilmiştir. Uygun görüşme ortamı, araştırma bulgularına göre kadının sürece uyumunu sağlarken, kadının mahremiyetinin sağlanması, yakınlarından uzak tutulması ve güvenlik personeli desteği ile kendisini daha da rahat hissetmesini ve özerk karar almasını sağlayacaktır. Uygun ortam sağlandıktan sonra iyi bir iletişim kurmak daha olası olacaktır. Uygun ortamda iyi bir iletişim kurmak da kadının onurunu korumak ve kadını merkeze koyan etik yaklaşımları sergilemek açısından önem taşımaktadır. Bunun için görüşmeye katılan hekimler, iyi iletişim kurmanın yollarını kadının biraz bekletilmesi, cesaretlendirilmesi, güveninin kazanılması, tıbbi ihtiyaçlarının öncelenmesi, lüzum dâhilinde kadın personel desteği alınması gibi başlıklarla ifade etmişlerdir. Öykü alma ve muayene sürecinde kadının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, yaşanan olayların detaylarının öğrenilmesi, kadının tutum ve davranışlarının iyi bir şekilde gözlenmesi, detaylı bir şekilde fizik muayene ve ruhsal muayenenin, cinsel saldırı değerlendirmesinin yapılmasına özen gösterilmesi vurgulanmıştır. Tüm bu süreçlerle ilgili olarak da görüşülen hekimlerin verdikleri ifadeler doğrultusunda kadının özerkliğine saygı gösterme, mahremiyet ve bilgi gizliği konularına hassasiyet gösterme, kadın ile güven ilişkisi kurma gibi etik konularda da hassas davrandıkları görülmektedir.

5.5. Gözlem Notlarına İlişkin Bulgular İle İlgili Tartışma

5.5.1. Acil Servislerin Fiziksel Ortamına İlişkin Sorunlu Noktalar

Acil servisler olağan dışı durumlar da dâhil olmak üzere aşırı kalabalığın yaşandığı günlük olaylarda stratejik bir rol oynamaktadır. Acil servislerin kalabalık olduğu durumlarda hekimler hastaya bakım sağlanan alanın kısıtlılığı ile sıklıkla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu süreçte de sağlık talebine ilişkin başa çıkmayla ilgili olarak

endişeler de bulunmaktadır. Ortaya çıkan özel zorluklarla acil servislerde başa çıkılabilmesi için de özel bir şekilde tasarlanma zorunluluğu da ortaya çıkmaktadır. Etkili bir tasarımın planlamasında acil servislerin performansını etkileyen temel faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir (200).

Ulrich RS ve ark (2004) hastanedeki fiziksel ortamı personel ve hasta açısından değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada personel verimi, tıbbi hatayı azaltma, hasta mahremiyeti ve bilgi gizliliğini koruma, sosyal destek sağlama, hasta güvenliği, hasta ile iletişim, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi ve hasta tatmini açısından fiziksel ortamın önemi ortaya konmuştur (201). Konu acil servisler olduğunda fiziksel ortamın önemi diğer bölümlerden daha fazla öne çıkmaktadır. İyi organize edilmiş acil servis fiziki ortamı ise hizmet sunumunun etkinliğini arttıracaktır (202).

Goodarzi H. ve ark (2015) yaptığı çalışmaya göre acil servisin fiziksel ortam sorununa ilişkin şu sonuçlar çıkmıştır: a) Acil servisler stresli bir çalışma ortamı olmaktadır. b) Acil servis personeli için yetersiz dinlenme alanı bulunmaktadır. c) Hastaların takibi ve izlemi için yetersiz bir ortam vardır. d) Hasta yakınları fiziksel ortam yetersizliğinde kargaşa oluşturmaktadır. e) Hızlı takip ve triaj birimi sorunu bulunmaktadır. f) Çalışma alanında ergonomi eksikliği bulunmaktadır (202).

Sağlık hizmetlerinin amacı sadece hastalıkları tedavi etmek değil, aynı zamanda iyi bir tasarımla olumsuz psikososyal unsurlardan arınmış, güvenli olan ve hastalar için iyileştirici bir ortam yaratmaktır. Bakımın uygun bir ortamda koordine edilip yürütüldüğü etkili acil servis fiziki ortamının varlığı acil hekiminin olgu yönetimini kolaylaştıracaktır. İlk olarak acil servis personelinin uygun çalışma ortamının yaratılması olgu yönetiminin önemli bir parçası olmaktadır (203).

Irish Association For Emergency Medicine (IAEM)'a göre (2007) acil servis, hastaların acil bakım hizmetlerinin en yüksek çağdaş standartlarına erişebileceği bir ortam olmalıdır. Tasarımı verimlilik, güvenlik ve hasta refahını desteklemelidir. Uygun bir fiziki düzenleme ile hastaların gizlilik ve mahremiyet hakları korunmalıdır. Hastanın akrabalarının, arkadaşlarının ve ziyaretçilerinin ihtiyaçları da dikkate alınmalıdır. Kültürel faktörler ayrıca hastanın ihtiyaçlarını da belirleyebilir ve

tasarımda göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca özel durumlarda kullanılmak üzere, hastanın mahremiyeti için, her bir acil serviste en az bir adet tek kişilik odaya sahip olmalıdır. Bunun haricinde hastanın yakınlarıyla da görüşme sağlamak üzere özel ortam bulunmalıdır (204).

Australasian College for Emergency Medicine (ACEM)'e göre (2014) hastanedeki hasta deneyimini, acil servise girişten taburcu olana kadar nasıl optimize edilebileceğini düşünmek önemlidir. Acil servisi tasarlarken, sağlık hizmetlerinin hastalara güvenli ve verimli bir şekilde ulaştırılması için her bir odanın kabul edilen hastaya uygun bir şekilde özenle tasarlanması gerekmektedir. Her bir oda güvenli ve hijyenik olmalıdır. Hasta mahremiyeti ve onurunu güvence altına alınmalıdır. Belirli bir zamanda belirli bir odayı kullanması muhtemel olan personel ve hasta sayısı göz önünde bulundurulmalıdır (203).

ACEP'e göre (2008) acil servisler, başvuran tüm bireyleri değerlendirmek için gerekli personel ve kaynaklara öncelikle sahip olmalıdır. Bunun için acil servislerin etkili yönetim, personel, tesis tasarımı, ekipman, ilaç ve yardımcı hizmetler sağlama politikaları ve planlarına ihtiyaç vardır. Bu sayede hastaların değerlendirilmesi, yönetimi ve tedavisi en uygun şekilde gerçekleşecektir. Ayrıca acil servisler, hastanın görsel ve işitsel mahremiyet ve gizlilik hakkını, tıbbi zorunluluklarla tutarlı ve makul bir şekilde korumak için tasarlanmalıdır (205).

Araştırma kapsamında acil servislerin fiziksel ortamına ilişkin olarak yapılan gözlemler neticesinde, fiziksel ortamın yetersizliği ya da acil servisin saat itibarıyla yoğunluğundan kaynaklı olarak fiziksel ortamın yetersiz kaldığı gözlemlenmiştir. Tablo 4.25'te görüldüğü gibi triyaj öncesi alandan kırmızı alana kadar olan acil servis bölümlerinde ortaya çıkan bu fiziksel ortam sorunları bilgi gizliliği ve mahremiyet sorunu, olumsuz tedavi koşulları, diğer hastaların duygusal olarak olumsuz etkileneceği ortam yaratmaktadır. Kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde ise hekimin bireysel olarak aldığı önlemler olsa dahi, kadına etik açıdan uygun yaklaşım sergilemek açısından kaygı verici acil servis ortamı olduğunu belirtmekte fayda olacaktır.

5.5.2. Acil Servis Ortamının Sosyal Boyutuna İlişkin Sorunlu Noktalar

Acil servislerde aşırı kalabalık, göz ardı edilemeyecek bir sorundur. Küresel anlamda da sağlık sistemi için zorluk teşkil etmektedir. Kaliteli sağlık hizmetlerinin kritik olduğu bir dönemde, acil servisin aşırı kalabalık olması artan hasta sorunu, hizmet kalitesinin kötüleşmesi, önlenebilir sağlık sorunları ve hatta hayat kaybı ile ilişkili olduğu için ele alınması önemlidir. Bunun için de acil serviste aşırı kalabalık ortamı yönetmek kritik olmaktadır (206).

Acil serviste bakım kalitesinin güvenlik, etkinlik, hasta odaklılık, verimlilik, dakiklik ve eşitlik olmak üzere altı boyutu vardır. Zaman ve risk yönetiminin hayati öneme sahip olduğu acil servislerde yaşanan yoğunluk ise bakım kalitesinin bu altı boyutunu olumsuz etkileyecektir. Öyle ki acil servislerde yaşanan yoğunluğun bakım kalitesini etkilediğine dair çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir (207). Salway RJ ve ark göre (2017) acil servislerde oluşan kalabalık uzun bekleme süreleri, uzun yatış süreleri, tedaviye başlamadan hastaneden ayrılış, bakım kalitesinin azalması, tıbbi hata oranlarının artması gibi sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (208).

Hastanelerdeki acil servislerde diğer birimlerden farklı olarak, fazla sayıda hastanın müracaat ettiği saatlerde mahremiyet ve gizliliğin korunmasını sağlayacak özel odalar bulmak çok zordur. Genellikle sadece perdelerle ayrılan tedavi alanlarına sahiptir ve hastalar uzun süre birbirine yakın bir şekilde müşahede edilirler. Bu nedenle sıklıkla ortaya bilgi gizliği ve mahremiyet sorunu ortaya çıkmaktadır. Acil servislerde ortaya çıkan mahremiyet ve bilgi gizliliği ihlali, özellikle hassas tıbbi durumlar ve bazı önemli tedavi seçenekleri tartışılırken, hastalar ile iletişimi zorlaştırmaktadır. Ortaya çıkan bu sorun tanı ve tedavi sürecine ilişkin olumsuz sonuçları ortaya çıkarırken beraberinde hastanın güven duygusunun azalmasına ve iyi bir hekim-hasta ilişkisinin kurulmasına engel olabilir. Bu nedenle hasta merkezli sağlık bakımının acil servislerde hasta mahremiyetini ve bilgi gizliliğini güvence altına alacak şekilde tasarlanması gerekmektedir. Lin Y ve ark göre (2013) acil servisin kalabalığı sorunu aşıldığında, genel hasta sayısının azalmasıyla birlikte, diğer hastanın mahremiyeti ve gizliliği de sağlanacaktır. Dahası hastanın acil serviste bekleme süresi de en aza ineceği için hasta açısından da tatminkâr bir süreç yaşanacaktır (209).

Araştırma kapsamında gözlem başlıklarından bir tanesi olan acil servis ortamının sosyal boyutu olmuştur. Gözlem yapılan saate göre acil servislerde yoğun bir insan kalabalığı görülmüştür. Bu kalabalığı oluşturan ise hastalar ve beraberinde gelen hasta yakınlarından oluşmaktadır. Hasta yoğunluğunun oluşturduğu yoğunluğun haricinde hasta yakınlarının da varlığı acil servislerde ciddi etik sorunları da görünür hale getirmiştir. Tablo 4.26'da acil servis ortamının sosyal boyutundan kaynaklanan kalabalık ve hastaları rahatsız eden ortam ve ilişkiler, mahremiyet ve bilgi gizliliği, hasta kabulü, amacının dışında kullanılan acil servis birimi gibi sorunlu birçok husus göze çarpmıştır. Gözlem yapılan acil servislerde etik açıdan kabul edilmesi güç ve sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkileyen sosyal bir ortam olduğu görülmüştür. Böyle bir durumda konu bir de kadına yönelik şiddet olgu yönetimi olduğunda, triaj öncesi alandan kırmızı alana kadar şiddete uğrayan kadın açısından da ciddi anlamda kaygı verici bir sosyal ortam olduğu gözlenmiştir.

5.5.3. Acil Servis Ortamında Oluşan Etkileşimlere İlişkin Sorunlu Noktalar

İnsanların hastaneye yatış, tedavi ve bakım kalitesi ile ilgili beklentilerinin iyileşmeye katkısı olabilecek faktörler olduğu bilinmektedir. Hasta bakımı, ailelere ve hastalara yönelik ve onlarla paylaşılan eylem, diyalog, dinleme, yardım, geri dönüş, destek ve hastaların anlaşılmasını içeren bir etkileşim eylemidir aynı zamanda. Bu açıdan bakıldığında, iyi bir iletişim yalnızca vücudu iyileştiren değil aynı zamanda ruhu da rahatlatan etkili, terapötik bir eyleme katkıda bulunabilmektedir. Her ne kadar günlük iletişim profesyonel uygulamaların uygulanması için zorunlu olsa da, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki etkileşimi olumsuz yönde etkileyen unsurlar göze çarpmaktadır. İş yükü, zaman eksikliği, iş rutinlerine verilen öncelik, eğitim eksikliği ve ailenin hasta bakım sürecinde dışlanması olumsuz iletişim nedenleri sayılabilir (210).

Acil servislere giren hasta sayısının her geçen gün artış göstermesi zaman ve fiziksel kısıtlılık nedeniyle acil servis sürecinin yönetimini daha zorlaştırmaktadır. Triyaj uygulamaları, hastaların hızlı takibi, hekim de diğer sağlık personellerinin ortak çalışmaları, hastaların yatış, sevk ve taburculuk işlemleri ve bunlarla beraber hasta yakınlarının da sürecin içerisinde olması acil servislerin dinamik yapısını oluşturmakla

birlikte kişiler arasında olumsuz etkileşimleri de beraberinde getirmektedir. Bunun da doğal bir sonucu olarak bakım kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte ve hasta şikâyetlerinin artışı görülmektedir. Rumoro DP ve ark (2015) göre acil servislerde iyi bir iletişim gerçek anlamda hasta memnuniyetini arttırmaktadır (211).

Acil servis ortamının gerek fiziksel özelliği, gerekse de ortamın kalabalık oluşundan kaynaklı olarak ortaya çıkan sosyal boyut istemeden de olsa bir dizi etik sorunu beraberinde getirmektedir. Lin Y ve ark göre (2013) göre acil servis çalışma ortamı ortaya çıkan farklı etkileşimler nedeniyle mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu ortaya çıkarmaktadır. Ortamının ve sürecinin etkin bir şekilde düzenlenmesi ortamdaki ilgisiz kişilerden kaynaklı olarak ortaya çıkan görsel ve işitsel olarak meydana gelen mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu çözüme kavuşturacaktır (209).

Araştırma kapsamında yapılan gözlem neticesinde acil servis ortamında görülen etkileşimlere yönelik sorunlu noktalar Tablo 4.27’de gösterilmiştir. Acil servisin dinamik yapısı ortamda oluşan kalabalık ile beraber farklı etkileşimlerin oluşmasına zemin hazırladığı görülmüştür. Bunların da bir neticesi olarak da acil servis personeli-hasta ve acil servis personeli-hasta yakınları arasında iletişim, kötü haberin verilmesi, hastaların mahremiyeti sorunlarının yanı sıra eğitim alan personellerin ve ilgisi olmayan personellerin sağlık hizmetlerine tanıklığı etik açıdan sorunlu noktalar olarak gözlemlenmiştir. Acil servislere özel bu etkileşimler şiddete uğrayan kadın özelinde değerlendirildiğinde ise iletişim problemiyle başlayacak olan sürecin etkin bir şekilde devam etmesine engel olacağını da göstermektedir.

5.5.4. Acil Servis Ortamında Konuşulan Dile İlişkin Sorunlu Noktalar

Acil Servisler, bitişik tedavi alanları arasında ses iletimini en aza indirecek şekilde tasarlanmalıdır. DSÖ'nün hastanelerde gürültü seviyeleri için önerileri sıklıkla aşılmaktadır ve bu durum da hastalara yaklaşım da dâhil olmak üzere bakım kalitesine ilişkin olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Ortamda meydana gelen gürültü ve konuşulan dil özellikleri de hasta ile iletişimi bozmanın yanında ciddi bir şekilde mahremiyet sorunu da yaratmaktadır (203).

Sağlık personellerini arasında iyi iletişim kurulması, karmaşık klinik ortamların sorunsuz ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak için önemlidir. Sağlık çalışanları arasındaki zayıf iletişim, tıbbi hataya önemli ölçüde nedeni olabilir. Acil servislerin kaotik yapısı çalışanlar arasındaki iletişimi de bozabilir. Şiddet gören kadına ait bilgi etkili bir şekilde sağlık çalışanları arasında iletilemezse, bu durum klinik sonuçlar açısından hasta üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (212).

Tablo 4.28 acil servis ortamında konuşulan dil özelliğine ilişkin olarak görülen sorunlu noktaları belirtmektedir. Acil servis ortamında yapılan gözlem neticesinde personellerin birbirleriyle rahatsız edecek şekilde şakalaşması, eğitim amaçlı konuşmalara hastaların tanık olması, intörn ile tartışma yaşanması, intörnlerin birbirleriyle rahatsız edici konuşmaları, güvenlik görevlisi ile bir hasta yakınının tartışması, acı çeken bir hastanın feryadı gibi olumsuz konuşmalar gözlem yapılan saatte dikkat çekmiştir. Şiddete uğrayan bir kadının ise sadece bu tespit edilen acil servis ortamında konuşulan dil özelliklerinden kaynaklı olarak rahatsız olabileceği ve kadının böyle bir ortamda sorununu ifade edecek kadar rahat hissedemeyeceği olumsuz bir ortam olduğu göze çarpmaktadır.

5.5.5. Acil Servislerle İlgili Genel Değerlendirmelere İlişkin Sorunlu Noktalar

BMNF kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine ilişkin şiddet gören merkezli yaklaşım, hak temelli yaklaşım, güvenlik, mahremiyet, ayrımcılık yapmama gibi bazı rehber ilkeler belirlemiştir. Yine BMNF'ye göre sağlık hizmetleri sunumunda kadına yönelik şiddet olgularına yaklaşımda bazı minimum standartlar olmalıdır. Bu asgari standartları ise üç grupta toplanmaktadır: a) Temel standartlar, b) Azaltma, önleme ve müdahale standartları, c) Koordinasyon ve operasyonel standartlar (213).

Acil servisler genel olarak hasta mahremiyetini güvence altına alacak bir ortama sahip değildir. Hastalar uzun süre birbirlerine çok yakın bir şekilde müşahede edilirler ve farklı hasta yakınları ile etkileşime açıktırlar. Ortaya çıkan bu mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu hastalar ile olan iletişimi zedelemekte ve karar verme sürecini olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak da sağlık hizmeti sunumunda aksaklıklar meydana gelmektedir (67).

Lin Y ve ark göre (2013) kurumsal bir öncelik olarak ve acil tıp personelinin sağlık hizmeti sunumuna tam katkı sağlaması için önemli düzenlemeler gerekmektedir. Bu düzenlemelerin ise şu başlıklar altında yapılması önem arz etmektedir: a) Acil servislerin fiziksel ortamının düzenlenmesi, b) Süreç yönetiminin düzenli bir şekilde planlanmış olması, c) Acil servislere erişimin kontrolü, d) Personelin etik eğitimi, e) Gerekli durumlarda etik danışmanlık sağlama (209).

Tablo 4.29 gözlem yapılan altı üniversite acil servisi hakkında genel değerlendirme notlarını içermektedir. Tabloda görüldüğü gibi gözlem yapılan acil servislerin yoğun olduğu, fiziki şartlarının yetersiz olduğu, mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu yaşandığı gözlemlenmiştir. Sonuç itibarıyla genel olarak acil servisleri kadına yönelik şiddet olgularının yönetimi konusunda uygun olmayan şartlara sahip olduğu görülmektedir. Fiziki şartları yeterli olan acil servislerde ise personelin hasta mahremiyeti konusundaki özensiz davranışları da göze çarpmaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere acil servislerde kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine ilişkin standart protokoller olmadığı müddetçe, etik açıdan uygun yaklaşım sergilemek hekimin bireysel motivasyonuna kalmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç

Kadına yönelik şiddet olgusu bireysel, toplumsal ve kültürel açıdan birçok faktör barındırmaktadır ve kadının bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halini olumsuz şekilde etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de görülme sıklığı çok fazladır. Şiddet eylemine maruz kalan kadınlar ihtiyaçları dâhilinde sağlık kurumlarına, özellikle acil servislere, müracaat etmektedirler.

Kadına yönelik şiddet olguları acil servislere karşılaştığında hekimler açısından yönetmesi oldukça güçtür. Fiziksel yaralanmalar, fonksiyon kayıpları, ruhsal bozukluklar, perinatal sağlık sorunları, intihar girişimleri gibi sağlık sorunları ile acil servis hekimleri sıkça karşılaşmaktadır. Bu tür durumlarda kadının klinik durumu ile şiddet maruziyeti arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak hekimin sorumluluğundadır.

Acil servislere farklı nedenlerden dolayı şiddete uğradığını gizleyen, uğradığı travmanın etkisiyle şiddet gördüğünü söyleyemeyen, şiddet gördüğünü ifade edip çözüm aramak istemeyen kadınlara yaklaşım birbirinden çok farklı dinamikler barındırmaktadır. Acil tıp hekimlerinin bu dinamikleri göz önüne alarak etik ve profesyonel değerler ışığında kadın yararına en uygun şekilde davranması gerekmektedir.

Acil tıp hekimleri kadına yönelik şiddet olgusuna yaklaşırken yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı, adalet, mahremiyete saygı, bilgi gizliliği gibi etik konulara azami şekilde dikkat etmelidir. Ancak şiddetle mücadele acil tıp alanında sadece hekimlerin bireysel uygulamalarına bırakılmamalıdır. Bu halk sağlığı sorunu ile ilgili paydaşlar sorumluluk bilinci içerisinde hareket etmelidir. Tıp eğitimi politikaları, sağlık politikaları, kurumsal politikalar ve yasal düzenlemeler yoluyla kadın hakları ve onurunu güvence altına alarak acil servislere destek olan multidisipliner bir ekip ile bu sorun ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.

Araştırma kapsamında acil tıp alanında çalışan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgu yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarına ilişkin elde edilen veriler

tematik analiz yapılmış, tıp etiği açısından değerlendirilmiş ve özetle şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Bilgi sorularına ilişkin sonuçlar

- Araştırma kapsamında görüşmeye katılan hekimlerin tamamı, yapılan görüşmelerde etik eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. YÖK'ün belirlediği Mezuniyet Öncesi Ulusal ÇEP'te etik eğitimi bulunmasına karşın, hekimler genel olarak aldıkları etik eğitiminin içeriklerini hatırlamamaktadır. Lisans döneminde aldıkları etik eğitimi ile ilgili çok az bilgi hatırladıkları görülmektedir. Bu bulgular görüşmeye katılan hekimler için lisans eğitiminde alınan etik eğitiminin yetersiz olduğu ya da verilen etik eğitiminin kalıcı olmadığı düşünülmüştür.
- Mezuniyet Öncesi Ulusal ÇEP'te toplumsal cinsiyet eğitimi önerilmesine rağmen sadece iki hekim bu eğitimi aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin toplumsal cinsiyet farkındalığı edinmelerini sağlayacak yeterli eğitimi almadıkları düşünülmüştür.
- Mezuniyet Öncesi Ulusal ÇEP'te kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim önerilmesine rağmen, görüşmeye katılan hekimlerden yalnızca yedi tanesi bu eğitimi aldıklarını belirtmiştir. Bu sonuç hekimlerin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim eksiklerinin onların şiddet olgu yönetimine yeterli katkı sunmalarını engellediğini düşündürmektedir.
- Araştırma, görüşmeye katılan hekimlerin şiddetin kadın sağlığı üzerindeki etkileri hakkında genel anlamda yeterli bilgiye sahibi olmadıklarını bilgilerinin sadece acil tıp alanı ile sınırlı olduğunu göstermiştir.
- Kadına yönelik şiddet olgusunun tespitinde yapılması gerekenler sistematik bir şekilde hekimlerin tamamı tarafından ifade edilememiştir. Bu bulgu ışığında kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine ilişkin mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası sistematik yaklaşıma yeterince yer verilmediği ya da çalışılan kurumlarda sistematik bir uygulama yaklaşımının bulunmadığı düşünülmüştür.

- Şiddet gören kadın ile iletişim engelleri hekimler tarafından detaylı bir şekilde ifade edilememiştir. Bu konuda hekimlerin yeterli bilgi sahibi olmadıkları düşünülmüştür.
- Araştırma kapsamında görüşmeye katılanlar tarafından şiddetle mücadelede hekime, kadına, acil servise ve topluma ait, ayrıca politika düzeyinde engeller olduğu ifade edilmiştir. Kadına yönelik şiddetle mücadelenin daha etkin yapılması için bu engellere yönelik adımlar atılması gerektiği sorucuna ulaşılmıştır.
- Araştırma kapsamında hekimlerle yapılan görüşme ve gözlem neticesinde, acil servislerin tıbbi müdahaleler konusunda teknik imkânlarının yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak araştırma yapılan hastanelerin genel olarak fiziki imkanları, güvenlik olanakları, acil servise destek olacak özel birim, şiddet olgusuna yaklaşım için özel protokolleri tüm hastanelerde standart şekilde bulunmamaktadır.
- Acil servislerde kadına yönelik şiddet olgularının yönetimi konusunda acil hekimleri yeterli olamamaktadır. Bu nedenle kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında bir olgu yöneticisine ihtiyaç duyulmaktadır.
- Araştırma kapsamında acil servis ortamının ve çalışma şartlarının kadına yönelik şiddet olgularına yaklaşımda tıp etiği temelli yaklaşım ve şiddete uğrayan kadını merkeze koyan yaklaşım açısından uygun olmadığı görülmüştür.

Tutum sorularına ilişkin sonuçlar

- Araştırma kapsamında kadına yönelik şiddet olgu yönetiminin bir parçası olarak ideal tutum sergilemelerinin gerekli ve önemli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.
- Kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde hekimlerin sergiledikleri tutumun gereğini bireysel duyarlılıkları ya da bir meslektaşın rol model alınması ile oluşturduğu düşünülmüştür.

Uygulama sorularına ilişkin sonuçlar

- Kadına yönelik şiddet olgu yönetiminin her bir aşaması için acil tıp hekimlerinin rolleri görüşmeye katılan hekimler tarafından tanımlanmıştır. Her bir role ilişkin olarak hekimlerin uygun iletişim kurmaları gerekliliği görülmüştür.
- Görüşmeye katılan hekimlerin kadına yönelik şiddet olgu yönetiminin özel iletişim tekniklerini bilmeleri gerekmektedir.
- Görüşmeye katılan hekimler tanı ve tedavi süreciyle ilgili olarak kadının onamını alma yönünde uygulama sergilediklerini ve kadının onamına uygun bir şekilde hareket etmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Ancak hekimlerin adli olgu bildirim süreciyle ilgili olarak kadının özerkliğine saygılı olma kuralına ve kadının onamına muhalif olarak adli olgu bildirimini yasal sorumlulukları gereği yaptıklarını ifade edilmiştir.
- Görüşmeye katılan hekimler, acil servislerde şiddete uğradığını gizleyen kadın hastalar ile karşılaştıklarında, şiddet olgusunu ortaya çıkarmak için kadın ile temas ettikleri her aşamada olaya titizlikle ve şüpheyle yaklaştıklarını belirtmişlerdir.
- Görüşmeye katılan hekimler, acil servislerde şiddet olgusuna multidisipliner yaklaşım sergileyecek konu ile ilgili eğitim almış kişilerden oluşan kurumsal bir yapı bulunmadığını ifade etmişlerdir.

Gözlem notlarına ilişkin sonuçlar

- Araştırma kapsamında acil servislerde yapılan gözlemler neticesinde, fiziksel ortamın kadına yönelik şiddet olgu yönetimi için yeterli olmadığı görülmüştür.
- Acil servislerde fiziksel ortam yetersizliği beraberinde bilgi gizliliği, mahremiyet, olumsuz ruhsal etki yaratacak tedavi koşullarını meydana getirmektedir.
- Acil servisin doğası gereği oluşan kalabalık ortam ve kişiler arası ilişkilerin kontrol edilebilir düzeyde olmaması mahremiyet ve bilgi gizliliği sorunu gibi etik sorunları beraberinde getirmektedir.

Öneriler

- Hekimlere, lisans düzeyinde etik eğitimi daha yoğun bir şekilde verilmeli ve klinik bilimlerde etik eğitimi müfredatın bir parçası olmalıdır.
- Kadına yönelik şiddet eğitimi tıp fakültesi ve acil tıp uzmanlık eğitimi sürecinde klinik, etik, sosyal ve kültürel yönüyle verilmelidir.
- Toplumsal cinsiyet eğitimi tıp fakültesi ve acil tıp uzmanlık eğitimi sürecinde şiddetle mücadelenin bir parçası olan hekimlerde farkındalığı arttıracak düzeyde verilmelidir.
- Acil tıp alanında şiddet gören kadının özellikleri, şiddetin belirtileri, şiddetin kadın sağlığı üzerine etkileri ve şiddet gören kadınla iletişim engelleri acil tıp uzmanlık eğitim müfredatında yer almalıdır.
- Şiddet olgusunun tespitinde acil tıp pratiğinde sistematik bir yaklaşım modeli belirlenip uygulanmalıdır.
- Şiddetle mücadelede mevcut olan engellere yönelik olarak bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde tüm paydaşlara toplumsal cinsiyet eşitliği eğitimi verilmeli ve şiddeti önlemeye yönelik müdahaleler geliştirilmelidir.
- Acil servislerin kadına yönelik şiddet olgusunu yönetmek için standardize edilmeleri gerekmektedir. Mevcut olan fiziki altyapının kadının mahremiyetini ve bilgi gizliliğini sağlama konusunda yeterli hale getirilmesi gerekmektedir.
- Güvenlik önlemlerinin artırılması, başta acil tıp hekimi olmak üzere personellerin eğitimi, kurumsal politika hazırlanması, şiddet olgu yönetimine özel protokollerin acil servisler özelinde oluşturulması, kadına yönelik şiddet olgularının yönetimine destek olacak özel birimlerin her bir hastane bünyesinde günün her saati hizmet verecek şekilde kurulması acil servislerin ve acil tıp hekimlerinin şiddet olgusunun yönetimi konusunda ihtiyacını giderecektir.
- Acil servis ortamı ve çalışma şartları düzenlenmeli, yeterli sayıda ve eğitimde personel istihdamı sağlanmalı, acil serviste hasta yoğunluğuna sebep olan nedenlerin politik düzeyde önlemler ile önüne geçilmesi için düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler tıp etiği temelli yaklaşım ile şiddete uğrayan

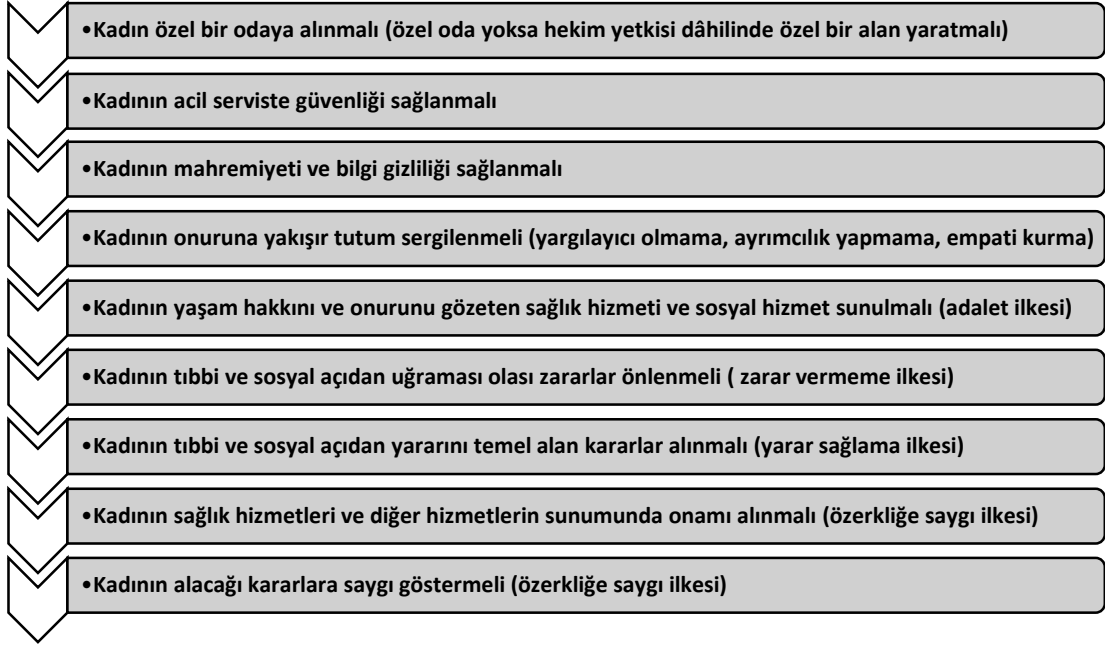
- kadını merkeze koyan yaklaşımın sağlanabilmesi ve hekimin şiddete uğrayan kadına karşı etik açıdan kabul edilebilir tutum göstermesi için gerekmektedir.
- Acil tıp hekimlerine mezuniyet öncesi ve sonrası kadına yönelik şiddete müdahale eğitimi verilmelidir (etik eğitimi, toplumsal cinsiyet farkındalığı eğitimi, iletişim becerileri eğitimi, psikolojik ilkyardım eğitimi, hukuk eğitimi, adli tıp eğitimi)
 - Acil tıp hekimlerinin kadına yönelik şiddet olgu yönetimi ile ilgili ideal tutum geliştirmeleri ve sergilemeleri için toplumsal cinsiyet eğitimlerinin lisans, lisansüstü ve meslek içi eğitim süreci olmak üzere eğitim ve meslek hayatı sürecine dâhil edilmesi gerekmektedir.
 - Kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde sadece acil hekimlerinin değil, konuyla ilgili tüm personelin rol tanımları yapılmalı ve bu olguların yönetimine ilişkin iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.
 - Adli ve sosyal destek süreçlerinin başlatılmasında, tıbbi tanı ve tedavi sürecinde olduğu gibi kadının özerkliğini göz ardı etmeyen düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Böylece etik temelli yaklaşımın hastane dışı süreci kapsayacak hale gelmesi sağlanabilir.
 - Şiddete uğradığını gizleyen kadına yaklaşımda etik ve profesyonel değerlere uygun şekilde hareket etmek gerekmektedir. Şiddet gören kadını temel alan yaklaşım etik sorumluluk bilinciyle sergilenmelidir. Kadının süreçle ilgili olarak zarar görmemesi garantiye alınmalıdır.
 - Acil serviste şiddete uğrayan kadınla görüşme sürecinde etkin iletişim kurmayı sağlayacak uygun bir görüşme ortamı sağlanmalıdır. Acil servis ortamının fiziksel olarak ideal şartlara getirilmesi kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde tıp etiği temelli yaklaşımı mümkün kılacaktır.
 - Kadına yönelik şiddet olgu yönetimi ile ilgili olarak acil servislerde hasta yoğunluğunun ve kontrol dışı kalabalığın azaltılması için acil servis politikası geliştirilmesi gerekmektedir.
 - Kadına yönelik şiddet olgu yönetimi sadece hekimin bireysel yürütmesi gereken bir süreç değildir. Süreci etkileyen bireysel, kurumsal ve toplumsal

tüm dinamikler göz önüne alınarak insan onuruna yakışır, kadını merkeze koyan, tıp etiği temelli yaklaşımların sergilenmesi için gereği yapılmalıdır.

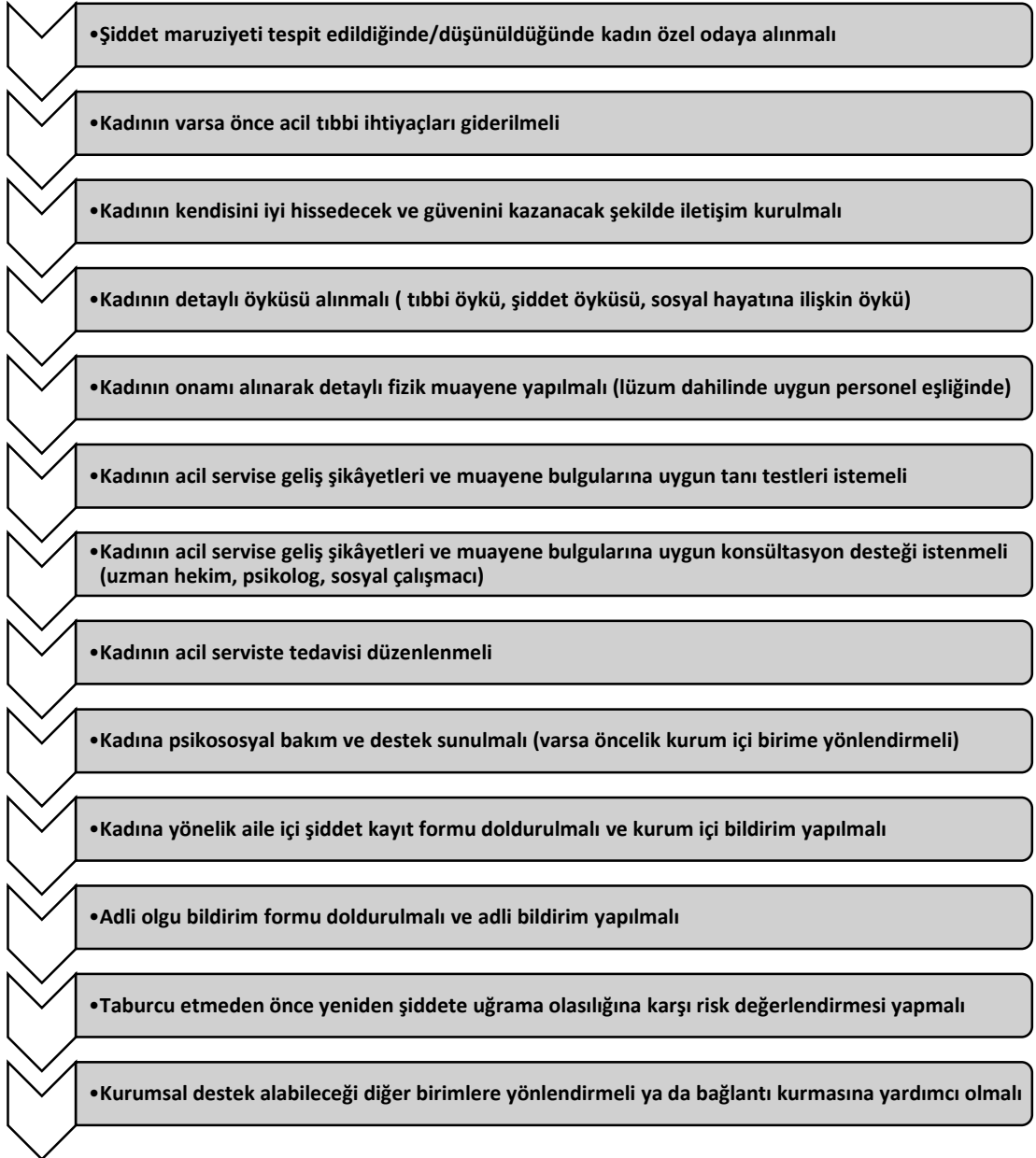
- Kadına yönelik şiddetle mücadelede hastane acil servisleri önemli yer tutmaktadır. Acil servis hizmetlerinin kadına yönelik şiddete yanıt verecek şekilde etkin hale getirilmelidir.
- Acil servislerde kadına yönelik şiddetle mücadele Türkiye'nin kültürel yapısı göz önüne alınarak ulusal ve uluslararası bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.
- Acil servislerde kadına yönelik şiddet olgu yönetimine destek olmak üzere eğitilmiş personellerden oluşan, günün 24 saati hizmet sunabilen multidisipliner (diğer uzmanlık alanları, diğer sağlık çalışanları, sosyal hizmet birimi, hukukçular, kolluk kuvvetleri gibi) kurumsal bir yapı oluşturulmalıdır.
- Acil servislerde kadına yönelik şiddet olgularının yönetimini daha iyi yapabilmek için kurum içerisinde bir olgu yöneticisi tayin edilmelidir. İlgili bölümlerden konsültasyon isteği bu kişi tarafından yapılmalı, anamnez bir kişi tarafından tek seferde alınmalı ve kadına ikincil bir travma yaşatılmamalıdır. Bu sayede şiddetle mücadele konusunda kadın için daha yararlı yaklaşımların sergilenmesi mümkün olacaktır.

Model Önerisi

Hekimler için kadına yönelik şiddet olgularının acil serviste yönetimi kendine özel güçlükler içermektedir. Bu çalışma sonuçları ile ulusal ve uluslararası literatür doğrultusunda acil tıp alanında çalışan hekimlere kadına yönelik şiddet vakalarının yönetiminde yol göstereceği düşünülen "tıp etiği açısından" ve "tıbbi açıdan" iki model önerisi geliştirilmiştir (Şekil 6.1, Şekil 6.2).



Şekil 6.1. Tıp etiği açısından acil servislere kadına yönelik şiddet olgu yönetimi modeli



Şekil 6.2. Tıbbi açıdan acil servislerde kadına yönelik şiddet olgu yönetim modeli

7. KAYNAKLAR

1. Aşirdizer Mahmut. Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. Türkiye Klin. 2006;2(50):39–48.
2. Büken NÖ. İnsanın Örselenebilirliği / Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi Temelinde Kadınlar. Türkiye Klin J Obs Womens Heal Dis Nurs-Special Top. 2018;4(1):1–11.
3. Bott S, María AG, Claramunt C, Guezmes A. Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 8]. Available from: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL\[1\].pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL[1].pdf)
4. Serinken M, Sengül C, Karcioğlu Ö, Acar K, Türkcüer I. Kadına Yönelik Fiziksel şiddet : Acil Servis Basvurularının Değerlendirilmesi (Violence against women: analysis of emergency department presentations). Türkiye Acil Tıp Derg. 2007;7(4):163–6.
5. Yıldız T. Kadına Yönelik Şiddet Ve Şiddeti Tanılamada Acil Hemşiresinin Rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 23];14. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29528>
6. Şengül YE. Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Rol ve Sorumlulukları Roles and Responsibilities of Emergency Nurses Regarding Domestic Violence Against Women. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Tıp Derg [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 23];26(1):49–54. Available from: http://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_842.pdf
7. Kothari CL, Rhodes K V. Missed Opportunities: Emergency Department Visits by Police- Identified Victims of Intimate Partner Violence. Ann Emerg Med. 2006;47(2):190.
8. İzmirli GO, Sonmez Y, Sezik M. Prediction of domestic violence against married women in southwestern Turkey. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2014;127(3):288–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.06.011>
9. Billings, Deborah et al. Programming Module on Working with the Health Sector to Address Violence against Women and Girls [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women; 2011 [cited 2018 Jan 23]. 291 p. Available from: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1405612448.pdf>
10. Baker EF, Moskop JC, Geiderman JM, Iserson K V., Marco CA, Derse AR. Law Enforcement and Emergency Medicine: An Ethical Analysis. Ann Emerg Med [Internet]. 2016;68(5):599–607. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.02.013>

11. Özvarış, Şefkat Bahar ark. Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi, Sağlık Çalışanları Klavuzu. Ankara: TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2016. 44 p.
12. Uribe-Urán VM. Physical Violence Against Wives and the Law in the Spanish American World, 1820s-2000s. Bull Lat Am Res. 2013;32(SUPPL.1):49–80.
13. Mehta B. Domestic Violence and Health Care, A Study of Women Users ' and Health Care Providers ' Perspective. THE MAHARAJA SAYAJIRAO UNIVERSITY OF BARODA; 2007.
14. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi [Internet]. [cited 2018 Nov 20]. Available from: https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html
15. UN. Birleşmiş Milletler Medeni ve Siyasi Haklar Uluslararası Sözleşmesi [Internet]. TBMM 2003. Available from: <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d22/c016/tbmm22016089ss0150.pdf>
16. UN. Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi [Internet]. TBMM 1979 p. 23. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/CEDAW_Sozlesmesi_ve_Ihtiyari_Protokolu.pdf
17. UN. Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi Genel Tavsiye Kararları (1986-2013) [Internet]. TBMM p. 112. Available from: [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW_Komitesi_Tavsiye_Kararlari_\(1-29\).pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW_Komitesi_Tavsiye_Kararlari_(1-29).pdf)
18. UN. Vienna Declaration and Programme of Action [Internet]. Vienna; 1993 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>
19. UN. Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniv. United Nations Population Fund; 2014. 296 p.
20. UN. World Summit for Social Development [Internet]. Copenhagen; 1995 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://www.un-documents.net/cope-dec.htm>
21. UN. UN Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing [Internet]. New York; 1995 [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_E.pdf
22. UN. United Nations United Nations Conference On Human Settlements (HABITAT II) [Internet]. Istanbul; 1996 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.un.org/ruleoflaw/wp-content/uploads/2015/10/istanbul-declaration.pdf>
23. WHO. WHO 49th World Health Assembly [Internet]. Geneva; 1996 [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178941/WHA49_1996-

REC-1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. UNESCO. UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi (IBC) Raporu [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 13]. Available from: http://www.unesco.org.tr/Content_Files/Content/Yayinlar/insanin_savunmasizligi.pdf
25. Özvarış ŞB, Paksoy NE, Odabaşı AB, ve ark. Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi/ Sağlık Çalışanları Kılavuzu [Internet]. Ankara; 2016 [cited 2018 Dec 11]. Available from: http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/573_1.pdf
26. Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun [Internet]. 6284 2012 p. 10. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf>
27. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna İlişkin uygulama Yönetmeliği [Internet]. Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı. 2013 [cited 2018 Dec 11]. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-2.htm>
28. Hatipoğlu Sevgi. Başkent Üniversitesi Öğrencilerinde Flört Şiddeti Prevalansı Anketi. Başkent Üniversitesi; 2010.
29. HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü TA ve SPB. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması [Internet]. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2015 [cited 2018 Jan 23]. 547 p. Available from: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>
30. Kula Aylin. Kocaeli Üniversitesi 2008- 2009 Akademik Yılı 1. Ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinin Evlilikte Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları [Internet]. Kocaeli Üniversitesi; 2009 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://koutab.kocaeli.edu.tr/dosyalar/tezler/aylin-kula.pdf>
31. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health [Internet]. 2002 [cited 2018 Jan 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
32. WHO. Global Status Report on Violence Prevention 2014 [Internet]. World Health Organization. Luxembourg; 2014. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
33. World Health Organisation. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2018 Jan 23]. Available from: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
34. WHO | Violence against women [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

35. What is gender-based violence? | EIGE [Internet]. [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://eige.europa.eu/gender-based-violence/what-is-gender-based-violence>
36. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2015 [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519>
37. UNDP. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri | UNDP Türkiye [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>
38. Türk Tabipleri Birliği. ŞİDDETLE BAŞA ÇIKMAK [Internet]. Ankara; 2013 [cited 2018 Jan 23]. 25 p. Available from: http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/siddetbr_13.pdf
39. “Şiddet” Tanımı, Türk Dil Kurumu [Internet]. [cited 2018 Jan 24]. Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.5a68a543476c83.26199671
40. Ünlü Demirkır Müge. İstanbul Sözleşmesinin (Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi) Ulusal Hukuk Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi; 2012.
41. United Nations Division for the Advancement of Women in collaboration with United Nations Office on Drugs and Crime. Good practices in combating and eliminating violence against women [Internet]. Vienna, Austria; 2005 [cited 2018 Jan 22]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-gp-2005/docs/FINALREPORT.goodpractices.pdf>
42. Declaration on the Elimination of Violence against Women Proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993 [Internet]. 1993 [cited 2018 Nov 10]. Available from: http://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration_elimination_vaw.pdf
43. Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi [Internet]. 2011 p. 30. Available from: www.coe.int/conventionviolence
44. Women VA. Violence Against Women An International Perspective. Holly Johnson, Natalia Ollus SN, editor. New York: Springer Science +Business Media, LLC; 2008.
45. UNFPA, WAVE. Strengthening Health System Responses to Gender- based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package [Internet]. UNFA and WAVE; 2014. 1–326 p. Available from: <http://eeca.unfpa.org/>
46. Marabotti F, Leite C, Helena M, Amorim C, Iii FCW. Violence against women ,

- Espírito Santo , Brazil. Rev Saude Publica. 2017;1–12.
47. Wheel Gallery - Domestic Abuse Intervention Programs [Internet]. [cited 2018 Nov 23]. Available from: <https://www.theduluthmodel.org/wheel-gallery/>
 48. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020 [Internet]. TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara; 2016 [cited 2018 Jan 24]. Available from: [http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/585d231c369dc55714513399/Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020.pdf](http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/585d231c369dc55714513399/Kadına_Yönelik_Şiddetle_Mücadele_Ulusal_Eylem_Planı_2016-2020.pdf)
 49. Handbook For National Action Plans On Violence Against Women [Internet]. New York: UN Women, United Nation Entity for Gender Equality and th Empowerment of Women; 2012 [cited 2018 Nov 10]. 84 p. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook-for-nap-on-vaw.pdf>
 50. Şiddet döngüsü - Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı [Internet]. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. [cited 2018 Nov 19]. Available from: <https://www.morcati.org.tr/tr/8-mor-cati-kadin-siginagi-vakfi/2-siddet-dongusu>
 51. The Cycle of Violence [Internet]. Chicago; [cited 2018 Nov 19]. Available from: https://offices.depaul.edu/student-affairs/support-services/health-wellness/sexual-relationship-violence-prevention/Documents/The_Cycle_of_Violence.pdf
 52. Ellsberg M, Carroll L, Heise L. Researching Violence Against Women WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. World Health Organization. 2005.
 53. Gender Based Violence Area of Responsibility [Internet]. [cited 2018 Dec 12]. Available from: <http://gbvaor.net/>
 54. Medical Protocol/Guidelines for Management of Victims of GBV (including sexual violence) [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11]. Available from: <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2015/04/Medical-Protocol-Guidelines-for-Management-of-Victims-of-GBV-2014.pdf>
 55. Roesch E, Ronzoni AR, Ciampi MC. The Health Response To Gender-Based Violence in Emergencies: A WEBINAR [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 3]. Available from: <http://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/GBV-webinar.pdf>
 56. The Crucial Role of Health Services in Responding to Gender-Based Violence [Internet]. [cited 2018 Dec 2]. Available from: www.cehat.org
 57. García-Moreno C, Hegarty K, D’Oliveira AFL, Koziol-Mclain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet. 2015;385(9977):1567–79.

58. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta- analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med* [Internet]. 2006 Jan 9 [cited 2018 Nov 12];166(1):22. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.166.1.22>
59. WHO 67. World Health Assembly. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. [cited 2018 Nov 12]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_ACONF1Rev1-en.pdf?ua=1
60. Virtual Knowledge Centre to End Violence against Women and Girls - Health [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women. [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.endvawnow.org/en/modules/view/6-health.html#categories>
61. Human rights-based approach [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women. [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.endvawnow.org/en/articles/651-human-rights-based-approach.html?next=652>
62. Survivor-centred approach [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women. [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.endvawnow.org/en/articles/652-survivor-centred-approach.html?next=653>
63. UNICEF. Caring for Survivors of Sexual Violence in Emergencies. 2010.
64. Quality of care approach [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women. [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.endvawnow.org/en/articles/653-quality-of-care-approach.html?next=654>
65. Medical ethics of care approach [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women. [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.endvawnow.org/en/articles/654-medical-ethics-of-care-approach-.html?next=427>
66. Standards for Health Service Delivery [Internet]. United Nations Entity For Gender Equality And The Empowerment Of The Women. [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.endvawnow.org/en/articles/427-standards-for-health-service-delivery.html?next=655>
67. Al Kaabba AF, Hussein GM, Kasule OH. Professionalism and Ethics Handbook For Residents, A practical Guide [Internet]. 1st ed. Prof. James Ware, editor. Riyadh, Saudi Arabia: Saudi Commission for Health Specialties; 2015 [cited 2018 Nov 25]. 254 p. Available from: [https://www.scfhs.org.sa/en/Media/OtherPublications/Documents/Professionalism and Ethics Handbook for Residents.pdf](https://www.scfhs.org.sa/en/Media/OtherPublications/Documents/Professionalism%20and%20Ethics%20Handbook%20for%20Residents.pdf)

68. Choo EK, Houry D. Managing Intimate Partner Violence in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 3];65(4):12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393790/pdf/nihms674532.pdf>
69. Velzeboer M, Ellsberg M, Arcas CC, Moreno CG. Violence Against Women: The Health Sector Responds. Vol. 6, PAN American Health Organisation. Washington DC; 2003. 147 p.
70. Health Quality Ontario. Under Pressure : Emergency department performance in Ontario [Internet]. Ontario: Health Quality Ontario; 2016 [cited 2018 Dec 10]. 46 p. Available from: www.hqontario.ca
71. Brown J. Gender Based Violence Guideline, Emergency Department and Minor Injuries Unit [Internet]. Glasgow; 2017 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <http://www.equalitiesinhealth.org/Link-Files/Gender Based Violence Guideline, Emergency Department and Minor Injuries Unit.pdf>
72. ACEP. Emergency Department Wait Times, Crowding and Access Fact Sheet [Internet]. [cited 2018 Dec 10]. Available from: <http://newsroom.acep.org/2009-01-04-emergency-department-wait-times-crowding-and-access-fact-sheet>
73. Yaylacı S, Yılmaz S, Karcioğlu Ö. Acil Tıp ve Etik. *Türkiye Acil Tıp Derg.* 2007;7(4):183–90.
74. Nugus P, Holdgate A, Fry M, Forero R, Mccarthy S, Braithwaite J. Work Pressure and Patient Flow Management in the Emergency Department: Findings From an Ethnographic Study. *Acad Emerg Med.* 2011;18:1045–52.
75. NHS England. Transforming urgent and emergency care services in England [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 10]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/trans-uec.pdf>
76. Taylor DMD, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med.* 2002;14(1):43–9.
77. Senanayake L. Health Sector Response to GBV National Guideline on Providing Care and Prevention for Health Care Providers [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11]. Available from: [http://www.health.gov.mv/Uploads/Downloads//Informations/Informations\(93\).pdf](http://www.health.gov.mv/Uploads/Downloads//Informations/Informations(93).pdf)
78. TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu. Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddetin Tanı-Tedavi ve Yönlendirilmesi (2. Baskı) [Internet]. TTB Yayınları. 2017 [cited 2018 Dec 11]. p. 6. Available from: http://www.ttb.org.tr/kollar/_kadinhekim/yayin_goster.php?Guid=2fb7ea9a-9470-11e7-914a-a458ccf77150
79. Iserson K V. Ethical Principles-Emergency Medicine. *Emerg Med Clin North*

- Am. 2006;24(3):513–45.
80. Collste G. Perspectives on Applied Ethics [Internet]. 2007. 1–109 p. Available from: <http://www.liu.se/cte/>
 81. English V, Romano-Critchley G. Medical Ethics Today - The BMA ' s Handbook of Ethics and Law. 2nd ed. Veronica E, Romano CG, Julian S, Ann S, editors. BMJ Publishing Group 2004; 2004. 849 p.
 82. Winkler ER. Applied Ethics, Overview. *Encycl Appl Ethics* [Internet]. 1998 Jan 1 [cited 2018 Nov 15];174–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739322000168>
 83. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles Of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford; 2013. 469 p.
 84. Aydın Erdem. *Tıp Etiği*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. 186 p.
 85. Afroza Ainun, Chaudhury Rnjit Roy, et. all. Module for Teaching Medical Ethics to Undergraduates [Internet]. India: Regional Office For South-East Asia; 2009 [cited 2018 Nov 15]. Available from: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4401.pdf?ua=1
 86. Lateef F. Ethics in The Emergency Department. *Ethics Med*. 2008;24(2):87–96.
 87. Erbay H. Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine, Hastane Öncesi Acil Tıpta Bazı Etik Konular. *Turkish J Emerg Med* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 25];14(4):193–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909960/pdf/main.pdf>
 88. Post SG, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. Vol. I, The Gale Group Inc. USA: Macmillan Reference USA; 2004. 1323–1330 p.
 89. Veatch RM. *Biyoetiğin temelleri*. 2nd ed. Dursun Ş, Güven T, editors. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti; 2010. 227 p.
 90. Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 25];23:273–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/inm.12040>
 91. Bodenmann P, Baggio S, Iglesias K, Althaus F, Velonaki V-S, Stucki S, et al. Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. 2015 [cited 2018 Nov 25]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673736/pdf/12939_2015_Article_277.pdf
 92. Hope T. *Medical Ethics, A Very Short Introduction*. Great Britain: Oxford University Press; 2004. 168 p.
 93. Yakıncı Cengiz, Yalman Aydemir TR, editor. *Sözlük Dergisi, Tıp Etiği Terimleri*.

2009.

94. Ersoy N, Özcan Şenses M, AYDIN Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi RE, Tarihi ve Etik Anabilim Dalı T. Acil tıp'ta aydınlatılmış onam Informed consent in emergency medicine. *Turkish J Trauma Emerg Surg Rev Derleme Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* [Internet]. 2010 [cited 2018 Dec 4];16(1):1–8. Available from: <https://www.journalagent.com/travma/pdfs/UTD-90592-REVIEW-ERSOY.pdf>
95. Repine TB, Lisagor P, Cohen D. The Dynamics and Ethics of Triage: Rationing Care in Hard Times. *Mil Med* [Internet]. 2005 [cited 2018 Dec 5];170(6):5. Available from: https://watermark.silverchair.com/milmed.170.6.505.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAnUwggJxBgkqhkiG9w0BBwagggJiMIICXglBADCCAlcGCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMRlIMWQpABxx76YEQrAgEQglICKBMPrKltvGhIkZp62aO1Orc5eLEN3Vi6Tyh6Rz
96. Acharya RP, Gastmans C, Denier Y. Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 5];11(16):13. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/16>
97. Larkin GL, Marco CA, Abbott JT. Emergency determination of decision-making capacity: Balancing autonomy and beneficence in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001;8(3):282–4.
98. Marco CA, Brenner JM, Kraus CK, Mc Grath NA, Derse AR. Refusal of Emergency Medical Treatment: Case Studies and Ethical Foundations. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 6];70(5). Available from: https://ac.els-cdn.com/S0196064417304535/1-s2.0-S0196064417304535-main.pdf?_tid=11c39643-c044-41e8-ad0b-8ffc988a8c52&acdnat=1541451315_bfff49bbac5a056550e14055a7c5dfe4
99. Erbay H, Alan S, Kadioglu S. Attitudes of prehospital emergency care professionals toward refusal of treatment: A regional survey in Turkey. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 6];21(5):530–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733013505311>
100. Code of Ethics for Emergency Physicians. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2018 Oct 25];70(1):e7–15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064417303281>
101. Cannarella Lorenzetti R, Mitch Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors. 2013 [cited 2018 Dec 6];87(6):7. Available from: www.aafp.org/afp.
102. Vissers RJ. The Difficult Patient [Internet]. [cited 2018 Dec 6]. Available from: <http://www.drhem.com/education/wp-content/uploads/2016/07/189-The-Difficult-Patient.pdf>

103. Olsen JC, Sabin BR. Emergency Department Patient Perceptions Of Privacy And Confidentiality. *J Emerg Med* [Internet]. 2003 [cited 2018 Dec 6];25(3):329–33. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0736467903002166/1-s2.0-S0736467903002166-main.pdf?_tid=41126db6-8eaf-4872-9074-fad82da8d1c4&acdnat=1544125406_d60872b6bc8a07b87cf296d3c53b5f4f
104. Moskop JC, Marco CA, Luke Larkin G, Joel Geiderman MM, Derse AR, Roman Emergency H. ETHICS/CONCEPTS From Hippocrates to HIPAA: Privacy and Confidentiality in Emergency Medicines Part II: Challenges in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2005 [cited 2018 Dec 6];45(1):60–7. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/22d7/9ad6d8a07cb5375642c53fe2172252103a15.pdf>
105. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. *Nurs Ethics*. 2004;11(5):500–13.
106. Connor SR, Cecilia Sepulveda Bermedo M, Baxter S, Hospice Palliative Care Association C, Samira Beckwith CK, Hospice H, et al. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. Stephen R. Connor, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo, editors. WHO, Worldwide Palliative Care Alliance; 2014 [cited 2018 Dec 7]. 111 p. Available from: www.ehospice.com
107. Siegel M, Bigelow S, Katz L. Palliative Care Symptom Management in the Emergency Department: The ABC'S of Symptom Management For the Emergency Physician. *J Emerg Med* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 7];54(1):25–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.08.004>
108. End of Life Care: An Ethical Overview [Internet]. Minnesota; 2005 [cited 2018 Dec 7]. Available from: https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf
109. Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, Lammi U, Kellokumpu-Lehtinen P. Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. *J Med Ethics* [Internet]. 2002 [cited 2018 Dec 9];28:109–14. Available from: www.jmedethics.com
110. Jesus JE, Geiderman JM, Venkat A, Limehouse WE, Derse AR, Larkin GL, et al. Physician Orders for Life-Sustaining Treatment and Emergency Medicine: Ethical Considerations, Legal Issues, and Emerging Trends. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2018 Dec 9];64(2):140–4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064414002200>
111. Welie JVM, Ten Have HA. The ethics of forgoing life-sustaining treatment: Theoretical considerations and clinical decision making. *Multidiscip Respir Med*. 2014;9(1):1–8.
112. ACEP Board of Directors. Guidelines for Emergency Physicians on the Interpretation of Physician Orders for Life-Sustaining Therapy (POLST). *Ann*

- Emerg Med [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 9];70(1):122–5. Available from: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(17\)30539-5/pdf](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(17)30539-5/pdf)
113. Kapp MB. Overcoming Legal Impediments to Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. *AMA J Ethics* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 9];18(9):861–8. Available from: www.amajournalofethics.org
 114. Rp A, Rk M. Ethical Analysis of Medical Futility in Cardiopulmonary Resuscitation. *J Clin Res Bioeth* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 7];5(3):4. Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/ethical-analysis-of-medical-futility-in-cardiopulmonary-resuscitation-2155-9627.1000182.pdf>
 115. O'Connor AE, Winch S, Lukin W, Parker M. Emergency medicine and futile care: Taking the road less travelled. *EMA - Emerg Med Australas*. 2011;23(5):640–3.
 116. Fidelis M, Manalo C. End-of-Life Decisions About Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, ethical, and Religio-Cultural Considerations. *Palliat Care Res Treat* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 10];7:7–8. Available from: <http://www.la-press.com>.
 117. Queensland Health. End-of-life care: Guidelines for decision-making about withholding and withdrawing life-sustaining measures from adult patients Guidance for health professionals [Internet]. 1 st. State of Queensland (Queensland Health); 2018 [cited 2018 Dec 10]. 182 p. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/careatendoflife>
 118. Brysiewicz P, Couper I, Gordon ED, Kramer E. Family-witnessed resuscitation in emergency departments: doctors' attitudes and practices. *South African Med J*. 2011;101(10):765–7.
 119. Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation [Internet]. [cited 2018 Dec 7]. Available from: www.ahrq.gov
 120. Canadian Medical Association. CMA Code of Ethics [Internet]. 2004 [cited 2018 Dec 13]. Available from: <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD04-06.pdf>
 121. WHO. Code of Ethics and Professional Conduct [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 13]. Available from: https://www.who.int/about/ethics/code_of_ethics_full_version.pdf
 122. Semplicini A. Bioethics for Dummies: Basic Bioethics for the Emergency Physician. *Arch Emerg Med Crit Care* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 13];2(3):1033. Available from: <https://www.jsmedcentral.com/EmergencyMedicine/emergencymedicine-2-1033.pdf>
 123. TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. Uzmanlık Dernekleri İçin Etik Klavuzlar [Internet]. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2010 [cited 2018 Nov 27]. 49 p. Available from: <http://www.ttb.org.tr>

124. Etik ve Hukuk Komisyonu | Türkiye Acil Tıp Derneği // TATD [Internet]. [cited 2018 Nov 27]. Available from: <https://www.tatd.org.tr/komisyon/etik-ve-hukuk-komisyonu>
125. Etik Uygulamalar | Acil Tıp Uzmanları Derneği | ATUDER [Internet]. [cited 2018 Nov 27]. Available from: <http://www.atuder.org.tr/menu/45/etik-uygulamalar>
126. Aydın ŞA. Acil Tıpta Etik [Internet]. [cited 2018 Nov 27]. Available from: www.atuder.org.tr
127. ACEP. The Ethics of Health Care Reform: Issues in Emergency Medicine An Information Paper [Internet]. [cited 2018 Nov 24]. Available from: <https://www.acep.org/life-as-a-physician/ethics--legal/ethics/the-ethics-of-health-care-reform-issues-in-emergency---medicine---an-information-paper/#sm.001b6fu7819nketmybu2n13qhmpfr>
128. ACEP. Code of Ethics for Emergency Physicians. 2017.
129. Hoelle RM, Vega T, Atanelov Z, Toklu HZ. Emergency medicine residency programs: the changing face of graduate medical education. *Int J Med Educ* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 3];9:9–10. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>
130. Emergency Medicine Residency Training Requirements [Internet]. [cited 2018 Dec 3]. Available from: [http://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider9/downloads/emergency-medicine-residency-training-requirements-\(as-@-aug-16\).pdf](http://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider9/downloads/emergency-medicine-residency-training-requirements-(as-@-aug-16).pdf)
131. Hartel C, Prosen G, Brown R, Dryver E. European Core Curriculum For Emergency Medicine (Revised). European Society For Emergency Medicine (EUSEM); 2017.
132. Pakdemirli A, Koca B. The importance of vocational ethics in paramedic education, vocational ethics course for paramedics. *SHS Web Conf* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 3];26(01008):5. Available from: https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/pdf/2016/04/shsconf_erp2016_01008.pdf
133. Carrese JA, Malek J, Watson K, Lehmann LS, Green MJ, Mccullough LB, et al. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: The romanell report. *Acad Med*. 2015;90(6):744–52.
134. TUKMOS. Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 04.06.2013. 2013.
135. TATD. Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Kılavuzu. 1. Baskı. İzmir: Türkiye Acil Tıp Derneği Yayınları; 2007. 188 p.
136. Rosenberg ML, Fenley MA, Johnson D, Short L. Bridging Prevention and Practice: Public Health and Family Violence. Vol. 72, *Academic Medicine*. 1997. p. S13-18.
137. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014 [Internet]. Ankara; 2014 [cited 2018 Dec 17]. Available from:

- http://www.yok.gov.tr/documents/10279/38058561/tip_fakultesi_cep.pdf
138. ACEP. Domestic Family Violence/ Policy Statement [Internet]. [cited 2018 Dec 4]. Available from: [https://www.acep.org/imports/clinical-and-practice-management/resources/violence/domestic-family-violence/?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3D%3D&_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3D%3D&_t_q=violence against women&_t_q=violence against women&_t_tags=andque](https://www.acep.org/imports/clinical-and-practice-management/resources/violence/domestic-family-violence/?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3D%3D&_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3D%3D&_t_q=violence%20against%20women&_t_q=violence%20against%20women&_t_tags=andque)
 139. ACEP. List of Key Elements of Family Violence Protocols [Internet]. [cited 2018 Dec 4]. Available from: [https://www.acep.org/imports/clinical-and-practice-management/resources/violence/list-of-key-elements-of-family-violence-protocols/?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg==&_t_q=violence against women&_t_tags=andquerymatch,language:en%7Clanguage:7D2DA0A9FC754533B](https://www.acep.org/imports/clinical-and-practice-management/resources/violence/list-of-key-elements-of-family-violence-protocols/?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg==&_t_q=violence%20against%20women&_t_tags=andquerymatch,language:en%7Clanguage:7D2DA0A9FC754533B)
 140. W.Lawrence Neuman. Toplumsal Araştırma Yöntemleri 1- W.Lawrence Neuman.pdf. 7. Ankara: Yayınodası Yayıncılık Hizmetleri; 369 p.
 141. Ali Y, Hasan Ş. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10th ed. Ankara: Seçkin Yayınları; 2016. 432 p.
 142. Barney G. Glaser ALS. The Discovery of Grounded Theory: Strategies For Qualitative Research [Internet]. New Jersey: A Division of Transaction Publishers, Rutgers-The State University; 2006. 270 p. Available from: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
 143. Kavas, Mustafa Volkan, Demirören Meral, Koşan Ayşen Melek Aytuğ KST, Yasemin YN. Turkish students' perceptions of professionalism at the beginning and at the end of medical education: a cross-sectional qualitative study. 2015;2981.
 144. Mosadeghrad AM. Factors Affecting Medical Service Quality. Iran J Publ Heal [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 18];43(2):210–20. Available from: <http://ijph.tums.ac.ir>
 145. WHO. Integrating gender into the curricula for health professionals [Internet]. Geneva, Switzerland; 2006 [cited 2018 Dec 17]. Available from: https://www.who.int/gender/documents/GWH_curricula_web2.pdf
 146. Sajida Nasreen, Muhammed Afzal HS and A waqas. Effects of hospital service quality on patients satisfaction and behavioural intention. Saudi J Med Pharm Sci. 2017;3(6B):622–30.
 147. Gender based Violence Area of Responsibility Working Group. Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings [Internet]. 2010 [cited 2018 Dec 18]. 348 p. Available from: <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Handbook-for-Coordinating-Gender-based-Violence-in-Humanitarian-Settings-GBV-AoR-2010-ENGLISH.pdf>

148. Pan A, Daley S, Rivera LM, Williams K, Lingle D, Reznik V. Understanding the Role of Culture in Domestic Violence: The Ahimsa Project for Safe Families. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. 2006 [cited 2018 Dec 18];8(1):35–43. Available from: <https://www.ecald.com/assets/Resources/Understanding-Role-Culture-Domestic-Violence.pdf>
149. WHO. Changing cultural and social norms that support violence [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 18]. Available from: <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>
150. Bishwajit G, Sarker S, Yaya S. Socio-cultural aspects of gender-based violence and its impacts on women's health in South Asia. *F1000Research* 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 18];5(802):10. Available from: https://f1000researchdata.s3.amazonaws.com/manuscripts/9287/31aaf840-9808-4b2b-8774-5d94394a6681_8633_-_bishwajit_ghose.pdf?doi=10.12688/f1000research.8633.1&numberOfBrowsableCollections=15&numberOfBrowsableGateways=23
151. Nicolaidis A. The critical role of ethics training in medical education. *African J Hosp Tour Leis* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 19];3(1):1–13. Available from: <http://www.ajhtl.com>
152. Apressyan R, Balasubramaniam D, Carmı A, Castro LD, Evans D, Gracia D, et al. Bioethics Curriculum Section 1: Syllabus Ethics Education Programme [Internet]. 2008 [cited 2018 Dec 18]. Available from: <https://www.npojip.org/contents/book/unesco-e.pdf>
153. Mijaljica G. Medical Ethics, Bioethics and Research Ethics Education Perspectives in South East Europe in Graduate Medical Education. *Sci Eng Ethics* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 19];20:237–47. Available from: <http://avicenna.ku.dk/>
154. Kurt E, Ersoy M, Namal F. Türkiye'deki Bazı Tıp Fakültelerinin Etik Eğitimi Müfredatının İncelenmesi. *Turkish Stud Int Period Lang Lit Hist Turkish or Turkic* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 19];10(11):1071–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.8434>
155. AbuTaleb NI, Dashti TA, Alasfour SM, Elshazly M, Kamel MI. Knowledge and perception of domestic violence among primary care physicians and nurses: A comparative study. *Alexandria J Med* [Internet]. 2012;48(1):83–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2090506811000571>
156. Meloni Vieira E, de Castro Silva Perdon G, Maria de Almeida A, Márcia Spano Nakano A, Antonio dos Santos M, Daltoso D, et al. Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 19];12(4):1–12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/en_07.pdf
157. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence : knowledge , attitudes , and clinical practice of selected. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2012;62(September):647–55. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3426604/pdf/bjgp62-e647.pdf><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22947586><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3426604>
158. Asli H, Aksan D, Aksu F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health* [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 19];7(350):10. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/350>
 159. UN High Commissioner for Refugees. Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons [Internet]. UN; 2006 [cited 2018 Dec 19]. 545 p. Available from: <https://www.unhcr.org/4c2355229.pdf>
 160. Gbolahan O. Socio-cultural factors influencing gender-based violence on agricultural livelihood activities of rural households in Ogun State, Nigeria. *Int J Biodivers Conserv* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 19];5(1):1–14. Available from: <http://www.academicjournals.org/IJBC>
 161. Reichel D. Determinants of Intimate Partner Violence in Europe: The Role of Socioeconomic Status, Inequality, and Partner Behavior. *J Interpers Violence* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 19];32(12):1853–73. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260517698951>
 162. Frequently asked questions. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 19]; Available from: <https://www.who.int/suggestions/faq/en/>
 163. UK Department of Health. Responding to domestic abuse /A resource for health professionals [Internet]. 1st ed. UK Department of Health; 2005 [cited 2018 Dec 20]. 91 p. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/597435/DomesticAbuseGuidance.pdf
 164. Boyle A, Robinson S, Atkinson P. Domestic violence in emergency medicine patients. *Emerg Med J* [Internet]. 2004 [cited 2018 Dec 20];21:9–13. Available from: www.emjonline.com
 165. Sheridan DJ, Belknap L, Engel B, Kelleher P. Guidelines for the Treatment of Battered Women Victims in Emergency Room Settings [Internet]. Chicago; 1985 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/confrontingviolence/materials/OB10955.pdf>
 166. Houry D, Kaslow NJ, Kemball RS, Mcnutt LA, Cerulli C, Straus H, et al. Does Screening in the Emergency Department Hurt or Help Victims of Intimate Partner Violence? *Ann Emerg Med* [Internet]. 2008 [cited 2018 Dec 20];51(4):433–42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276575/pdf/nihms40681.pdf>
 167. TC Sağlık Bakanlığı. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu [Internet]. [cited 2018 Dec 20]. Available from:

<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/16101,kadina-yonelik-aile-ici-siddet-kayit-formupdf.pdf?0>

168. Morgan S, Yoder LH. A Concept Analysis of Person-Centered Care. *J Holist Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 21];30(1):6–15. Available from: <http://jhn.sagepub.com>
169. Blackburn J, Ousey K, Goodwin E. Information and communication in the emergency department. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2018;(June):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>
170. Impact of Communication in Healthcare [Internet]. Institute for Healthcare Communication. [cited 2018 Dec 21]. Available from: <https://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
171. Pun JKH, Matthiessen CMIM, Murray KA, Slade D. Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 21];8(48):12. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678128/pdf/12245_2015_Article_95.pdf
172. Naudi M, Clark M, Saliba H. Full Cooperation: Zero Violence Barriers To Help-Seeking in Gender-Based Violence Against Women: A Research Study [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 21]. Available from: [https://meae.gov.mt/en/ZeroViolence/Documents/Full Cooperation - Zero Violence.pdf](https://meae.gov.mt/en/ZeroViolence/Documents/Full%20Cooperation%20-%20Zero%20Violence.pdf)
173. Heath NM, Lynch SM, Fritch AM, Mcarthur LN, Smith SL. Silent Survivors: Rape Myth Acceptance in Incarcerated Women's Narratives of Disclosure and Reporting of Rape. *Psychol Women Q* [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 21];35(4):596–610. Available from: <http://pwq.sagepub.com>
174. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO; 2013. 68 p.
175. UNFPA. A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers [Internet]. Pilot Edition. New York; 2001 [cited 2018 Dec 22]. 74 p. Available from: https://www.who.int/hac/techguidance/pht/gbv_a_programme_guide_health_care.pdf
176. EUSEM. Domestic Abuse& Violence, Recommendations for European Emergency Departments [Internet]. [cited 2018 Dec 23]. Available from: https://eusem.org/images/Guidance_for_Domestic_Abuse__Violence_in_the_ED-Final.pdf
177. SAEM. SAEM ETHICS CURRICULUM [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 23]. Available from: <https://saem.org/docs/default-source/saem-documents/education/introduction-to-saem-ethics-committee->

curriculum.pdf?sfvrsn=373524fd_2

178. SAEM. Ethics Curriculum [Internet]. [cited 2018 Dec 23]. Available from: <https://www.saem.org/education/saem-online-academic-resources/ethics-curriculum>
179. Farchi S, Polo A, Asole S, Ruggieri MP, Lallo D Di. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Womens Health* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 23];13(31):7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/31>
180. UN. Overview and Introduction. In: Essential services package for women and girls subject to violence [Internet]. UN Women Headquarters; 2015 [cited 2018 Dec 23]. Available from: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/essential-services-package-module-1-en.pdf?la=en&vs=3347>
181. WHO. Promoting gender equality to prevent violence against women Series of briefings on violence prevention [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 24]. Available from: <http://www.preventviolence.info>
182. Intrahealth. 16 Ways Health Workers Can Help Stop Gender-Based Violence [Internet]. Intrahealth. [cited 2018 Dec 24]. Available from: <https://www.intrahealth.org/vital/16-ways-health-workers-can-help-stop-gender-based-violence>
183. Preventing and Responding to Gender-Based Violence: Expressions and Strategies [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 24]. Available from: www.sida.se
184. WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook. World Heal Organ [Internet]. 2014;100. Available from: www.who.int/reproductivehealth
185. Djikanovic B, Lo Fo Wong S, Simic S, Marinkovic J, Van Weel C, Lagro-Janssen A. Physicians' Attitudes and Preparedness to Deal with Intimate Partner Violence Against Women in Serbia. *J Fam Violence*. 2015;30(4):445–52.
186. Ferer Perez VA, Bosch-Fiol E. Gender Violence as a Social Problem in Spain: Attitudes and Acceptability. *Sex Roles A J Res*. 2014;70(11):506–21.
187. Alkhabaz AA, Hammadi TA, Alnoumas SR, Kamel MI, El-shazly MK, Council GM, et al. Comparison of Attitude of Primary Health Care Physicians and Nurses Towards Domestic Violence Against Women. *Bull Alexandria Fac Med*. 2010;(4):371–6.
188. Fain JA, Ginsburg KR, McGrath ME, et. all. Violence prevention in the emergency department, Clinician Attitudes and Limitation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:1089–95.
189. Meloni Vieira E, de Castro Silva Perdona G, Maria de Almeida A, Márcia Spano Nakano A, Antonio dos Santos M, Daltoso D, et al. Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence

- Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 25];12(4):1–12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/en_07.pdf
190. Haj-Yahia MM, Baerwald P. Attitudes of Palestinian Physicians Toward Wife Abuse: Their Definitions, Perceptions of Causes, and Perceptions of Appropriate Interventions. *Violence Against Women* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 25];19(3):376–99. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801213486328>
 191. UNFPA. Health Sector Response to Gender-based Violence An assessment of the Asia Pacific Region [Internet]. Bangkok: UNFPA Asia and the Pacific Regional Office ; 2010 [cited 2018 Dec 25]. 108 p. Available from: <https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Assessment.pdf>
 192. Dash R, Singh MM. Strengthening role of health sectors in gender based violence. *Int J Community Med Public Heal*. 2016;3(6):1341–7.
 193. Ministry of Health and Social Welfare. National Management Guidelines For The Health Sector Response to and Prevention Of Gender-Based Violence (GBV) [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 25]. Available from: http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1466_1_MANAGEMENT_GDLINES_TO_MOHSW_SEPT_FINAL_acc.pdf
 194. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen N, Macmillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 26];7(12):11. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/12>
 195. Hasta Hakları Yönetmeliği [Internet]. 1998 [cited 2018 Jun 4]. Available from: <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Hasta Hakları>
 196. Fisher H, Logar; Rosa, Rösslhumer M, Girardi J. Reality Check on European Services For Women and Children Survivors of Violence A Right for Protection and Support? [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 26]. Available from: www.wave-network.org
 197. Türk Ceza Kanunu [Internet]. 2004 [cited 2018 Jun 4]. p. 95. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
 198. Büken E, Şahinoğlu S, Büken Örnek N. STATUTORY DISCLOSURE IN ARTICLE 280 OF THE TURKISH PENAL CODE. *Nurs Ethics* [Internet]. 2006 [cited 2018 Dec 27];13(6):573–80. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733006069693>
 199. Weber T, Levin LK. Medical Providers’ Guide To Managing The Care Of Domestic Violence Patients Within a Cultural Context [Internet]. 2nd ed. New York: New York City Mayor’s Office to Combat Domestic Violence; 2004 [cited 2019 Jan 6]. 82 p. Available from:

- http://www.nyc.gov/html/ocdv/downloads/pdf/Materials_Medical_Providers_DV_Guide.pdf
200. Pascale F, Achour N, Price A, Polverino F. Evaluation of factors and approaches affecting emergency department space planning. *Loughbrgh Univ Institutional Repos* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 8];32(13):761–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/F-09->
 201. Ulrich RS, Quan X, Joseph A, Choudhary R. *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21 st Century : A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. 2004.
 202. Goodarzi H, Javadzadeh H, Hassanpour K. Assessing the Physical Environment of Emergency Departments. *Trauma Mon* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 8];20(4):23734. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727468/pdf/traumamon-20-23734.pdf>
 203. Australasian College for Emergency Medicine. *Emergency Department Design Guidelines* [Internet]. 2014. Available from: <https://www.acem.org.au/getattachment/cde7e04a-fb7d-423a-bfef-217965809d7a/Emergency-Department-Design.aspx>
 204. *Standards for Emergency Department Design and Specification for Ireland* [Internet]. Ireland; 2007 [cited 2019 Jan 9]. Available from: http://www.iaem.ie/wp-content/uploads/2013/02/iaem_standards_for_ed_design__specification_for_ireland_300907.pdf
 205. ACEP. *Emergency Department Planning and Resource Guidelines*. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 9];51(5):687–95. Available from: <http://www.travma.org/TravmaData/Document/24102014112054-cxmFDRfdg9RK.pdf>
 206. Pascasie K, Mtshali G. A descriptive analysis of Emergency Department overcrowding in a selected hospital in Kigali, Rwanda. *African J Emerg Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 9];4:178–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2013.10.001>
 207. Mchugh M, Dyke K Van, McClelland M, Moss D. *Improving Patient Flow and Reducing Emergency Department Crowding: A Guide for Hospitals* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 9]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ptflowguide.pdf>
 208. Salway R, Valenzuela R, Shoenberger J, Mallon W, Viccellio A. *Emergency Department (Ed) Overcrowding: Evidence-Based Answers To Frequently Asked Questions*. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017;28(2):213–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017300354>
 209. Lin Y, Lee W, Kuo L, Cheng Y, Lin C, Lin H, et al. *Building an ethical*

- environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department : a quasi-experimental study. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2013;14(1):1. Available from: *BMC Medical Ethics*
210. Zani AV, Marcon SS, Tonete VLP. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients : social representations. *Online Brazilian J Nurs*. 2014;(May 2016):139–49.
 211. Rumoro DP, Hohmann S, Fullam F. Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Exp J*. 2015;2(2).
 212. Ashworth P. Communication Patterns in a UK Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2007;50(4):407–13.
 213. UNPFA. Minimum standards for prevention and response to gender-based violence in emergencies. [Internet]. UNPFA. 2015. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBVIE.Minimum.Standards.Publication.FINAL_.ENG_.pdf

8. EKLER

EK-1. Araştırma Süresince Yapılacak Olan Birebir Derinlemesine Görüşme İçin Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimler İçin Hazırlanmış Yarı Yapılandırılmış Soru Yönergesi

Araştırma Süresince Yapılacak Olan Birebir Derinlemesine Görüşme İçin Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimler İçin Hazırlanmış Yarı Yapılandırılmış Soru Yönergesi

I- Demografik bilgiler:

Yaş

Cinsiyet

Medeni durum

Mesleki tecrübe (meslekte geçirilen yıl, daha önce çalıştığı ve çalışmakta olduğu kurumlar)

II- Bilgi:

1- Şiddet türlerinin sağlık üzerindeki etkileri hakkında neler söyleyebilirsiniz?

2- Kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaşıyor musunuz? Karşılaşıyorsanız hangi sıklıkta (son 6 ay – 1 yıl içinde) ve hangi şiddet türleri ile karşılaşıyorsunuz?

3- Karşılaştığınız kadına yönelik şiddet olguları ile ilgili yapılması gerekenler hakkında bildiklerinizi paylaşabilir misiniz?

III- Tutum:

4- Acil Tıp pratiği içerisinde, kadına yönelik şiddet olgularının sizin için ne anlam ifade ettiğini açıklayabilir misiniz?

5- Şiddet gören kadın hastalara yaklaşımınız nasıldır? İdeal yaklaşım nasıl olmalıdır?

6- Şiddet gören kadın hastaların tanı, tedavi, gözlem ve bildirim aşamalarında hastanın bulunduğu ortamın özellikleri, hasta ile olan iletişim sürecinde dikkate aldığınız unsurlar/hususlar hakkında bilgi verir misiniz?

IV- Uygulama:

7- Şiddet gören kadın hastalara yaklaşımda çalıştığınız kurumun sunduğu olanakları nasıl kullanıyorsunuz?

8- Şiddet gören kadın hastaların tanı ve tedavi sürecinde yaptığınız uygulamalar hakkında neler söyleyebilirsiniz?

9- Sizce kadına yönelik şiddet söz konusu olduğunda olgu bildirim süreci nasıl yürütülmelidir?

V- Diğer:

10- Kadına yönelik şiddet olgu yönetimi ile ilgili gerek hekimlere yönelik gerekse de kurumsal düzenlemelere yönelik önerileriniz hakkında neler söylenebilir?

EK-2. Gözlem Notu Formu

- **Fiziksel Ortam**
 - Triaj Öncesi Alan
 - Triaj Alanı
 - Yeşil Alan
 - Sarı Alan
 - Kırmızı Alan
- **Ortamın Sosyal Boyutu**
 - Triaj Öncesi Alan
 - Triaj Alanı
 - Yeşil Alan
 - Sarı Alan
 - Kırmızı Alan
- **Ortamda Oluşan Etkileşimler**
 - Triaj Öncesi Alan
 - Triaj Alanı
 - Yeşil Alan
 - Sarı Alan
 - Kırmızı Alan
- **Ortamda Konuşulan Dil**
 - Triaj Öncesi Alan
 - Triaj Alanı
 - Yeşil Alan
 - Sarı Alan
 - Kırmızı Alan
- **Genel değerlendirme**

EK-3. Etik Kurul Kararı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 391

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 14 MART 2017 SALI
Toplantı No : 2017/07
Proje No : GO 17/238 (Değerlendirme Tarihi: 14.03.2017)
Karar No : GO 17/238- 26

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nüket Örnek BÜKEN' in sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR ile birlikte çalışacakları ve Arş. Gör. Dr. Arif Hüdayi KÖKEN' in doktora tezi olan, GO 17/238 kayıt numaralı, "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARI (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-4. İzin Belgeleri



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-773/912
Konu: Arş.Gör.Dr. Arif Hüdai KÖKEN

06/04/2017

TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 27.03.2017 tarih ve 86 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza konu olan Doktora Tez Çalışmasının, Acil Tıp Anabilim Dalında yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. NECLA ÖZER
Erişkin Hastanesi Başhekimisi

EKLER :
1 sayfa yazı





T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Acil Tıp Anabilim Dalı


Sayı: 85678256-999/158
Konu: Arş.Gör. Dr. Arif Hüdai Köken hk.

31/03/2017

Erişkin Hastanesi Başhekimliğine,

İlgi : 29.03.2017 tarih ve 27043162-020/ 857 sayılı yazınız.

857 sayılı yazınızla ilgili olarak, Doktora Tez Çalışması yapması uygundur.
Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Doç.Dr. NALAN METİN AKSU
Anabilim Dalı Başkanı





T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-044-E.31608

05.12.2017

Konu : Arif Hüdai KÖKEN'in Tez Çalışması hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı)

İlgi : 27.03.2017 tarih ve 75677311-010/86 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Arif Hüdai KÖKEN'in "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanemiz Acil Tıp Bilimleri Anabilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : NKQKVDZRZQSLUIXUXUTE Belge Takip Adresi: <http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/>
Hacettepe Mah.Talatpaşa Bulvarı No:48/50 Sıhhiye Altındağ/ANKARA
Telefon No:(312)508 23 55 Belgeçer No:(312)508 23 55
e-posta: yaziisl@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Aysel ÇETİN
Memur
Telefon No:(312) 508 23 55

Evrak Tarihi ve Sayısı: 14/04/2017-E.15491



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-100-
Konu : Arş. Gör. Dr. Arif Hüdai
KÖKEN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

İlgi : 27/03/2017 tarihli ve 86 sayılı yazı.

Fakülteniz Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'in danışmanlığında yürüttüğü Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Arif Hüdai KÖKEN'in, "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi uygun bulunmuş olup, tarafınıza ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim V.

Ek:1 Sayfa

Evrak Doğrulama İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr

Pin: 84502
Bilgi için :Nese Şeniz
Sözleşmeli
Telefon No:03122024085

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:84502)

Evrak Tarihi ve Sayısı: 12/04/2017-E.54618



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 74667830-045.99-
Konu : Arş. Gör. Dr. Arif Hüdai
KÖKEN

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 30/03/2017 tarihli ve 42000842-100- 48066 sayılı yazı.

İlgi yazıda, Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'in danışmanlığını yürüttüğü Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Arif Hüdai KÖKEN'in, "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tez çalışmasını Acil Tıp Anabilim Dalında yapma talebi uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Anabilim Dalı Başkanı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 1. BÖLGE KHBGS
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
22/05/2017 16:08 - 51700877 - 604.02.02 - E.7775



Sayı : 51700877-604.02.02
Konu : Arş.Gör.Dr.Arif Hüdai KÖKEN-
Anket İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : a) Arif Hüdai KÖKEN'in 03/05/2017 tarihli dilekçesi.
b) Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 22/05/2017 tarihli ve 50687469-604.01.02-3786 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Arş.Gör.Dr.Arif Hüdai KÖKEN'in "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmasına ilişkin Hastane Yöneticiliği görüş yazısı ekte gönderilmiştir.

Doktora çalışmasının onay yazısıyla birlikte sağlık tesisinin Ar-Ge Birimine başvurarak başlatılması, ilgili sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun Genel Sekreterliğimize gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Ramazan KARABAL
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA İZLİ İLE AYNI SİDİR
22.5.2017
Hulusi ŞİMŞEK

EK: 2 Sayfa

İdari Hizmetler Başkanlığı Ar-Ge Birimi Tel No: 03123063720 Faks No:
03123116364 Gülay DEVKİ
Faks No:03123116364

Bilgi için:Gülay DEVKİ

e-Posta:gulay.devki@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Anafartalar Cad Altındağ Belediye
Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ /ANKARA

Unvan:EBE

Telefon No:0 312 306 37 20

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b3f09433-83dc-4170-83f0-2e5f269d6660 kodu ile erişebilirsiniz.

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



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

22/05/2017 12:12 - 50687469 - 604.01.02 - E-3786



0004563715

Sayı : 50687469-604.01.02
Konu : Arş.Gör.Dr.Arif Hüdai
KÖKEN-Anket İzni

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 03/05/2017 tarihli ve 51700877-604.01.02-6763 sayılı yazı

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK)'nun 18.05.2017 tarihli kurul kararları EK'te sunulmuştur.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Arş.Gör.Dr.Arif Hüdai KÖKEN'in üzerinde çalıştığı "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında kullanılmak üzere anket uygulaması hastane başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. H. Erhan GÜVEN
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

EKİ:

18.05.2017 TUEK Kurul Kararı

General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etlik / Ankara

Bilgi için:Dilek MENAY

Faks No:

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşt.

e-Posta:dilek.menay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.gulhaneah.saglik.gov.tr/

Telefon No:+90 312 304 61 06

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden b3f09433-83dc-4170-83f0-2e5f269d6660 kodu ile erişebilirsiniz.

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




SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA
MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ :18.05.2017

KARAR NO:5

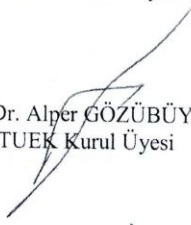
1. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 25.04.2017 tarihli, SAYI:70629056-604.01.02-E.243 sayılı "Mehmet Sait ATAY-Araştırma İzni" konulu ve "Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
2. Sağ.Bak.İgü.Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hst. Birl. Gn. Sekreterliğinin 12.05.2017 tarihli, SAYI:51700877-604.02.02-E.7320 sayılı ve "Elife DİLMAÇ-Anket İzni" konulu, **Doktora Öğrencisi Elife DİLMAÇ**'ın "Kamu ve Özel Hastanelerde Hastane Tabanlı Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönetimi Üzerine Bir Araştırma" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**
3. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniğinde görev yapmakta olan **Doç.Dr.Bengül GÜNALP**'in 10.05.2017 tarihli ve "Bilimsel Etkinliğe Mali Destekli Katılım" konulu dilekçesi incelenmiş ve harcırahlı olarak bilimsel faaliyete katılma talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.** Bahse konu kişi, çalışmakta olduğu birimden izin almak şartıyla ve kendi imkanları ile adı geçen bilimsel faaliyete katılabilir.
4. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 03.05.2017 tarihli, SAYI:51700877-604.01.02-E.6763 sayılı "Arş.Gör.Dr.Arif Hüdaî KÖKEN-Anket İzni" konulu ve "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" isimli tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

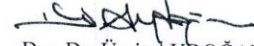

Prof.Dr. İsmail Yaşar AVCI
TUEK Kurul Üyesi


Katılmadı
Prof.Dr. Yusuf Alper SÖNMEZ
TUEK Kurul Üyesi

Katılmadı
Prof.Dr. Cemil YILDIZ
TUEK Kurul Üyesi


Prof.Dr. Bülent ÜNAY
TUEK Kurul Üyesi


Prof.Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK
TUEK Kurul Üyesi


Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN
SUAM Eğitim Koordinatörü
TUEK Başkan Yardımcısı


Prof.Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
TUEK Başkanı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Ankara Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 31220125-020/ 6983
Konu : Arş. Gör. Dr. Arif Hüdai Köken'in
Doktora Tezi Hakkında

13/04/2017

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

İlgi : a) Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 27.03.2017 tarihli yazısı,
b) 03/04/2017 tarih ve 12309 sayılı yazınız.

Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda görev yapan Araştırma Görevlisi Dr. Arif Hüdai Köken'in "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezi için soru yönergesini hastanemiz Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapma istekleri uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Adnan TORGAY
Başhekim

12/04/2017 Yönetici Sekreteri : Hanife ALTUNTAŞ

Doğrulama Adresi: https://ebys.baskent.edu.tr/enVision/Validate_doc.aspx?V=BELMHE3P

Fevzi Çakmak Cad.10.Sok. No:45 Bahçelievler/Ankara
Birim Telefon No: 0 312 203 68 68/1900 Faks No: 0 312 223 86 65
E-Posta: bashekimlik@baskent-ank.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent-ank.edu.tr

Bilgi İçin: Hanife ALTUNTAŞ
Unvan: Yönetici Sekreteri
Telefon No: 3122036868/1900



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ

Sayı :14853754-341
Konu :Arş.Gör.Dr.Arif Hüdai KÖKEN

31.05.2017

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Türk Tarihi ve Etik Anabilim Dalına

İlgi: 27.03.2017 tarih ve 75677311-010/86 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Türk Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr.Arif Hüdai KÖKEN'in, Prof.Dr.Nükhet BÜKEN'in danışmanlığında hazırladığı "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" konulu doktora tezi kapsamında Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastanesi) Acil Tıp Anabilim Dalında doktora tez çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Aral EGE
Rektör

ADRES : Kızılcaşar Mah. İncek Bulvarı No:110 (06836) İncek – Gölbaşı /ANKARA

Tel : (0 312) 586 70 00 **Faks :** (0 312) 586 71 24

WEB : www.ufuk.edu.tr **e-mail :** ufukuni@ufuk.edu.tr



T.C
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 98212577-40329095 / 1018
Konu : Araş. Gör. Dr. Arif Hüdai KÖKEN

13.04/2017

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

İlgi: 27.03.2017 tarih ve 75677311-010/86 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'in danışmanlığını yürüttüğü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Arif Hüdai KÖKEN'in Doktora Tezi olan "Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı Doktora Tez Çalışmasını Fakültemizde yapması uygun görülmemiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Prof. Dr. Selami AKKUŞ
Dekan V.

Adres : Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Üniversiteler Mah. İhsan Doğramacı Bulvarı No: 6
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanı
Bilkent-Çankaya/ANKARA
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Telefon: 0 (312) 906 20 54 Belge Geçer: 0 (312) 906 29 80
E-posta : tipfakultesi@ybu.edu.tr

EK-5. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu alıŐma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı ğretim yesi Prof. Dr. Nüket rnek Büken danışmanlığında araştırma görevlisi Dr. Arif Hüdai Köken 'in doktora tez çalıŐmasıdır. Araştırma Ankara ilindeki yedi niversite hastanesinin Acil Tıp alanında yürütülecektir. "Ankara İlinde niversite Hastanelerinde Acil Tıp Alanında alıŐan Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiğİ Açısından Değİlendirilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamındaki bu araştırma, niteliksel araştırma yöntemlerinden "bire bir derinlemesine görüşme" yapılarak uygulanacak çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Çalışmanın amacı, Acil Tıp alanında çalışan hekimlerin hastane acillerinde çalışırken karşılaştıkları Şiddet mağduru kadın hastalara yaklaşımı konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını tıp etiğİ açısından değİlendirmek, elde edilen sonuçlar çerçevesinde Acil Tıp hekimlerinin kadına yönelik Şiddet olgu yönetimindeki etik yükümlülüklerini sistematik bir Şekilde ortaya koymaktır. Ayrıca Acil Tıp alanı özelinde hastanelerin kadına yönelik Şiddet olgularının yönetimi için kurumsal politika geliştirmesine katkı sağlayacak veriler elde edilmesi amaçlanmaktadır.

Tez çalıŐmasında "bire bir derinlemesine görüşme" yöntemi uygulanacaktır. Bu kapsamda hazırlanan yarı yapılandırılmış soru yönergesi doğrultusunda, yapılacak görüşmenin yaklaşık olarak 1 saat sürmesi öngörülmektedir. Sizinle yapacağımız bu görüşmenin ses kaydı alınacaktır. Görüşme kayıtları analiz edilirken ve veriler araştırma için kullanılırken kişisel bilgilerinizin gizli tutulacağını da belirtmek isteriz.

GrŐmeyle ilgili merak ettiğiniz her soruyu sorma, görüşmeye katılmayı kabul etmeme, görüşmenin herhangi bir aşamasında bir gerekçe belirtmeden görüşmeyi sonlandırabilirsiniz. AraŐtırmadan ekildiğiniz takdirde elde ettiğimiz veriler hiçbir

şekilde kullanılmayacaktır. Bu şartlar altında araştırmayı kabul ederseniz aşağıda hazırlamış olduğumuz bölümün ilgili yerlerini doldurmanızı rica ediyoruz.

Davet edildiğim bu çalışmayla ilgili araştırmacıya merak ettiğim soruları sorma şansım oldu ve sorduklarım doğrultusunda yeterli cevabı aldım. Söz konusu olan bu araştırmaya hiçbir etki altında kalmadan gönüllü olarak katılmak istiyorum. İstedğim zaman görüşmeyi sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin araştırma ekibi tarafından araştırma süresince bilimsel amaçlı kullanılmasında herhangi bir sakınca görmüyorum.

PROTOKOL NO:

GÖNÜLLÜ KATILIMCI

ARAŞTIRMACI HEKİM

Adı- Soyadı:

Adı- Soyadı:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırma ekibiyle aşağıda verilen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı iletişim bilgilerinden ve verilen cep telefonu numarasından ulaşabilirsiniz:

Adres: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı, Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Asma Kat, 06100 Sıhhiye/ ANKARA

Tel: +90 (312) 305 43 61

GSM: +90 507 944 8805

Belgeç (Faks): +90 (312) 310 10 98

E- posta: deontoloji@hacettepe.edu.tr , arifhudaikoken@hotmail.com

EK-6. Orjinallik Ekran Çıktısı

ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE, ACİL TIP ALANINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN, KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARININ YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 2	% 1	% 1	% 1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dekaum.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
2	burakuzel-md.com İnternet Kaynağı	<% 1
3	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
4	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<% 1
5	www.kadininstatusu.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	ceidizleme.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1

EK-7. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Arif Hüdai Köken
Ödev başlığı: Arif Hüdai Köken_Doktora Tez
Gönderi Başlığı: ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE HAS..
Dosya adı: Arif HÄ¼dai KÄ¼KEN_Tez_28.08.201..
Dosya boyutu: 914.81K
Sayfa sayısı: 460
Kelime sayısı: 118,149
Karakter sayısı: 773,802
Gönderim Tarihi: 28-Ağ-u-2019 11:37AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1164337745



9. ÖZGEÇMİŞ

Arş. Gör. Dr. Arif Hüdai KÖKEN

22.10.1981 tarihinde Osmaniye'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Osmaniye'de sırasıyla Atatürk İlkokulu, Özel Bahçeli Lisesi ve Mehmet Akif Ersoy Yabancı Dil Ağırlıklı Lise'de tamamladı. 2009 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra mecburi hizmete Bingöl ili Genç ilçesi Devlet Hastanesi'nde Acil Servis Hekimi olarak göreve başladı. 2011 yılına kadar sırasıyla Bingöl ili Yedisu ilçesi Aile Hekimliği, Yedisu 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Ambulans Hekimliği, Bingöl ili Yedisu ilçesi Sağlık Grup Başkan V. görevlerinde bulundu. 2013 yılına kadar ise Adana 112 1. No'lu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Ambulans Hekimliği, Adana 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezi'nde Danışman Hekimlik ve Sorumlu Hekimlik yaptı. 2013 Haziran ayı itibariyle Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD'da ÖYP araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen Ahi Evran Üniversitesi adına Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD'da doktora eğitimine devam etmektedir.

Üyelikler:

- 1- Türkiye Biyoetik Derneği, 2014

Aldığı Ödüller:

- 1- Sağlık Bakanlığı Yılın Doktoru Ödülü, 14 Mart 2011, Bingöl

Yayınlanan Makaleler:

- 1- Medical therapies for cataracts in Dioscorides' De Materia Medica, Hasan Basri Çakmak, Arif Hüdai Köken, eä Journal, Vol. 8 N° 1 (Jun. 2016). ISSN 1852-4680.
- 2- Ahi Evran, (1171-1261) ve Ahilik İle Hekimlik Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme, Arif Hüdai KÖKEN, Nüket Örnek BÜKEN, Lokman Hekim Dergisi 2018, 8(1): 54-70.
- 3- Sağlık Hakkı Bağlamında Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçlar, Arif Hüdai KÖKEN, Mustafa Hayırlıdağ, Nüket Örnek BÜKEN, Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist- Special Topics 2018, 4 (1): 91–98.
- 4- Arif Hüdai KÖKEN, Nüket Örnek BÜKEN, XIII . Yüzyılda Güçlü Bir Toplumun Gelişmesine Katkı Sunan Fatma Bacı ve Dünyanın İlk Kadın Örgütlerinden:Bacıyân - ı Rûm (Anadolu Bacılar Teşkilatı), Lokman Hekim Dergisi 2018, 8 (2): 113–19. doi:10.31020/mutftd.418492

Yazdığı Kitap Bölümleri:

- 1- Paramediklerle İlgili Etik Konular, Arş. Gör. Dr. Arif Hüdai KÖKEN, Arş. Gör. Av. Çağrı Zeybek Ünsal, Ambulans ve Acil Bakım

Teknikerleri(Pamedikler) İçin Temel Konular ve Tedavi Yaklaşımları, Ema Tıp Kitabevi, İstanbul, Kasım 2016, ISBN: 978-605-66003-7-1

- 2- Pamediklerle İlgili Hukuki Konular, Arş. Gör. Dr. Arif Hüdai KÖKEN, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri(Pamedikler) İçin Temel Konular ve Tedavi Yaklaşımları, Ema Tıp Kitabevi, İstanbul, Kasım 2016, ISBN: 978-605-66003-7-1

Kongre Kitabında Yayınlanan Tam Bildiri Metinleri:

- 1- Poliklinik Hekimi İle Eczacı İlişkisini Acil Servisteki Hastaya Yansımasının Etikolegal Açıdan Değerlendirilmesi(Vaka alışması), Arif Hüdai KÖKEN, ağrı Zeybek ÜNSAL, Müge DEMİR, Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı), İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi, Bodrum, Editörler: Prof. Dr. h.c. Hakan Hakeri, Av. Cahid Doğan, 1. Baskı, Temmuz 2016, Kadıköy/İstanbul

Katkı Verdiği Organizasyonlar:

- 1- II. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi, 21-23 Eylül 2017, Antalya, Kongre Sekreteri, <http://tiphukukukongresi2017.com/kurullar/>
- 2- XI. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Günleri, 18-21 Haziran 2019, Kırşehir, Kongre Sekreteri

Katıldığı Sempozyum, Kongre ve alıştaylar:

- 1- VIII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, ÇÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, 22- 25 Mayıs, Gaziantep
- 2- 8. TBD Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitim Sempozyumu, HÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD 1-3 Kasım 2013, Ankara
- 3- Anayasa ve Avrupa Biyotıp Sözleşmesi erevesinde Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Uyuşmazlıkların Yargı Süreci, Sorunlar ve özüm Önerileri Kongresi, Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 30 Kasım 2013, Ankara
- 4- 6. Uluslararası İslam Tıp Tarihi Cemiyeti Kongresi, Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği, 23- 26 Eylül 2014, Van
- 5- 6. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu, Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği, 23- 26 Eylül 2014, Van
- 6- "Toplumda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yükseltilmesinde Medyanın Rolü" temalı " Sağlıkta Sektörler Arası İşbirliği Sempozyumu", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, 07 Kasım 2014, Ankara
- 7- TÜBA Kök Hücre Araştırmaları ve Biyoetik Sempozyumu, 19 Şubat 2015, Ankara,
- 8- Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadın Sağlığı Açısından Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin Neresindeyiz?, HÜ Kadın Sorunları Araştırma Merkezi, 20 Mart 2015, Ankara

- 9- Savunmasız/ Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayı, HÜ Biyoetik Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, 24 Mart 2015, Ankara
- 10- Biyoetik, Biyoteknoloji ve Biyopolitikalar Üçgeninde İnsan, VIII. TBD Uluslararası Kongresi, 9- 12 Nisan 2015, Ankara
- 11- Hukuk ve Sağlık Sempozyumu, Türkiye Barolar Birliği, 25- 26 Nisan 2015, TBB, TURKMSIC, Ankara
- 12- IX. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, ÇÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, 10- 13 Haziran 2015, Malatya
- 13- Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi, 2- 5 Eylül 2015, Bodrum
- 14- TÜBA- Kök Hücre Tedavilerine Genel Yaklaşımlar Sempozyumu, TÜBA, 20 Ekim 2015, Ankara
- 15- III. Zeka ve Yetenek Kongresi, Türkiye Zeka Vakfı ve ODTÜ Eğitim Fakültesi, 24- 25 Ekim 2015, Ankara
- 16- Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi, TTB VE TBB, 19- 20 Aralık 2015, İstanbul
- 17- Aydınlanma Sempozyumu, HÜ Ütopya Topluluğu, 26- 27 Aralık 2015, Ankara
- 18- İnsan Hakları Savunuculuğu Çalıştayı ve Konferansı, Sınır Tanımayan Avukatlar ve İnsan Hakları Savunucuları Derneği, HÜ Tıp Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi, HÜ Biyoetik Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Sivil Düşün AB Programı Desteği ile, 21- 22 Mayıs 2016, Ankara
- 19- Biyoetik ve Etik Kurullar Ana Temalı Türkiye Biyoetik Derneği IX. Sempozyumu, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi ve Türkiye Biyoetik Derneği, 3- 6 Haziran 2016, Ankara
- 20- 1st International Women's Congress, 14-16 November 2016, Ankara
- 21- 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, 21-22 Nisan 2017, Kocaeli
- 22- X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 15-18 Mayıs 2017, Adana
- 23- II. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi, 21-23 Eylül 2017, Antalya
- 24- Türkiye Biyoetik Derneği 9. Ulusal Kongresi Biyoetik: Dünü, Bugünü, Yarını 9- 12 Mayıs 2018, Mersin
- 25- 2. Uluslararası Kadın Kongresi, DEKAUM, 4-5 Ekim 2018, İzmir
- 26- XI. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 18-21 Haziran 2019, Kırşehir

Teşekkür Belgeleri:

- 1- Hukuk Temalı Film Okumaları, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 28.12.2016, Ankara
- 2- Doğum Şekli Tercihlerinin Multidisipliner İrdelenmesi Çalıştayı 1, TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı), Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, TC Sağlık Bakanlığı, 10- 11 Şubat 2017, Ankara

- 3- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi I. Kariyer Günleri, 10-11 Mart 2017, Ankara

Ulusal Kongrelerde Yaptığı Sözlü Bildiriler:

- 1- Anne Sütü Bankacılığı ve Etik, Arif Hüdai KÖKEN, Celalettin GÖÇKEN, Aslıhan AKPINAR, 6. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu, Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği, 23- 26 Eylül 2014, Van
- 2- Dioscorides'in Materia Medica Eserinde Katarakt Tedavisi İçin Önerilen İlaçlar, Hasan Basri ÇAKMAK, Arif Hüdai KÖKEN, IX. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, ÇÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, 10- 13 Haziran 2015, Malatya
- 3- Materia Medica'da Mürrüsafi Bitkisi, Arif Hüdai KÖKEN, Hasan Basri ÇAKMAK, IX. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, ÇÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, 10- 13 Haziran 2015, Malatya
- 4- Poliklinik Hekimi İle Eczacı İlişisini Acil Servisteki Hastaya Yansımasının Etikolegal Açından Değerlendirilmesi(Vaka Çalışması), Arif Hüdai KÖKEN, Çağrı Zeybek ÜNSAL, Müge DEMİR, Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi, 2- 5 Eylül 2015, Bodrum
- 5- Ahi Evran(1171- 1261) ve Ahilik ile Hekimlik Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme, Arif Hüdai KÖKEN, Nüket Örnek BÜKEN, X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 15-18 Mayıs 2017, Adana
- 6- Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi Arif Hüdai KÖKEN , Nüket Örnek BÜKEN, Nüket PAKSOY ERBAYDAR, Türkiye Biyoetik Derneği 9. Ulusal Kongresi Biyoetik: Dünü, Bugünü, Yarını 9-12 Mayıs 2018, Mersin
- 7- Kırşehir'de Altı Klinik Birime Başvuran Hastaların Tercih Ettiği Tedavi Yöntemlerinin Modern Tıp ve Geleneksel Tıp Açısından Değerlendirilmesi, Yusuf Koçak, Arif Hüdai Köken, XI. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 18-21 Haziran 2019, Kırşehir
- 8- Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tarafından Uyum Haftası Etkinlikleri Kapsamında Yapılan Müze Ziyaretleri ve Öğrenci Görüşleri, Jiyan Turan, İrem Keser, Ahmet Kaya, Kübra Yurter, Arif Hüdai Köken, XI. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 18-21 Haziran 2019, Kırşehir

Uluslararası Kongrelerde Yaptığı Sözlü Bildiriler:

- 1- Afetlerde Teletıp Uygulamalarına Etik Bakış, Muhammet F. ARSLAN, Arif Hüdai KÖKEN, Çağrı Zeybek ÜNSAL, Müge Yağlıdere DEMİR, Biyoetik, Biyoteknoloji ve Biyopolitikalar Üçgeninde İnsan, VIII. TBD Uluslararası Kongresi, 9- 12 Nisan 2015, Ankara
- 2- Bir Etik Vaka Analizi: 112 Acil Sağlık Hizmeti Sunma Yükümlülüğüne Karşı Sağlık Çalışanlarının Güvenliği, Arif Hüdai KÖKEN, Aslıhan AKPINAR, Biyoetik,

Biyoteknoloji ve Biyopolitikalar Üçgeninde İnsan, VIII. TBD Uluslararası Kongresi, 9- 12 Nisan 2015, Ankara

- 3- Canlı Vericiden Organ Naklinde Aydınlatılmış Onamın Etik Ve Hukuki Açılardan Değerlendirilmesi, Arif Hüdai KÖKEN, Önder İLGİLİ, II. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi, 21-23 Eylül 2017, Antalya
- 4- Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi, 2. Uluslararası Kadın Kongresi, DEKAUM, 4-5 Ekim 2018, İzmir

Yaptığı Poster Bildiriler:

- 1- XIII. Yüzyılda Güçlü Bir Toplumun Gelişmesine Katkı Sunan Fatma Bacı ve Dünyanın İlk Kadın Örgütlerinden: Bacıyân- ı Rûm (Anadolu Bacılar Teşkilatı), Arif Hüdai KÖKEN, Nüket Örnek BÜKEN, X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 15-18 Mayıs 2017, Adana

Katıldığı Eğitim, Kurs ve Sertifika Programları:

- 1- Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası, Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetler Genel Müdürlüğü, 24- 30 Haziran 2010, Mardin
- 2- Travma ve Resüsitasyon Kursu, Sağlık Bakanlığı, 18- 21 Ekim 2011, Adana
- 3- Bilimsel Çalışma: Nasıl Hazırlanır, Nasıl Yazılır?, Türk Radyoloji Derneği Adana Şubesi, 23 Mart 2013, Adana
- 4- Asistan Etik Eğitimi, HÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD, 16- 17 Nisan 2013, Ankara
- 5- 1. Hacettepe Writing Workshop, Hacettepe Üniversitesi, 1- 2 Ekim 2014, Ankara
- 6- Tıbbi Hatalardan Kaynaklanan Davalarda Bilirkişi Uygulamaları Eğitimi, Sertifika, Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti, 26- 27 Ocak 2015, Ankara
- 7- Sağlık Hukuku İleri Eğitim Programı, Sertifika, TÜRAVAK ve TBB, 14- 15/ 21- 22 Şubat 2015, Ankara
- 8- Klinik Araştırma Etiği ve Klinik Araştırma Başvuru Dosyalarının Etik Kurullarda Değerlendirilmesi Kursu, Türkiye Biyoetik Derneği, 28- 29 Mart 2015, Ankara
- 9- Eğiticilerin Eğitimi Programı, HÜ Yaşam Boyu Öğrenme Merkezi, 4- 5 Temmuz 2015, Ankara
- 10- Sağlık Turizmi Hukuku Kursu, Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi, 2- 5 Eylül 2015, Bodrum
- 11- Tıbbi Malpraktis ve Tazminat Kursu, Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi, 2- 5 Eylül 2015, Bodrum
- 12- Disiplin Sorumluluğu Kursu, Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi, 2- 5 Eylül 2015, Bodrum

13- Joint American University of Sovereign Nations- Turkish Bioethics Association
Intensive Bioethics Course, 5th- 6th June 2016, Ankara

14- Niteliksel Araştırmalar, Derinlemesine Görüşme Yöntemi ve Analizi Kursu,
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, 06 Mart 2019, Ankara

Katıldığı Diğer Bilimsel Etkinlikler:

1- Afetlerde Deneyim Paylaşım Günleri: Afetlerde Lojistik Hizmetler, HÜ Afet
Tıbbı Uygulama ve Araştırma Merkezi(HAMER), 04 Haziran 2015, Ankara

2- Kök Hücre Günü 2015 Toplantısı, HÜ Kök Hücre Araştırma ve Uygulama
Merkezi, 21 Kasım 2015, Ankara

3- Etik Semineri, Sayıştay Denetçileri Derneği, 2 Aralık 2015, Ankara