



Online Professional Education for  
Physiotherapists on Domestic Violence

OPEP-DV

# FIZYOTERAPI VE EV İÇİ ŞİDDET RAPORU Anket sonuçları

Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union





## Fizyoterapistler ve diğ er sağlık profesyonelleri için Ev İçi Şiddet konusunda Çevrimiçi Mesleki Eğitim Projesi – OPEP-DV

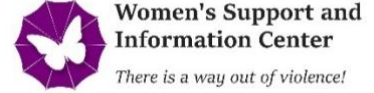
**2021-1-EE01-KA220-VET-000029791**

KA 220-VET – Mesleki eğitim ve öğretimde işbirliği ortaklıkları

PR1: Fizyoterapi ve Ev iç i Şiddet Raporu

University of Tartu

2023



Bu yayın, Fizyoterapistler ve Diğ er Sağlık Profesyonelleri için Ev İçi Şiddet Konusunda Çevrimiçi  
Mesleki Eğitim Projesi (OPEP-DV) kapsamında hazırlanmıştır.

SÖZLEŞME NUMARASI: 2021-KA220-VET-07

PROJE NUMARASI: 2021-1-EE01-KA220-VET-000029791

Bu yayının hazırlanmasına Avrupa Komisyonu tarafından verilen destek, içeriğ in yalnızca yazarların  
görüşlerini yansıttığı anlamına gelmez ve Komisyon, içeriğindeki bilgilerin kullanımından sorumlu  
tutulamaz.





## İçindekiler

<b>Giriş .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Anket Sonuçları.....</b>	<b>6</b>
1.1 Yönetim ve veri tanımı .....	6
1.2. Görüş ve tutum ifadeleri .....	10
1.3. Ev İçi Şiddeti Tanımlamada Pratik Deneyim .....	15
1.4. Ev İçi Şiddetle İlgili Eğitim .....	16
<b>Özet .....</b>	<b>20</b>
<b>Kaynaklar.....</b>	<b>21</b>
<b>Ek 1. Aile içi şiddet ve fizyoterapi ile ilgili literatür taramasının özeti .....</b>	<b>24</b>
<b>Ek 2. Fizyoterapi ve Ev İçi Şiddet Konulu Anket Soruları.....</b>	<b>25</b>



## Giriş

Ev içi şiddet (EİŞ), orantısız bir şekilde kadınları ve kız çocuklarını etkilediği için kadınlara yönelik bir şiddet türüdür ve küresel çapta en sistematik ve yaygın insan hakları ihlallerinden biridir. Avrupa ülkeleri de bu durumun bir istisnası değildir. Her üç kadından biri, çoğunlukla yakın partnerleri tarafından uygulanan fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmıştır (FRA, 2014). Bu şiddet, biyolojik veya yasal aile bağlarından bağımsız olarak, aile ya da ev biriminde, yakın partnerler veya ebeveynler ve çocuklar gibi diğer aile üyeleri arasında meydana gelir. Kadınlar, zorlama, güç ve/veya kontrol gibi alatta yatan kalıplar nedeniyle bu şiddetin her iki türünden de orantısız şekilde etkilenmektedir (Stark ve Hester, 2019). Dünya genelinde her gün 137 kadın ve kız çocuğu, bir aile üyesi ya da mevcut veya eski bir partner tarafından cinsiyetlerinden ötürü öldürülmektedir (UNODC, 2019). Bununla birlikte, bu tür bir şiddetin potansiyel mağduru, cinsiyet veya toplumsal cinsiyet fark etmeksizin herkes olabilir. Özellikle ev içi şiddet vakalarında, erkekler, genç ya da yaşlı bireyler, çocuklar ve LGBTIQ bireyler de dahil olmak üzere herkes etkilenebilir.

COVID-19 pandemisi sırasında kadınlara yönelik fiziksel ve duygusal şiddette önemli bir artış kaydedilmiştir. Bazı ülkelerde ev içi şiddet yardım hatlarına yapılan çağrıların beş kat arttığı bildirilmektedir. AB ve üye ülkeleri, toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti sona erdirmek, bu korkunç suçun mağdurlarını korumak ve faileri cezalandırmak için çeşitli cephelerde çalışmalar yürütmektedir. Araştırmacılar, kadınlara yönelik şiddeti değerlendirecek yeterli kanıt bulunmadığını bildirmekte olup, bu durum AB'nin Cinsiyet Eşitliği Endeksi'nde "Kadına Yönelik Şiddet" göstergesi için hiçbir puan verilmemesiyle de görülmektedir, çünkü AB genelinde karşılaştırılabilir veri eksikliği vardır (Walby, 2016).

Yakın partner şiddeti (YPS) ve ev içi şiddetin (EİŞ) toplumda yüksek prevalansı göz önüne alındığında, sağlık personelinin EİŞ vakalarını nasıl tanımlayacakları ve doğru şekilde müdahale edecekleri konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

YPS ve EİŞ terimleri literatürde tutarlı bir şekilde tanımlanmamıştır. McCloskey ve ark. (2007), Amerikan Tıp Birliği'ne atıfta bulunarak YPS'yi "tekrarlayan dayak ve yaralanma, psikolojik taciz, cinsel saldırı, ilerleyici sosyal izolasyon, mahrumiyet ve sindirme" olarak tanımlar. YPS, bir partner tarafından yapılan herhangi bir fiziksel, psikolojik veya cinsel tacizi içerebilir (Walton ve ark. 2015). Carlson ve Worden (2005), EİŞ'in sadece fiziksel saldırganlıktan daha geniş bir yelpazede kötüye kullanım davranışlarını içerdiğini öne sürer. Stark'ın (2019) "zorlama kontrolü" konusundaki önemli araştırması, saldırı, tehdit, aşağılama, sindirme veya kurbanını zarar vermek, cezalandırmak ya da korkutmak amacıyla yapılan diğer kötü muameleleri içeren fail davranış kalıplarına dikkat çeker. EİŞ'i durumsal bir anlayıştan, ilişkilerdeki toplumsal cinsiyete dayalı güç dinamiklerine dayanan taciz edici davranış kalıplarına taşımaktadır. Zorlama kontrolü, kurbanın yaşamının tüm unsurlarını kaplayan görünmez zincirler ve korku duygusu yaratır.

Failler, bir kişinin özerkliğini ve özsaygısını erozyona uğratarak kontrol ve güç kazanmayı amaçlar; bu durumun kadınlar ve çocuklar üzerindeki orantısız etkisi kabul edilmektedir. Bu nedenle, hem yakın partner şiddeti (YPS) hem de ev içi şiddet (EİŞ) sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve



psikolojik bileşenler (zorlayıcı kontrol dahil) içermektedir; bu bileşenler, psikoloji, kamu politikası ve etik konularında eğitim gerektirdiği için sağlık personeli tarafından kolayca tanımlanamaz (Hegarty & Roberts, 1998; McGrath ve ark., 2022).

Kadınlara yönelik şiddet ve ev içi şiddet, ceza hukuku meseleleri, insan hakları ihlalleri ve ayrımcılık türleridir. Bunlarla mücadele, Avrupa Komisyonu'nun temel AB değerlerini koruma ve AB Temel Haklar Şartı'nın uygulanmasını sağlama eyleminin bir parçasıdır.

Daha da önemlisi, İstanbul Sözleşmesi, Avrupa'da kadına yönelik şiddet konusunda bağlayıcı ilk yasal sözleşmedir. Sözleşme'nin 3. Maddesi özellikle şunları tanımlar:

- **Kadına yönelik şiddet:** Kadına karşı insan hakları ihlali ve bir ayrımcılık biçimi olup, kadının fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik zarar görmesine veya acı çekmesine neden olan veya neden olma olasılığı bulunan her türlü toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, tehdit, zorlama veya keyfi özgürlükten mahrum bırakma da dahil olmak üzere, kamusal veya özel yaşamda gerçekleşip gerçekleşmediğine bakılmaksızın tanımlanır.
- **Ev içi şiddet:** Aile veya ev biriminde ya da eski veya mevcut eşler ya da partnerler arasında, failin mağdurla aynı konutu paylaşmış paylaşmamasına bakılmaksızın gerçekleşen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddet.
- **Kadına yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddet:** Kadına, kadın olduğu için yöneltilen veya kadınları orantısız şekilde etkileyen şiddet.

Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü (EIGE), YPŞ'yi, “mevcut veya eski eşler ve partnerler arasındaki fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddet” olarak tanımlar. Bu, kadınları orantısız şekilde etkileyen ve dolayısıyla belirgin şekilde toplumsal cinsiyete dayalı bir şiddet biçimidir. YPŞ, “fiziksel, cinsel ve psikolojik eylemler ile ekonomik zorlama da dahil olmak üzere saldırgan ve zorlayıcı davranışların bir deseni olarak anlaşılır. Bu davranışlar, yetişkinler veya ergenler tarafından rızaları olmaksızın yakın partnerlerine karşı kullanılabilir. Utanç, korku ve çaresizlik duyguları, düşük bildirim oranlarına ve dolayısıyla nispeten az sayıda mahkûmiyete yol açmaktadır” (EIGE, 2017). Tanımlar, OPEP-EİŞ projesi kapsamında, fizyoterapistler ve sağlık profesyonelleri için özel eğitim ve öğretim oluşturmak ve AB yasal ve politika standartlarına uygun olarak bütünleşmiş politika ve uygulamaya katkıda bulunmak amacıyla sunulmuştur.

Her iki cinsiyet de ev içi şiddet yaşayabilse de kadınlar hâlâ daha yüksek risk altındadır (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). 2000 ile 2018 arasındaki verilere dayanarak, 15 yaşından büyük kadınların %26'sının daha önce yakın partnerlerinden fiziksel veya cinsel şiddet gördüğü tahmin edilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2021). Fiziksel veya duygusal ev içi şiddetin erken aşamada tespit edilmesi, birçok hayatı kurtarabilir. Buna rağmen, çeşitli çalışmalar, çoğu tıp bölümünde hastalara YPŞ hakkında soru sorulmadığını göstermektedir (Clark, McKenna & Jewell, 1996; Clark ve ark., 2016; Ballan ve ark., 2017). Dolayısıyla, ev içi şiddetin belirtilerini tanımlamak için iyi bir konumda olan belirli sağlık uzmanlarının önemli rolü göz ardı edilemez. Avantajlı sağlık uzmanlıkları arasında obstetrik (Rhodes & Levinson, 2003), jinekoloji (Machtinger ve ark., 2015) ve romatoloji (Ruiz-Pérez ve ark., 2009) uzmanları; diğer sağlık profesyonelleri (Haag ve ark. 2022) ve özellikle fizyoterapistler yer almaktadır. Fizyoterapistler, hastalarıyla sık ve uzun süreli temaslar kurarak güvenilir bir ilişki oluşturabilir (Hayden ve ark., 2014; Alshammari ve ark., 2018).



Aynı zamanda, sağlık personelinin YPŞ mağdurlarını tespit etme ve destekleme yeteneğini azaltan bazı engeller bulunmaktadır. Bunlar arasında hastalardan hassas sorular sorma tereddütü (Vasey, 1990), zaman eksikliği (Campbell ve ark., 2002; Ramsay ve ark., 2002), doğru yönlendirmeler hakkında bilgi eksikliği (Walton ve ark., 2017), tarama hakkında deneyim veya eğitim eksikliği (Walton ve ark., 2017), hastaların kendi "şiddet" ve "kötüye kullanım" algıları (Walton ve ark., 2017; Sivagurunathan ve ark., 2019), belirlenmemiş roller ve sorumluluklar (Walton ve ark., 2017), hastaları tehlikeye atma korkusu (Sivagurunathan ve ark., 2019), fizyoterapistlerin rahatsızlık duyması (Alvarez ve ark., 2016) yer alır. Ana engellerden biri, fizyoterapistlerin EİŞ vakalarını tanımlama ve doğru müdahale etme konusundaki bilgi eksikliğidir (Chapin, Coleman & Varner, 2011; Madden ve ark., 2015; Alvarez ve ark., 2016; Pinto Dias ve ark., 2020). Sistematik tarama mekanizmaları da mevcut değildir. Sadece Walton ve ark. (2017), fizyoterapistler için EİŞ taramasını kolaylaştıracak bir YPŞ tarama aracı önermiştir.

Yasal ve politika yükümlülükleri açısından, profesyonellerin eğitimi ihtiyacının İstanbul Sözleşmesi'nde vurgulandığı belirtilmelidir. Özellikle, 15. Madde – Profesyonellerin eğitimi kapsamında tüm Taraf Devletler 1) mağdurlar veya faillele ilgilenen ilgili profesyoneller için uygun eğitimi sağlamak veya güçlendirmek, bu şiddetin önlenmesi ve tespiti, kadınlar ve erkekler arasındaki eşitlik, mağdurların ihtiyaçları ve hakları, ayrıca ikincil mağduriyetin nasıl önleneceği konusunda eğitim vermek; ve 2) sözleşme kapsamındaki şiddet vakalarında yönlendirmelerin kapsamlı ve uygun bir şekilde ele alınmasını sağlamak için koordine edilmiş çok ajanslı iş birliği konusunda eğitimi teşvik etmelidir. Son olarak, sağlık personelinin EİŞ belirtilerini tanımlamaya yönelik eğitimi ve öğretimine ilişkin çok az sayıda çalışma Avrupa ülkelerinde yapılmıştır (örn., Warburton ve ark., 2006; Downie ve ark., 2019; Macpherson ve ark., 2022). Mevcut araştırmaların çoğu ABD (örn., Chapin ve ark., 2011), Kanada (örn., Sprague ve ark., 2013) veya Avustralya (örn., Howard 2008) vakaları ve verilerine dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, mevcut çalışma, fizyoterapistlerin EİŞ belirtilerini tanımlamadaki bilgi, tutum ve deneyimlerini haritalayarak ve Estonya, Yunanistan, İspanya ve Kıbrıs'ta doğru yönlendirme yapma yeterliliklerini değerlendirerek bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır.

Bu, fizyoterapistlerin eğitimine daha kapsamlı ve entegre bir yaklaşım oluşturulmasına katkıda bulunacak ve sonuç olarak hastalara (yani cinsiyet-duyarlı, mağdur-merkezli, travma-bilinci olan) daha iyi hizmet kalitesi sunulacaktır.

## 1. Anket Sonuçları

### 1.1 Yönetim ve veri tanımı

Bu çalışma, Tartu Üniversitesi Etik Komitesi tarafından onaylanmıştır (Protokol numarası: 371/T-8, 21.11.2022). Anket, LimeSurvey anket platformu kullanılarak uygulanmıştır. Yanıtlar Ocak'tan Nisan 2023'e kadar toplanmıştır (Kıbrıs'ta ilk turda yanıt eksikliği nedeniyle anket 14 Mayıs 2023'e kadar açık kalmıştır). Başlangıçta 215 yanıt toplanmıştır. Bunlardan 167'si daha ileri istatistiksel analiz için uygun bulunmuştur. OPEP-EİŞ projesi ortakları, anket sorularını ağları üzerinden dağıtmışlardır.



Potansiyel katılımcılar, her ülkede OPEP-EİŞ projesi ortakları tarafından doygunluk seviyesine ulaşılan kadar birkaç kez iletişime geçilerek bilgilendirilmiştir.

Anket sonuçları LimeSurvey platformundan Excel dosyası olarak indirilmiş, kodlanmış ve R yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Anket tamamen anonim olduğundan (IP adresleri toplama fonksiyonu devre dışı bırakılmıştır) yanıt oranı hesaplanmamıştır. Bununla birlikte, alınan sonuçların bağlamsallaştırılması için yanıt sayısı istatistiksel nüfus sayımı ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 1, her ülkeden kaç fizyoterapistin anket sorularını yanıtladığını göstermektedir. Sınırlı veri mevcudiyeti nedeniyle, 2019 ve 2020 yıllarına ait Eurostat verileri kullanılarak çalışan fizyoterapist sayıları dikkate alınmıştır. Tüm Estonyalı fizyoterapistlerin %10,73'ü ankete yanıt vermiş olup, bu gözlem altındaki tüm ülkeler arasında en iyi temsiliyet oranını göstermektedir.

*Tablo 1. Anket yanıtlarının katılan fizyoterapistlerin toplam sayısına oranı (yazarlar tarafından Eurostat verilerine dayanarak derlenmiştir)\**

	<b>Çalışan Fizyoterapist sayısı <sup>1</sup></b>	<b>Anket yanıtı sayısı</b>	<b>Ülkedeki toplam fizyoterapist sayısından yanıtların % oranı</b>
Estonya	559	60	10.73%
Yunanistan	8869	40	0.45%
İspanya	59791	50	0.08%
Kıbrıs	1027	17	1.66%

Not: Yunanistan ve Kıbrıs için fizyoterapist sayıları 2019 yılına ait olup, Estonya ve İspanya için veriler 2020 yılına aittir.

167 yanıtın %35,9'u Estonya'dan, %29,9'u İspanya'dan, %24'ü Yunanistan'dan ve %10,2'si ise Kıbrıs'ta anketi Yunanca ve İngilizce yanıtlayan katılımcılardan toplanmıştır.

Şekil 1'den de görüldüğü gibi, dört ülkenin tamamında kadın katılımcılar çoğunluktadır. Yunanistan'da ankete katılan fizyoterapistlerin %60'ı kadındır (bkz. Ek 1). Kıbrıs'ta ise yanıt verenlerin %76,5'i kadındır. Estonya'da örneklem, cinsiyet açısından en dengesiz olanıdır - %90'ı kadın katılımcılardan oluşmaktadır. İspanya'da ise katılımcıların %72'si kadındır.

Dünya Fizyoterapi Yıllık Üyelik Sayımı: Avrupa bölgesine göre (2020), dünyadaki fizyoterapistlerin %63'ü ve Avrupa'daki çalışan fizyoterapistlerin %67'si kadındır; bu da anket sonuçları ile uyumludur. Avrupa bölgesinde yer alan üç ülke - Estonya, Macaristan ve Slovenya - en yüksek kadın fizyoterapist sayısını göstermektedir (Dünya Fizyoterapi Yıllık Üyelik Sayımı: Avrupa bölgesi, 2020). Dolayısıyla, dört incelenen ülke arasında en yüksek kadın fizyoterapist sayısını gösteren Estonya'nın cinsiyet sonuçları, mevcut durumu yeterince temsil etmektedir.

<sup>1</sup> Eurostat:

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_RS\\_PRS1\\_custom\\_3121608/bookmark/table?lang=en&bookmarkid=b273df46-d28b-4cde-b48a-c09db18af6bf](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_RS_PRS1_custom_3121608/bookmark/table?lang=en&bookmarkid=b273df46-d28b-4cde-b48a-c09db18af6bf)





Şekil 1. Erkek ve kadın fizyoterapistlerin ülkelere göre dağılımı

Ankete katılan fizyoterapistlerin ortalama yaşı Estonya’da 34, Yunanistan’da 37, Kıbrıs’ta 38 ve İspanya’da 43’tür (bkz. Tablo 2). Ortalama mesleki deneyim, ortalama yaşa göre değişmektedir – Estonya’da ortalama 10 yıl, Yunanistan’da 11 yıl, Kıbrıs’ta 17 yıl ve İspanya’da fizyoterapistler için 19 yıldır.

Katılımcılar, ağırlıklı olarak özel muayenehanelerde veya özel tıp merkezlerinde çalıştıklarını bildirmiştir; bu sayı Yunanistan, Kıbrıs ve İspanya için sırasıyla 29, 14 ve 29 kişidir. Ancak, Estonya’da durum tam tersidir; 51 katılımcı kamu klinikleri veya hastanelerde çalışırken, sadece on kişi özel tıp merkezlerinde çalıştığını bildirmiştir.

Tablo 2. Ünelere göre yanıtların genel tanımı

	Yunanistan	Kıbrıs	Estonya	İspanya
<b>Toplam yanıt sayısı</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>60</b>	<b>50</b>
Erkek fizyoterapist, yanıt sayısı	16	4	6	14
Kadın fizyoterapist, yanıt sayısı	24	13	54	36
Katılımcıların ortalama yaşı, yıl	37	38	34	43
Ortalama mesleki deneyim, yıl	11	17	10	19
Özel muayenehane/özel tıp merkezi, yanıt sayısı	29	14	10	29
Kamu kliniği/hastane, yanıt sayısı	14	1	51	19
Diğer türde kuruluş, yanıt sayısı	-	2	-	2
<b>Hastalarınızdan en az birinde ev içi şiddetten şüphelendiniz mi? %</b>				
Evet	<b>57.5</b>	<b>52.9</b>	<b>50.0</b>	<b>48.0</b>
Hayır	42.5	47.1	50.0	52.0
<b>Hastalarınızdan şüphelendiğiniz durumlarda yönlendirme yaptınız mı? %</b>				
Evet	<b>30.0</b>	<b>17.6</b>	<b>21.7</b>	<b>40.0</b>
Hayır	70.0	82.4	78.3	60.0





	Yunanistan	Kıbrıs	Estonya	İspanya
<b>Önceki yönlendirmeler için hizmet sağlayıcılar, yanıt sayısı:</b>				
Polis	12	0	5	2
Kadın Destek Hizmetleri (KDH)/Destek Merkezi	5	0	5	7
Nöbetçi Mahkeme/ Kadına Yönelik Şiddet veya Nöbetçi Mahkeme	3	0	0	0
Mağdur Destek Hizmeti	3	2	6	6
<b>Katılımcılar ev içi şiddeti tanımlama/tespit etme konusunda profesyonel eğitim aldılar, %</b>	<b>5.0</b>	<b>23.5</b>	<b>10.0</b>	<b>12.0</b>
<b>Önceki eğitimlerde ele alınan konular, yanıt sayısı:</b>				
Risk faktörleri	2	3	5	3
Yönlendirmeler	0	5	5	1
Mevzuat	1	2	3	5
Yönergeler	0	4	4	2
<b>Profesyonel eğitim alınan yerler, yanıt sayısı:</b>				
Üniversite/Kolej (yükseköğretim)	2	5	4	3
Meslek okulu/Kolej (mesleki eğitim)	0	1	0	0
Devam eden eğitim	2	2	4	3

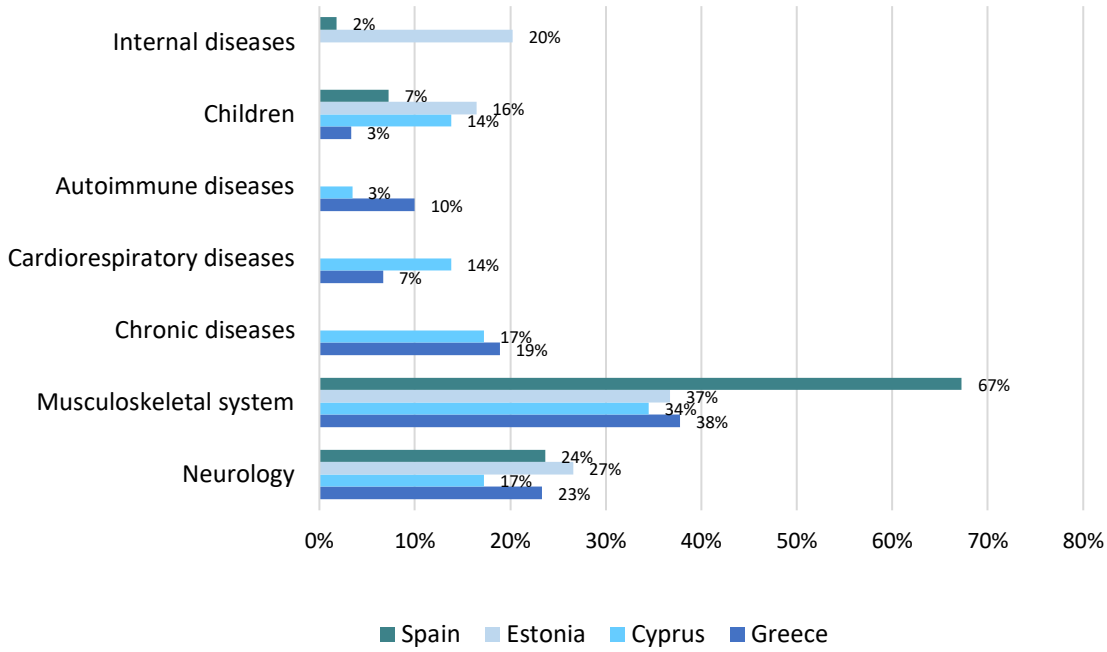
Yunanistan ve Kıbrıs'ta fizyoterapistler aşağıdaki uzmanlık alanlarında çalışmaktadır:

- Nöroloji
- Kas-iskelet sistemi
- Kronik hastalıklar
- Kardiyorespiratuvar hastalıklar
- Otoimmün hastalıklar
- Çocuklar

Estonya ve İspanya'da geçerli olan uzmanlıklar şunlardır:

- Nöroloji
- Kas-iskelet sistemi
- İç hastalıkları
- Çocuklar

Dört ülkenin tamamında, ankete yanıt veren fizyoterapistler tarafından en sık işaretlenen uzmanlık alanı kas-iskelet sistemidir; İspanya'da %67, Yunanistan'da %38, Estonya'da %37 ve Kıbrıs'ta %34 oranında belirtilmiştir. Fizyoterapistlerin ikinci en popüler uzmanlık alanı ise nörolojidir; Estonya'da katılımcıların %27'si, İspanya'da %24'ü, Yunanistan'da %23'ü ve Kıbrıs'ta %17'si bu uzmanlığı seçmiştir (bkz. Şekil 2).



Şekil 2. Fizyoterapistlerin çalıştığı uzmanlık alanları

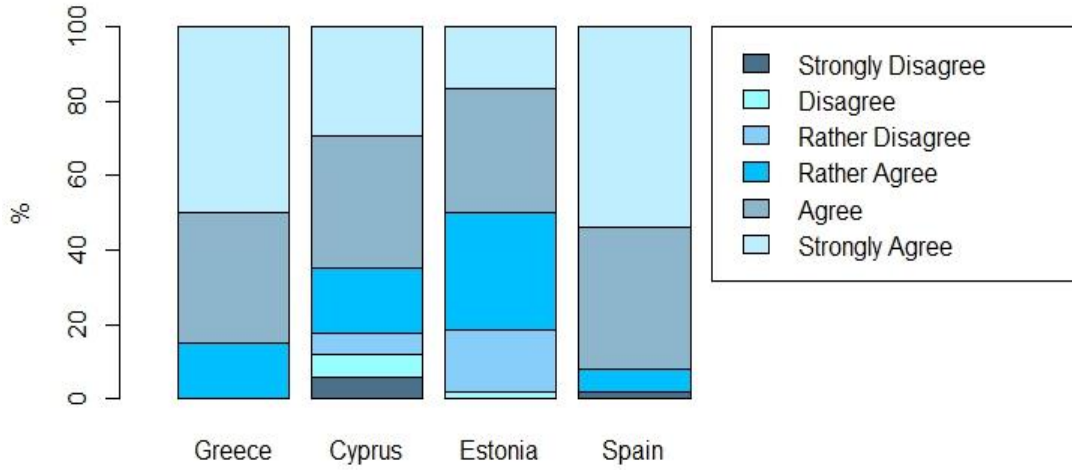
## 1.2. Görüş ve tutum ifadeleri

Çeşitli anket soruları, katılımcılardan 1 ile 6 arasında bir Likert ölçeğinde ifadelerle ne kadar hemfikir olduklarını seçmelerini gerektirmiştir; burada 1 “kesinlikle katılmıyorum” ve 6 “kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmektedir.

Şekil 3, fizyoterapistlerin ev içi şiddeti belirlemedeki rollerini nasıl değerlendirdiklerine ilişkin yanıtların dağılımını göstermektedir. Dört ülkenin tamamında, katılımcılar genellikle rollerinin önemli olduğu konusunda “kesinlikle katılıyorum” veya “katılıyorum” yanıtını vermiştir. Yunanistan’da, fizyoterapistlerin %15’i “katılıyorum”, %35’i “katılıyorum” ve %50’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vererek rollerinin önemli olduğunu belirtmiştir.

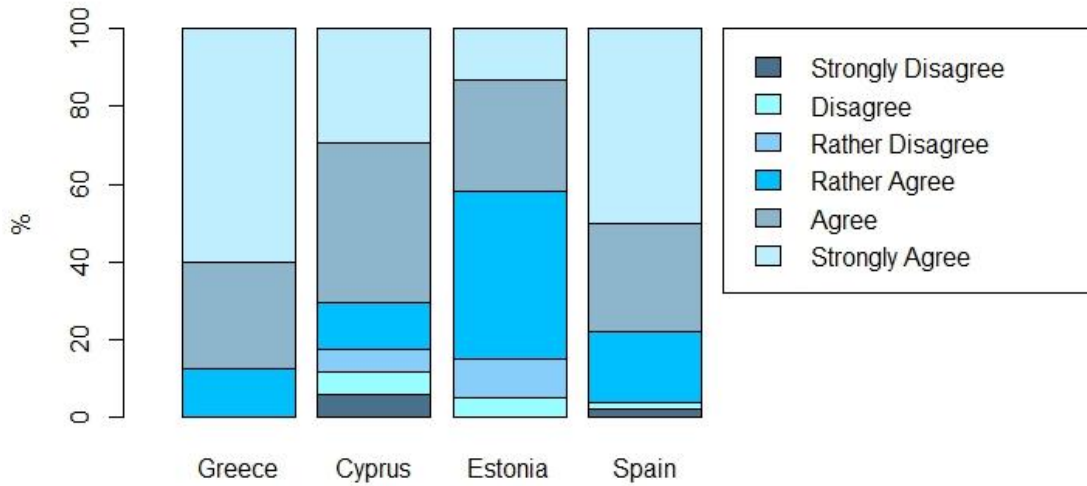
Kıbrıs’ta yanıtlar daha çeşitlidir. Katılımcıların bazıları (%5,9 her kategori için) ifadeye katılmadığını, kesinlikle katılmadığını veya katılmadığını belirtmiştir. %17,6’sı “katılıyorum”, %35,3’ü “katılıyorum” ve %29,4’ü “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Estonyalı fizyoterapistlerin %18,4’ü ev içi şiddet belirtilerini tanımlamadaki rollerinin önemli olmadığı konusunda katılmadığını veya katılmadığını belirtmiştir; %31,7’si “katılıyorum”, %33,3’ü “katılıyorum” ve sadece %16,7’si “kesinlikle katılıyorum” demıştır.

İspanyol fizyoterapistlerin yarısından fazlası (%54) rollerinin kritik olduğunu “kesinlikle katılıyorum” şeklinde belirtmiştir; %38’i “katılıyorum”, %6’sı “katılıyorum” ve %2’si “kesinlikle katılmıyorum” demıştır. Toplamda, ifadeye katılma eğiliminde olan katılımcılar %98’e ulaşmaktadır. Önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, Birleşik Krallık’ta ortopedik personelin %74’ü, YPŞ hakkında soru sormanın önemli/çok önemli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (Downie ve ark., 2019); bu oran mevcut çalışmaya göre daha düşüktür.



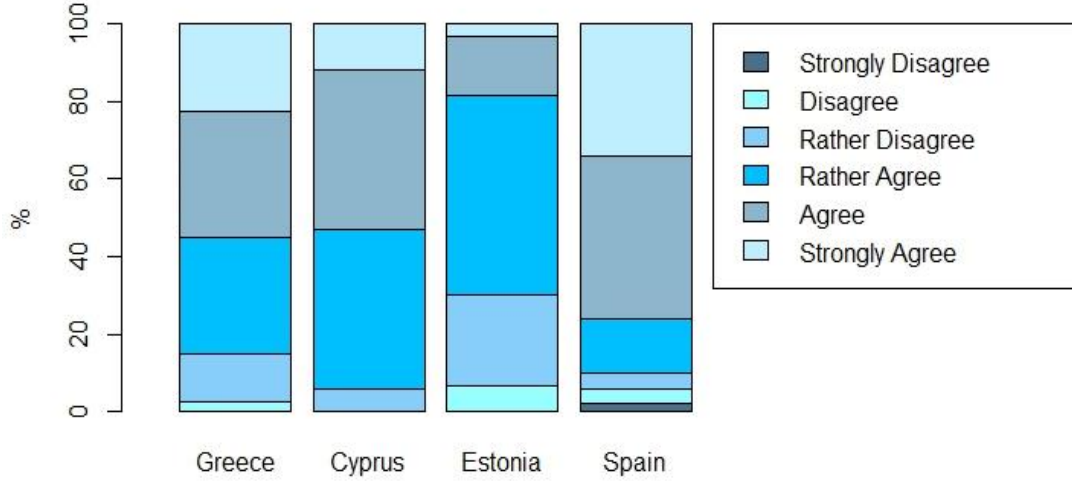
Şekil 3. Fizyoterapistlerin ev içi şiddeti belirlemedeki rolü

Ev içi şiddetin nasıl tespit edileceğine dair eğitimin fizyoterapistler için eğitim programlarına entegre edilmesi gerektiği fikri, genel olarak katılımcılar tarafından onaylanmıştır. Yunanistan'daki tüm katılımcılar, Kıbrıs'tan %82,4'ü, Estonya'dan %84,9'u ve İspanya'dan %96'sı bu ifadeye katılmakta, katılmakta ve kesinlikle katılmaktadır (bkz. Şekil 4).



Şekil 4. Ev içi şiddetin nasıl tespit edileceğine dair eğitim, fizyoterapistlerin eğitim programlarına entegre edilmelidir.

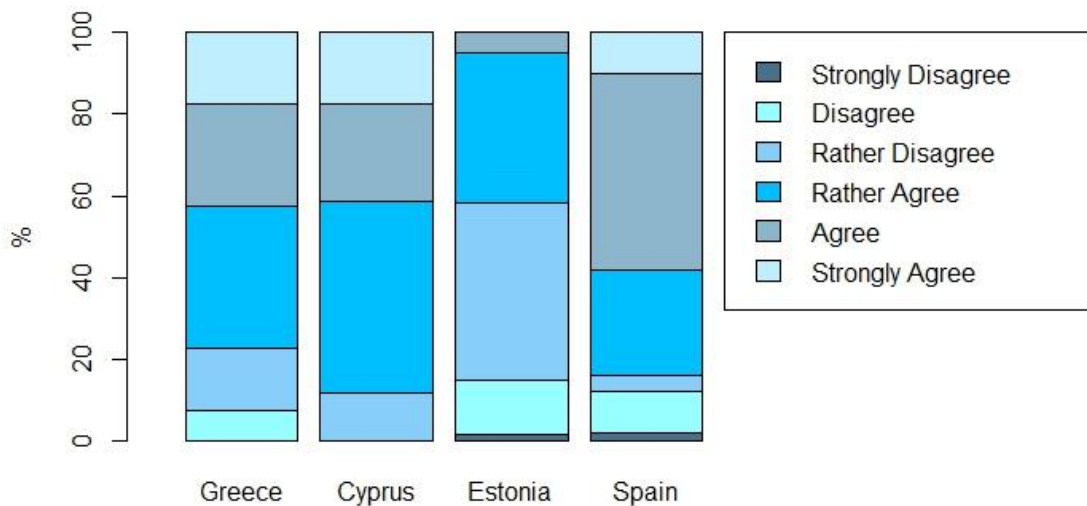
Yunanistan'daki fizyoterapistlerin %22,5'i fiziksel ev içi şiddet belirtilerini tanıyabileceklerine kesinlikle katıldığını, %32,5'i katıldığını, %30'u katıldığını, %12,5'i katılmadığını ve %2,5'i katılmadığını belirtmiştir (bkz. Şekil 5). Kıbrıs'ta, ifadeye katılan fizyoterapistlerin oranı (%5,9'unun katılmaması dışında), Yunanistan'dan daha yüksektir; bu da Kıbrıs'taki ortalama deneyim süresinin Yunanistan'dan daha yüksek olmasıyla uyumludur. Estonya, fiziksel ev içi şiddet belirtilerini tanıyabileceklerine katılmayan (%23,3) veya katılmayan (%6,7) en fazla fizyoterapisti göstermektedir. Estonya örneklemini, ortalama yaş açısından en genç ve aynı zamanda en az deneyime sahip olan gruptur. İspanya'da ankete katılan fizyoterapistlerin %10'u bir ölçüde katılmamakta, %90'ı ise bir ölçüde katıldığını belirtmektedir.



Şekil 5. Fiziksel ev içi şiddet belirtilerinin tanınması

Duygusal ev içi şiddet belirtilerinin tanımlanmasına ilişkin soruya yanıt verirken (bkz. Şekil 6), incelenen tüm ülkelerdeki fizyoterapistler genellikle daha az kendilerine güvenmektedir (fiziksel belirtilerle ilgili soruya kıyasla katılmayanların oranı daha yüksektir). Bu değişiklik, özellikle Estonya'da daha belirgindir. Estonyalı fizyoterapistlerin %58,3'ü kesinlikle katılmıyor, katılmıyor veya katılmıyor; %41,7'si ise bir ölçüde katılıyor. Bu sonuç, Estonya'daki fizyoterapistlerin duygusal (psikolojik) ev içi şiddet belirtilerini tanımlamada eğitim/öğretimde boşluklar olduğuna işaret edebilir.

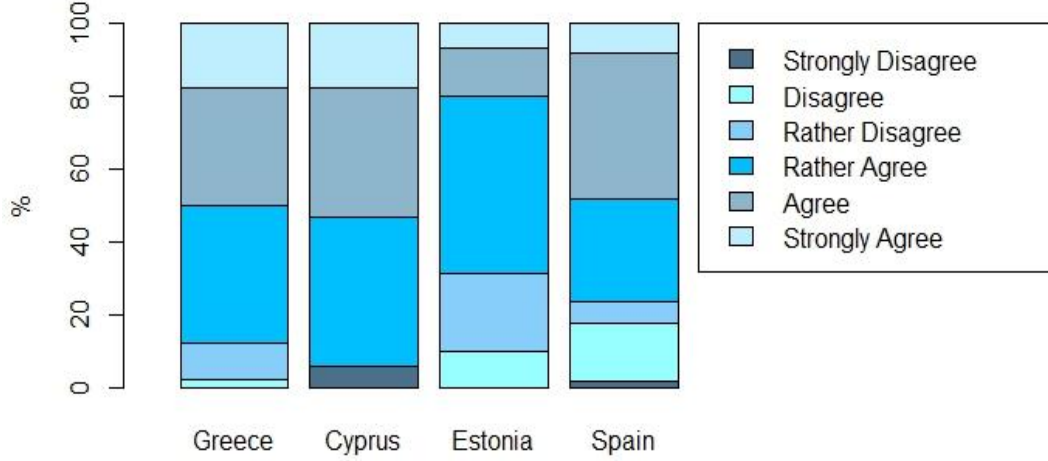
Dahası, önceki çalışmalar bu bulguları doğrulamaktadır. Örneğin, Macpherson ve ark. (2022), fizyoterapi müfredatının etik yetkinlikler ve psikoloji bilgisi açısından eksiklikleri olduğunu ortaya koymuştur. Fizyoterapi öğrencileri, başlangıçta DV mağdurlarına birebir konuşma yaklaşımı yerine, psikologlarla danışmaya daha fazla güvenmeyi tercih etmektedir. Buna ek olarak, McGrath ve ark. (2022), fizyoterapi eğitiminin bir parçası olarak ruh sağlığı konularının tanıtılması gerektiğini önermektedir.



Şekil 6. Duygusal ev içi şiddet belirtilerinin tanınması

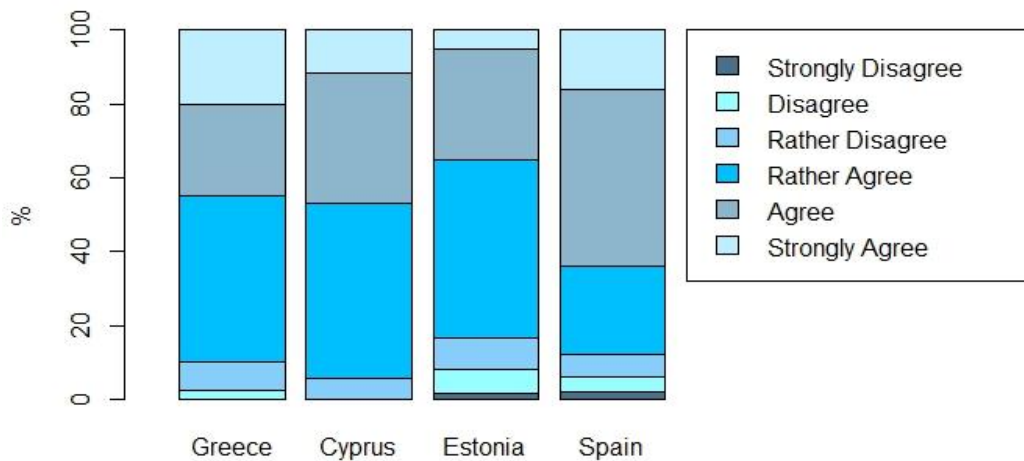
Şekil 7'de, Estonyalı fizyoterapistlerin %31,7'si ev içi şiddet mağdurlarına soruları nasıl yönelteceklerini ve onların yanıt vermeyi reddetmelerini en aza indirecek yolları bildiklerine

katılmamaktadır. Bu oran, Yunanistan (%12,5'i katılmayan veya katılmayan), Kıbrıs (%5,9'u kesinlikle katılmayan) ve İspanya (%24'ü ev içi şiddet mağdurlarıyla, yanıt vermeyi reddetmelerini en aza indirecek şekilde iletişim kurma yeteneklerini olumlu değerlendiremeyen) ülkeleri ile karşılaştırıldığında en yüksek orandır.

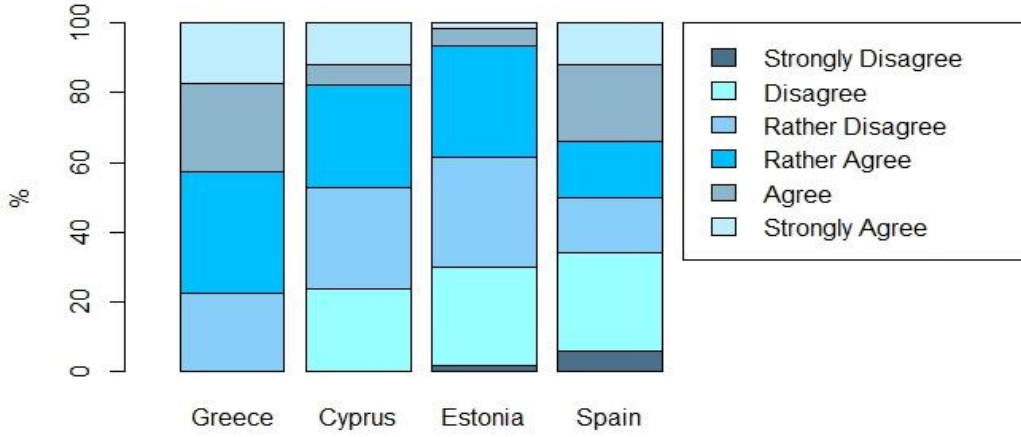


Şekil 7. Fizyoterapistlerin, ev içi şiddet mağdurlarına yanıt vermeyi reddetmelerini en aza indirecek şekilde soru sorma yöntemleri konusundaki farkındalığı

Yunanistan'daki tüm katılımcıların %2,5'i, ev içi şiddet mağdurlarını yardım aramaya teşvik edebilecek stratejileri bildiklerine katılmamaktadır (bkz. Şekil 8). Diğer %7,5'i katılmamaktadır, %45'i katılmaktadır, %25'i katılmaktadır ve %20'si kesinlikle katılmaktadır. Bu nedenle, Yunanistan'dan katılımcıların çoğunluğu (%90) genel olarak, ev içi şiddet mağdurlarını yardım aramaya teşvik edecek stratejilere sahip olduklarını düşündüklerini belirtmiştir. Kıbrıs'ta, katılımcıların %5,9'u, mağdurları yardım aramaya teşvik edecek stratejilere sahip olduklarına güvenmemektedir. İspanya'da, katılımcıların %12'si bu stratejilere sahip olduklarına katılmamış, %88'i ise katılmıştır. Estonya'da, %1,6'sı kesinlikle katılmamakta, %6,7'si katılmamakta ve %8,3'ü katılmamaktadır (bkz. Şekil 8). Bu, tüm ülkeler arasında ifadeye genel olarak katılmayanların en yüksek oranıdır (%16,6).

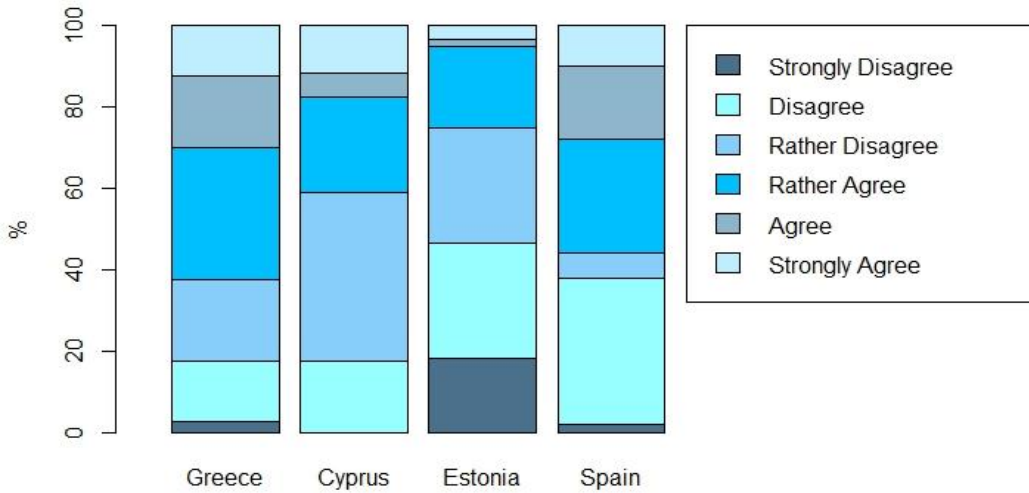


Şekil 8. Fizyoterapistlerin, ev içi şiddet mağdurlarını yardım aramaya teşvik edecek stratejiler konusundaki farkındalığı



Şekil 9'da, ev içi şiddete nasıl yanıt verileceğine dair bilgilere erişimle ilgili sorunun sonuçları gösterilmektedir. Yunanistan'daki katılımcıların %22,5'i, bu bilgilere erişimleri olduğunu belirtmeye katılmadıklarını rapor etmiştir. Katılımcıların sırasıyla %35'i katılmakta, %25'i katılmakta ve %17,5'i kesinlikle katılmaktadır.

Kıbrıs'ta %23,5'i katılmamakta, %29,4'ü katılmamakta, %29,4'ü katılmakta, %5,9'u katılmakta ve %11,8'i bilgilere erişimle ilgili ifadeye kesinlikle katılmaktadır. Ev içi şiddete nasıl yanıt verileceğine dair gerekli bilgilere erişimi olmayan fizyoterapistlerin oranı en yüksek Estonya'da görülmektedir: %1,7'si kesinlikle katılmamakta, %28,3'ü katılmamakta, %31,7'si katılmamakta olup, toplamda %61,7'si bu bilgilere genel olarak erişememektedir. Karşılaştırmak gerekirse, İspanya'da katılımcıların %50'si ifadeye genel olarak katılmamakta; diğer yarısı ise ya kesinlikle katılmakta (%12), katılmakta (%22) veya katılmaktadır (%16).



Şekil 10. Fizyoterapistlerin mağdurları uygun şekilde yönlendirme konusundaki güveni

Ev içi şiddet mağdurlarını uygun şekilde yönlendirme konusunda kendine güvenmeyen katılımcıların oranı Estonya'da en yüksektir ve toplamda %74,9'dur. Diğer üç ülke ile karşılaştırıldığında – Yunanistan'da fizyoterapistlerin %37,5'i, Kıbrıs'ta %58,8'i ve İspanya'da %44'ü ev içi şiddet mağdurlarını uygun şekilde yönlendirme konusunda kendilerine güvenmediklerini bir ölçüde belirtmektedir (bkz. Şekil 10).

### 1.3. Ev İçi Şiddeti Tanımlamada Pratik Deneyim

Sivagurunathan ve ark. (2019), Kanada ve ABD'den 189 fizyoterapisti incelemiş ve fizyoterapistlerin ve meslek terapistlerinin %66'sının YPŞ ile ilgili önceki deneyimlerini bildirmiştir. Mevcut çalışmada, AB ülkelerinden fizyoterapistlere, hastalarından en az birinde ev içi şiddetten şüphelenip şüphelenmedikleri sorulmuştur (bkz. Şekil 11).

Yunanistan'daki fizyoterapistlerin %57'si, Kıbrıs'taki %52,9'u, Estonya'daki %50'si ve İspanya'daki %48'i hastalarından en az birinde kötü muameleden şüphelendiklerini bildirmiştir. Ancak, yalnızca Yunanistan'daki fizyoterapistlerin %30'u, Kıbrıs'taki %17,6'sı, Estonya'daki %21,7'si ve İspanya'daki %40'ı şüphelendikleri hastalar için yönlendirme yapmıştır (bkz. Şekil 12). Downie ve ark. (2019), Birleşik Krallık'ta ortopedik personel ile yapılan bir ankette, katılımcıların %52'sinin hastalarından en az birinde YPŞ'yi ortaya çıkardığını, ancak sadece %24'ünün mevcut destek hakkında bilgi sahibi olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, bu çalışmanın bulgularıyla uyumludur.



Şekil 11. Hastalardan en az birinde ev içi şiddet şüphesi



Şekil 12. Şüphelenilen hastalar için önceki yönlendirmeler

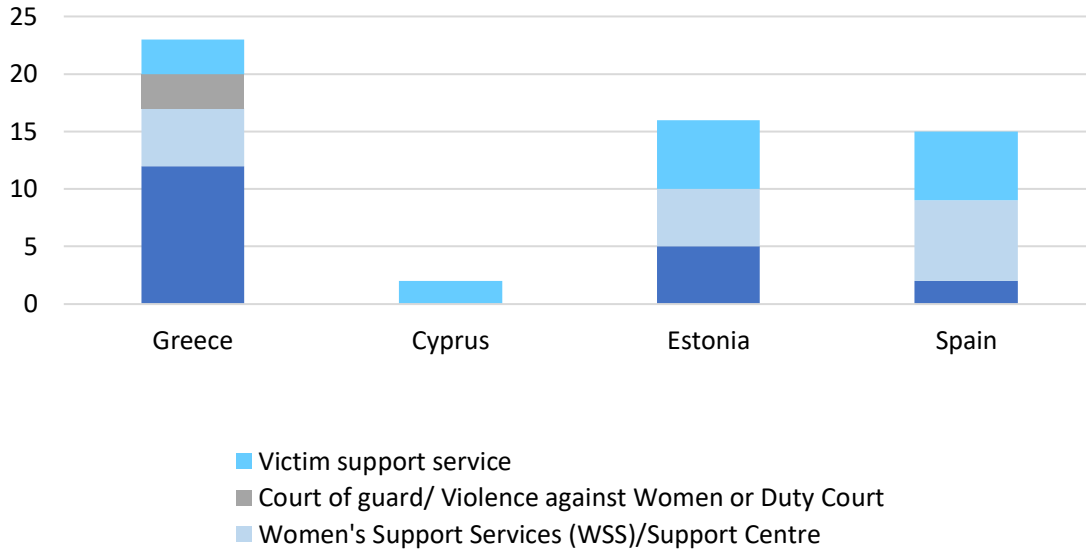
Howard'a (2008) göre, fizyoterapistler yaralanmaların ev içi şiddet sonucu olduğunu düşünseler de vakaları araştırma konusunda sıklıkla kendilerine güven duymamaktadırlar.





Yunanistan'daki fizyoterapistler, yönlendirmelerini ağırlıklı olarak polise yapmıştır (12 kişi bildirmiştir), ancak Kadın Destek Hizmetleri (KDH)/Destek Merkezi'ne (5 kişi), Nöbetçi Mahkeme/Kadına Yönelik Şiddet Mahkemesi veya Görev Mahkemesi'ne (3 kişi) ve Mağdur Destek Hizmeti'ne (3 kişi) de başvurmuşlardır (bkz. Şekil 13).

Kıbrıs'ta, bildirimler Mağdur Destek Hizmeti'ne yapılmıştır (2 kişi). Estonya'da, fizyoterapistler polise (5 kişi), Kadın Destek Hizmetleri (KDH)/Destek Merkezi'ne (5 kişi) ve Mağdur Destek Hizmeti'ne (6 kişi) bildirimde bulunmuştur. İspanya'da, polis (2 kişi), Kadın Destek Hizmetleri (KDH)/Destek Merkezi (7 kişi) ve Mağdur Destek Hizmeti (6 kişi) ev içi şiddet vakaları hakkında bilgilendirilmiştir.

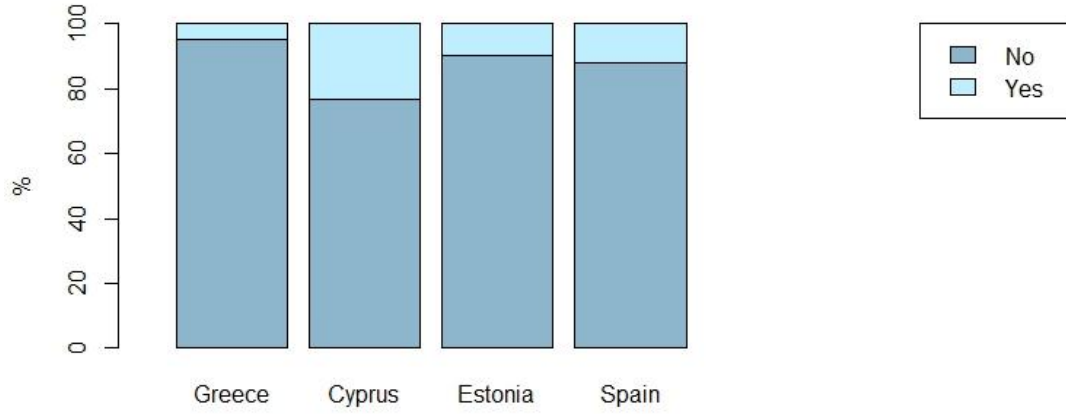


Şekil 13. Önceki yönlendirmeler için hizmet sağlayıcılar, bildirilen kişi sayısı

#### 1.4. Ev İçi Şiddetle İlgili Eğitim

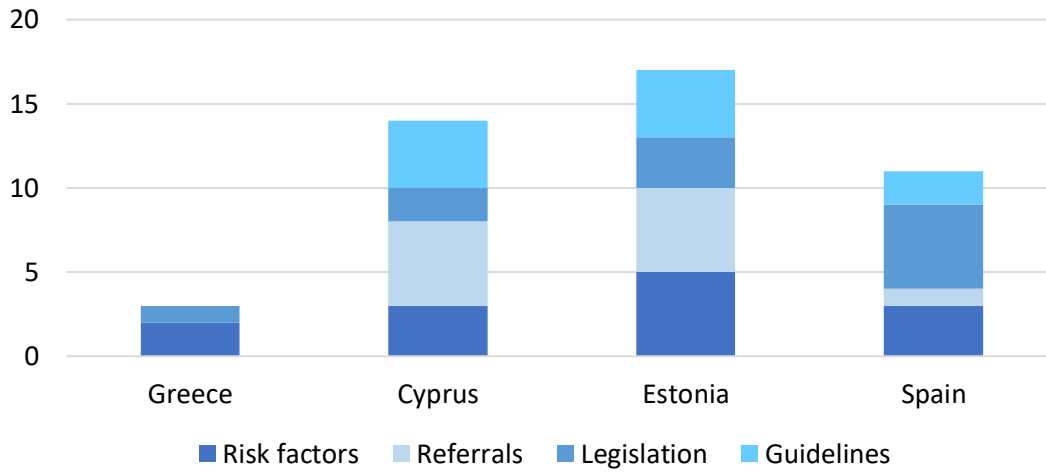
Madden ve diğerleri. (2015) ve Chapin, Coleman & Varner (2011)'a göre, fizyoterapistler için profesyonel eğitim, YPŞ'yi tanımlama yeteneğini artırmaktadır. YPŞ eğitimi, fizyoterapistler için eğitim programlarına dahil edilmelidir.

Şekil 14, Yunanistan'daki katılımcıların sadece %5'inin ev içi şiddeti tanımlama konusunda profesyonel eğitim aldığını bildirdiğini göstermektedir. En yüksek oran Kıbrıs'ta olup, anket katılımcılarının %23,5'i daha önce ev içi şiddeti tanımlama konusunda eğitim almıştır. Estonyalı fizyoterapistlerin %10'u ve İspanyol fizyoterapistlerin %12'si ev içi şiddeti tanımlama konusunda profesyonel eğitim almıştır.



Şekil 14. Ev içi şiddeti tanımlama konusunda profesyonel eğitim alan fizyoterapistler

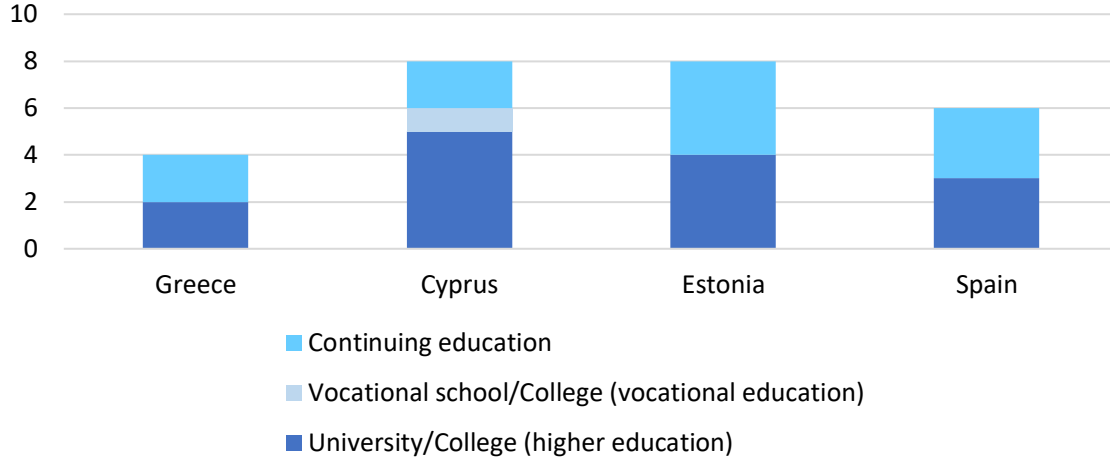
Önceki eğitimleri alanlar arasında, 3 katılımcı Yunanistan'da risk faktörleri ve mevzuat konularını öğrendiğini bildirmiştir (bkz. Şekil 15). Kıbrıs'ta ise 5 katılımcıya yönlendirmeler, 4 kişiye yönergeler, 3 katılımcıya risk faktörleri ve 2 katılımcıya mevzuat öğretilmiştir.



Şekil 15. Önceki profesyonel eğitimlerde ele alınan konular, bildirilen katılımcı sayısı

Estonya'da 5 katılımcı risk faktörlerini ve yönlendirmeleri öğrenmiştir. 4 katılımcı yönergeleri, 3 katılımcı ise mevzuatı öğrendiğini bildirmiştir. İspanya'da 5 katılımcı mevzuat eğitimi almış, 3 katılımcı risk faktörlerini, 2 katılımcı yönergeleri ve 1 katılımcı ise yönlendirme eğitimi aldığını bildirmiştir.

Şekil 16, ev içi şiddeti tanımlama konusunda profesyonel eğitimlerin alındığı kurumları göstermektedir. Dört ülkenin tamamında, katılımcılar eğitimlerini ağırlıklı olarak yükseköğretim kurumlarında – üniversite veya kolejlerde almıştır (Yunanistan'dan 2, Kıbrıs'tan 5, Estonya'dan 4 ve İspanya'dan 3 katılımcı). Bazı katılımcılar eğitimlerini sürekli eğitim yoluyla aldıklarını bildirmiştir (Yunanistan ve Kıbrıs'ta 2'şer, Estonya'da 4 ve İspanya'da 3 katılımcı). Kıbrıs'ta bir katılımcı, profesyonel eğitimini meslek okulu veya kolejde aldığını bildirmiştir.



Şekil 16. Ev içi şiddeti tanımlama konusunda profesyonel eğitim alınan kurumlar, bildirilen kişi sayısı

Önceki çalışmalar, fizyoterapistlerin beceri eksikliklerinin yanı sıra ev içi şiddet konusundaki tutum ve inançlarının da, mağdurlara doğru şekilde hizmet verme yeteneklerini engelleyebileceğini göstermiştir (Chapin, Coleman & Varner, 2011; Madden ve ark., 2015). Örneğin, Sivagurunathan ve ark. (2019), cinsiyet, çalışma ülkesi, YPŞ deneyimi, mesleki eğitim ve diğer faktörlerin, fizyoterapistlerin YPŞ hakkındaki inanç ve tutumlarını belirlediğini ortaya koymuştur.

Önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu araştırma yaş, deneyim ve fizyoterapi uzmanlık alanlarının, fizyoterapistlerin ev içi şiddet vakalarını tanımlama yeteneklerini etkilediğini ortaya koymaktadır. Daha deneyimli olan ve "Çocuklar" ve "Kronik hastalıklar" alanlarında çalışan fizyoterapistler, hastalarından en az birinde ev içi şiddetten şüphelenme olasılığı daha yüksektir. Bir fizyoterapist "Çocuklar" uzmanlığında çalışıyorsa, hastalarından en az birinde ev içi şiddet şüphesi olasılığı %25 daha yüksek, "Kronik hastalıklar" alanında çalışıyorsa bu olasılık %34 daha yüksektir (bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Hastalardan en az birinde ev içi şiddet öngörücülerinin lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Katsayı	p-değeri	Ortalama marjinal etkiler
<b>Kesişim</b>	-1.955e+00 (9.676e-01)	0.0434*	-0.42
<b>Menşe Ülke:</b>			
Kıbrıs	-4.901e-02 (7.402e-01)	0.9472	-0.01
Estonya	-1.653e-01 (6.237e-01)	0.7910	-0.04
Ispanya	-3.023e-01 (5.551e-01)	0.5860	-0.06
<b>Cinsiyet (kadın)</b>	1.718e-01 (4.273e-01)	0.6877	0.04
<b>Eğitim</b>	4.373e-01 (8.472e-01)	0.6057	0.09
<b>Yaş</b>	3.708e-02 (1.728e-02)	0.0319*	0.008
<b>İş yeri:</b>			

Değişkenler	Katsayı	p-değeri	Ortalama marjinal etkiler
özel (evet/hayır)	6.522e-04 (5.717e-01)	0.9991	0.00
kamu (evet/hayır)	2.819e-01 (5.864e-01)	0.6307	0.06
<b>Eğitim Yeri:</b>			
Üniversite	-1.076e+00 (7.424e-01)	0.1473	-0.23
Mesleki	-1.223e+01 (8.827e+02)	0.9889	-2.61
Devam eden eğitim	3.463e-01 (9.822e-01)	0.7244	0.07
<b>Fizyoterapi uzmanlıkları</b>			
çocuklar	1.150e+00 (5.561e-01)	0.0386*	0.25
nöroloji	2.149e-01 (3.843e-01)	0.5760	0.05
Kas-iskelet sistemi	2.641e-01 (3.961e-01)	0.5048	0.06
Kronik hastalıklar	1.586e+00 (7.661e-01)	0.0384*	0.34
Kardiyorespiratuvar hastalıklar	-5.820e-01 (9.333e-01)	0.5329	-0.12
Otoimmün hastalıklar	-8.589e-01 (9.752e-01)	0.3785	-0.18
İç hastalıkları	1.721e-01 (6.042e-01)	0.7758	0.04
<b>Pseudo R<sup>2</sup></b>	0.11		
<b>N</b>	167		

Not: Standart hatalar parantez içinde belirtilerek lojistik regresyon katsayıları verilmiştir. Bağımlı değişken, hastalardan en az birinde ev içi şiddetten şüphelenme durumudur (1 = evet, 0 = hayır).

\*\*\* $p \leq 0.001$ , \* $p \leq 0.01$ ,  $p \leq 0.05$

Modelin uyum iyiliğini ölçmek için McFadden'ın Pseudo R-kare değeri hesaplanmıştır.  $R^2 = 0.11$ , modelin verideki varyasyonun yalnızca %11'ini açıkladığını göstermektedir.

Hastalardan en az birinde ev içi şiddetten şüphelenen ve şüphelenmeyen fizyoterapistler arasındaki karşılaştırma, Chi-kare testi ile yapılmıştır. Null hipotez varsayımı, hastalarından en az birinde ev içi şiddetten şüphelenen ve şüphelenmeyen fizyoterapistler arasında fark olmadığıdır. p-değeri 0.8279 olduğundan (p-değeri > 0.05), null hipotez reddedilemez, bu da farklı ülkelerden fizyoterapistlerin bu soruya yanıtının değişmediği anlamına gelir.

Hem t-testi (p-değeri = 0.3524) hem de Chi-kare testi (p-değeri = 0.4464), hastalarından en az birinde ev içi şiddetten şüphelenme konusunda erkek ve kadın fizyoterapistler arasında fark olmadığını ve yönlendirme yapma konusunda da cinsiyete dayalı bir fark olmadığını doğrulamaktadır (t-testi ve Chi-kare testi için sırasıyla p-değeri = 0.843 ve p-değeri = 1).



Hastalardan en az birinde ev içi şiddetten şüphelenen ve şüphelenmeyen fizyoterapistlerin ortalama deneyimlerinin karşılaştırılması t-testi ile yapılmıştır ve ilk grubun ortalama mesleki deneyimi 15.6 yıl, ikinci grubun ise 11.4 yıldır. Bu fark, p-değeri 0.007282 ile istatistiksel olarak anlamlıdır; bu da mesleki deneyimin, fizyoterapistlerin ev içi şiddet vakalarını tanımlama yeteneklerini önemli ölçüde etkilediği anlamına gelir.

Mesleki deneyim yılları, fizyoterapistlerin şüphelenilen hastalar için yönlendirme yapma kararlarını da etkiler. Hastalar için yönlendirme yapan ve hiç yönlendirme yapmayan fizyoterapistlerin ortalama mesleki deneyimleri arasındaki fark, t-testi p-değeri = 0.0007958 ile istatistiksel olarak anlamlıdır.

## Özet

Ev içi şiddet (EİŞ), farklı sosyal statülerde, yaşlarda ve cinsiyetlerde insanları etkileyen küresel bir sorundur. Toplumda EİŞ'in yüksek yaygınlığı göz önüne alındığında, sağlık personelinin EİŞ vakalarını nasıl tanımlayacakları ve doğru şekilde yönlendirecekleri konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Fizyoterapistlerin EİŞ konusundaki eğitimi ABD, Kanada ve Avustralya'da önemli ölçüde ilgi görmesine rağmen, Avrupa ülkelerinde yeterince araştırılmamıştır. Bu nedenle, bu çalışma, Avrupa ülkelerinde fizyoterapi sağlık personelinin EİŞ'i tanımlama ve doğru müdahale etme konusundaki bilgi eksikliğinden motive olmuştur.

Çevrimiçi anket yardımıyla, fizyoterapistlerin EİŞ belirtilerini (fiziksel ve duygusal) tanımlama konusundaki bilgi, tutum ve deneyimleri ile Estonya, Yunanistan, İspanya ve Kıbrıs'ta doğru yönlendirme yapmaya hazır olmaları haritalanmıştır.

Dört ülkenin tamamında, katılımcıların çoğunluğu ağırlıklı olarak kas-iskelet fizyoterapi uzmanlığını temsil eden kadın fizyoterapistlerden oluşmaktadır. Katılımcılar, ağırlıklı olarak Yunanistan, Kıbrıs ve İspanya'da özel muayenehane veya tıp merkezlerinde çalışmaktadır. Estonya'da ise çoğunluk kamu kliniklerinde veya hastanelerde çalışmaktadır.

İstatistiksel olarak analiz edilen sonuçlar (tanımlayıcı istatistikler ve lojistik regresyon uygulanarak), incelenen ülkelerdeki fizyoterapistlerin, duygusal EİŞ belirtilerini tanımlamada genel olarak fiziksel EİŞ'e göre daha az kendilerine güvendiklerini göstermektedir. Bu durum özellikle Estonya'da belirgindir. Ayrıca, katılımcıların yaklaşık yarısı daha önce hastalarından en az birinde kötü muameleden şüphelenmiş olsa da, hepsi şüphelendikleri hastalar için yönlendirme yapmamıştır. Yaş, deneyim ve uzmanlık, fizyoterapistlerin EİŞ vakalarını tanımlama yeteneklerini etkilemektedir. Daha deneyimli olup "Çocuklar" ve "Kronik hastalıklar" alanında çalışan fizyoterapistlerin, hastalarından en az birinde EİŞ'ten şüphelenme olasılığı daha yüksektir. Bir fizyoterapist "Çocuklar" uzmanlığında çalışıyorsa, hastalarından en az birinde EİŞ şüphesi olasılığı %25 daha yüksek, "Kronik hastalıklar" uzmanlığında çalışıyorsa bu olasılık %34 daha yüksektir. Ayrıca, mesleki deneyim yılları, fizyoterapistlerin şüphelenilen hastalar için yönlendirme yapma kararlarını olumlu yönde etkilemektedir.



## Kaynaklar

- Alshammari, K. F., McGarry, J., Awoko Higginbottom, G. M. (2018). Hemşire eğitimi ve kadınlara yönelik ev içi şiddet ve kötü muameleye ilişkin anlayış: Literatürün bütünleştirici bir incelemesi. *Nursing Open*: 1-17.
- Alvarez, C., Fedock, G., Trister Grace, K., Campbell, J. (2016). Sağlayıcı Tarama ve Partner Şiddeti Danışmanlığı: Uygulamalar ve Etkileyen Faktörlerin Sistematik İncelemesi. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5): 479-495.
- Australian Institute of Health and Welfare (2018). Family, domestic and sexual violence in Australia 2018. Cat. no. FDV 2. Canberra: AIHW. Available at: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d1a8d479-a39a-48c1-bbe2-4b27c7a321e0/aihw-fdv-2.pdf.aspx?inline=true>
- Ballan, M. S., Freyer, M. B., Powledge, L. (2017). Engelli Erkekler Arasında Partner Şiddeti: Sağlık Hizmeti Sağlayıcılarının Rolü. *American Journal of Men's Health*, 11(5): 1436-1443.
- Campbell, J., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., Wynne, C. (2002). Partner Şiddeti ve Fiziksel Sağlık Sonuçları. *Arch Intern Med.*, 162(10): 1157–1163.
- Carlson, B.E., Worden, A.P. (2005). Kadına Yönelik Şiddet Hakkındaki Tutum ve İnançlar: Bir Kamuoyu Anketinin Sonuçları. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10): 1197-1218.
- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., Macmillan, H. L. (2013). İhlal Riskini En Aza İndirmek: Acil Servislerde Partner Şiddeti Açıklamalarının Bir Temelli Kuramı. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6): 1366–1376.
- Chapin, J. R., Coleman, G., Varner, E. (2011). Evet, Yapabiliriz! Partner Şiddeti İçin Tıbbi Taramanın İyileştirilmesi. *Journal of Injury & Violence Research*, 3(1): 19-23.
- Clark, C. J., Alonso, A., Everson-Rose, S. A., Spencer, R.A., Brady, S. S., Resnick, M. D., Borowsky, I. W., Connett, J. E., Krueger, R. F., Nguyen-Feng, V. N. (2016). Geç Ergenlik ve Genç Yetişkinlikte Partner Şiddeti ve Yetişkinlikte Kardiyovasküler Risk. *Preventive Medicine*, 87: 132-137.
- Clark, T. J., McKenna, L. S., Jewell, M.J. (1996). Klinik Ortamlarda Kadına Şiddeti Tanıyan Fizik Tedavi Uzmanları. *Physical Therapy*, 76(1): 12-18.
- Downie, S., Madden K., Bhandari, M., Jariwala, A. C. (2019). Ortopedik Travma Hastalarında Partner Şiddeti Farkındalığı Üzerine Personel Bilinci Üzerine Prospektif Bir Anket Çalışması. *Surgeon*, 17(4): 207-214.
- European Institute for Gender Equality. Gender-based violence. Available at: <https://eige.europa.eu/gender-based-violence>



- European Gender Equality Institute (EIGE). (2022). Gender equality index (European Institute for Gender Equality) Available at: <https://eige.europa.eu/newsroom/news/gender-equality-index-2022-gender-equality-under-threat-specific-groups-hardest-hit#:~:text=The%20freshly%20launched%20Gender%20Equality,points%20higher%20than%20in%202010.>
- Eurostat (2023). Practising physiotherapists. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/b273df46-d28b-4cde-b48a-c09db18af6bf?lang=en>
- FRA. (2014). Violence against women: an EU-wide survey (European Union Agency for Fundamental Rights). Available at: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf).
- Haag, H.L., Jones, D., Joseph, T., Colantonio, A. (2022). Şiddete Uğrayan ve Beyin Yaralanan: Partner Şiddeti Mağduru Kadınlarda Travmatik Beyin Yaralanması - Bir Kapsam İncelemesi. Trauma Violence Abuse, 23(4): 1270-1287.
- Hayden, A., Gelsthorpe, L., Morris, A. (2014). A Restorative Approach to Family Violence. Changing Tack. Routledge.
- Hegarty, K., Roberts, G. (1998). Kadına Yönelik Ev İçi Şiddet Ne Kadar Yaygındır? Prevalans Çalışmalarında Partner Şiddeti Tanımı. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22(1): 49-54.
- Howard, J. (2008). Domestic Violence Screening: Findings of a Pilot Project Conducted by Allied Health Staff in Community Health. Australian Journal of Primary Health, 14(1): 43 – 51.
- McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L., Sege, R. (2007). Şiddet Gören Kadınlar Sağlık Hizmetlerine Müdahaleyi Açıklıyor: Tanınmayan Bir Şiddet Şekli. Journal of General Internal Medicine, 22(8): 1067–1072.
- Madden, K., Sprague, S., Petrisor, B. A., Farrokhyar, F., Ghert, M. A., Kirmani, M., Bhandari, M. (2015). Ortopedik Asistanlar Partner Şiddeti Kursu Sonrası Bilgilerini Koruyor: Bir Eğitim Çalışması. Clinical Orthopaedics and Related Research, 473: 2415-2422.
- McGrath, R. L., Parnell, T., Verdon, S., Pope, R. (2022). "İnsanlar Acı Çekiyor ve Biz Bunu Görüyoruz": Fizyoterapistler Tarafından Karşılaşılan Hasta Psikolojik Sıkıntı Türleri Üzerine Nitel Bir Çalışma. Physiotherapy Theory and Practice.
- Machtinger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: the promise of trauma-informed primary care. Women's Health Issues, 25(3): 193–197.
- Macpherson, I., Roqué, M.V., Martín-Sánchez, J.C., Segarra, I. (2022). Etik Karar Verme





Sürecinde Diş Hekimliği, Hemşirelik ve Fizyoterapi Öğrencilerinin Durum Tabanlı Öğrenim Yoluyla Analizi. *European Journal of Dental Education*, 26(2): 277-287.

Pinto Dias, A. L., de Almeida, A. M., Cabral Schweitzer, M., Queiroga Souto, R. (2020). Şiddet Durumlarında Yaşlılara Yönelik Fizyoterapötik Müdahaleler: Kapsam İncelemesi. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(3): 1-15.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L.L., Feder, G. (2002). Sağlık Profesyonelleri Kadınlarda Ev İçi Şiddeti Taramalı mı? Sistemik İnceleme. *British Medical Journal*, 325(10): 1-13.

Rhodes, K., Levinson, W. (2003). Kadına Yönelik Partner Şiddetine Karşı Müdahaleler. *Journal of the American Medical Association*, 89(5): 601-605.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Cáliz-Cáliz, R., Rodríguez-Calvo, I., García-Sánchez, A., Ferrer-González, M.A., Guzmán-Úbeda, M., del Río-Lozano, M., López-Chicheri García, I. (2009). Fibromiyalji İçin Risk Faktörleri: Kadına Yönelik Şiddetin Rolü. *Clinical Rheumatology*, 28: 777-786.

Sivag

## Ek 1. Aile içi şiddet ve fizyoterapi ile ilgili literatür taramasının özeti

Konu	Yöntemler	Yazar	Ülke
İPŞ hakkında el terapistlerinin inançları ve tutumları	Anket tanımlayıcı istatistikleri ve Mann-Whitney U analizi	Sivagurunathan ve diğerleri. (2019)	Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri
Fizyoterapi eğitimi	Nitel araştırma yaklaşımı	McGrath ve diğerleri. (2022)	-
Fizyoterapi eğitimi	Anket analizi	Chapin ve diğerleri. (2011)	ABD
İPŞ eğitimi hakkında bilgi, tutum ve uygulamalar	Anket	Madden ve diğerleri. (2015)	Kanada
Ev içi şiddet tanımlama ve eğitim	Anket	Clark, McKenna, Jewell (1996)	ABD
Yaşlılara yönelik şiddet	Kapsam incelemesi	Pinto Dias ve diğerleri. (2020)	-
İPŞ taraması	Literatür incelemesi	Walton ve diğerleri. (2015)	-
İPŞ farkındalığı	Anket	Downie ve diğerleri. (2019)	Birleşik Krallık
Fizyoterapistlerin DV mağdurlarıyla başa çıkma konusunda etik ve psikolojik hazırlığı	Anket ve istatistiksel analiz	Macpherson ve diğerleri. (2022)	Avrupa
Ev içi şiddet tarama ve eğitim	Anket ve mülakatlar	Howard (2008)	Avusturalya
Kadınlar için ev içi şiddet taraması	Literatür incelemesi	Ramsay ve diğerleri. (2002)	-
İPŞ tarama aracı	Anket ve uzman incelemesi	Walton ve diğerleri. (2017)	ABD

Source: compiled by the authors.



## Ek 2. Fizyoterapi ve Ev İçi Şiddet Konulu Anket Soruları

Bu ankete katılmayı kabul ediyorum ve yanıtlarımın ilerideki araştırmalarda, analizlerde ve yayınlarda kullanılmasına izin veriyorum.

### Görüş Bildirimi

Her soru için lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz:

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılma Eğilimin deyim	Katılma eğilimin deyim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Fizyoterapistlerin ev içi şiddeti tanımlamadaki rolü önemlidir.						
2. Ev içi şiddeti tanımlama eğitimi, fizyoterapistler için eğitim programlarına entegre edilmelidir.						
3. Fiziksel ev içi şiddet belirtilerini tanıyabileceğime inanıyorum.						
4. Duygusal ev içi şiddet belirtilerini tanıyabileceğime inanıyorum.						
5. Mağdurlara soruları yanıtlamalarını reddetmelerini en aza indirecek şekilde sorabileceğim yollar var.						
6. Ev içi şiddet mağdurlarını yardım aramaya teşvik etmek için kullanabileceğim stratejiler var.						
7. Ev içi şiddete nasıl yanıt verileceğine dair bilgilere						



erişimim var						
8. Mağdurları uygun şekilde yönlendirebileceğim konusunda kendime güveniyorum.						

### Pratik Deneyim

**9. Hastalarınızdan en az birinde ev içi şiddetten şüphelendiniz mi?**

Evet Hayır

**10. Şüphelendiğiniz hastalar için hiç yönlendirme yaptınız mı?**

Evet Hayır

**11. Geçmişte yönlendirme yaptıysanız, hangi hizmet sağlayıcılara yaptınız?**

Polis

Kadın Destek Hizmetleri (KDH)/Destek Merkezi

Nöbetçi Mahkeme/Kadına Yönelik Şiddet veya Görev Mahkemesi

Mağdur Destek Hizmeti

Diğer

Lütfen belirtiniz \_\_\_\_\_

### Ev İçi Şiddetle İlgili Eğitim ve Öğretim

**12. Ev içi şiddeti tanımlama konusunda profesyonel eğitim aldınız mı?**

Evet Hayır

**13. Evetse, bu önceki profesyonel eğitimlerde hangi konular ele alındı?**

Risk faktörleri

Yönlendirmeler

Mevzuat

Yönergeler

Diğer

Lütfen belirtiniz \_\_\_\_\_

**14. Eğitimi nerede aldınız?**

Üniversite/Kolej (yükseköğretim)

Meslek okulu/Kolej (mesleki eğitim)

Sürekli eğitim

Diğer

Lütfen belirtiniz \_\_\_\_\_

### Geçmişiniz

**15. Hangi tıbbi kurumda çalışıyorsunuz?**

Özel muayenehane/özel tıp merkezi



Kamu kliniği/hastane

Diğer

Lütfen belirtiniz \_\_\_\_\_

**16. Hangi fizyoterapi uzmanlığında çalıştığınızı işaretleyiniz**

Nöro

Kas-iskelet sistemi

İç hastalıkları

Kronik hastalıklar (Yunanistan ve Kıbrıs)

Kardiyorespiratuvar hastalıklar (Yunanistan ve Kıbrıs)

Otoimmün hastalıklar (Yunanistan ve Kıbrıs)

Çocuklar

Diğer

Lütfen belirtiniz \_\_\_\_\_

**17. Kaç yıllık mesleki deneyiminiz olduğunu belirtiniz**

**18. Yaşınızı belirtiniz**

**19. Cinsiyetinizi belirtiniz**

Erkek

Kadın

Diğer