

Toplum sağlığı sorunu olarak kadınlara yönelik şiddet

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni ve aynı fakültede 1991 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini bitirdi. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2010 yılında iş idaresi master programını ve sağlık kurumları yöneticiliği programını tamamladı. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi öğretim üyesi olup aynı zamanda Rektör Yardımcılığı görevini de sürdürmektedir. Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi, editörlüğünü yaptığı 10'dan fazla tıp kitabı ve 1 kısa film senaryosu mevcuttur.

Teknolojik iletişim kanallarının giderek artmasına rağmen gönülden gönüle olan iletişim giderek azalmakta, bunun bir sonucu olarak da şiddet, global bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Ne yazık ki insanın uyguladığı şiddet yalnızca diğer insanlara karşı değil; çevreye, havaya, suya, toprağa, huzura, refaha ve demokrasiye kadar uzanmaktadır. Kadınlara yönelik şiddet ise ister gelişmiş, ister az gelişmiş olsun, hemen hemen tüm ülkelerde ve tüm kültürlerde bulunmaktadır. Şiddet, kadınların ve kızların ruhsal ve fiziksel sağlığı kadar, çocuklarının, ailelerinin ve tüm toplumun sağlığını da derinden etkilemektedir. Çocukların dünyasında daha 1 yaşından başlayarak bilgisayar oyunları, televizyon ekranları ve diğer iletişim vasıtaları aracılığı ile binlerce dayak, işkence, cinayet, hırsızlık, tecavüz ve ölüm görüntüleri yer almakta; buna karşılık şefkat, merhamet, vefa, acıma, yardımlaşma gibi değerlere çok az yer verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre, dünyadaki kadınların neredeyse % 30'u şiddete maruz kalmaktadır (1). Şiddet yalnızca fiziksel şiddet olarak düşünülmemelidir. Tanıdık kişiler, arkadaşlar veya yabancılar tarafından yapılan cinsel tacizler, tecavüzler, şiddet için başka kişilere yapılan aracılıklar, kadın sünneti, erken ve zorla

evlendirilme ve töre cinayetleri de şiddet kapsamı içindedir. Yalnızca Afrika'da her yıl 3 milyona yakın kız çocuğu, kadın sünneti riski ile karşı karşıyadır (2). Dünyada her yıl 70 milyondan fazla kız çocuğu, 18 yaşından önce evlendirilmektedir (3). Ülkemizde ise 2002-2011 döneminde resmi rakamlara göre 4 bin 410 kadın öldürülmüş, 2002-2009 yılları arasında şiddet ve cinayetler nedeniyle toplam 12 bin 678 dava açılmış, 15 bin 564 kişi yargılanmış, 5 bin 736'sı mahkûm edilirken 794 kişi için denetimli serbestlik kararı verilmiştir. Yalnızca Şubat 2010- Ağustos 2011 arasındaki 19 aylık sürede 78 bin 500 aile içi şiddet olayı kayıtlara geçmiştir (4). Yine Emniyet Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre evli kadınların % 39'u fiziksel şiddete, % 15'i cinsel şiddete, % 42'si fiziksel veya cinsel şiddete, % 44'ü duygusal şiddete veya istismara maruz kalmaktadır (5). Buna karşılık; son yıllarda şiddetin, şiddete yol açan faktörlerin anlaşılması ve önlenmesine yönelik birçok toplumsal önlem ve kampanyaların yanı sıra bazı adli ve sağlık önlemleri de alınmaya başlanmıştır. Alınan ilk önlemler arasında, şiddet görmüş kadınlara gerekli desteklerin verilmesi ve hukuki düzenlemelerin yapılması yer alırken daha sonra şiddete yol açan faktörlerin ve şiddet davranışlarının azaltılmasına yönelik eğitici faaliyetlere yer verilmeye başlanmıştır. Önleme, daha önce hiç

şiddet görmemiş kadınlara yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olduğu kadar, şiddet görmüş kadınların tekrar görmesinin önlenmesine yönelik de düşünülmelidir. Diğer yandan şiddetin fiziksel, mental, cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili sonuçları, ciddi miktarlarda sağlık harcamasına da yol açmaktadır. Sağlık personeli de, birçok kez bilerek veya bilmeyerek şiddete uğramış kadınlar ile muhatap olmaktadır.

Eşinden şiddet gören kadınlara yönelik girişimler genellikle kadın merkezli olup; danışmanlık, daha sonraki riskleri azaltmak ve psikososyal ve fiziksel sağlıklarını desteklemeye ve düzeltmeye yöneliktir. Bu girişimler genellikle sağlık merkezlerinde yapılmaktadır. Bu girişimlerle kadınlara yönelik şiddette az da olsa azalma meydana gelse de depresyon riskinin çok daha fazla azaltılabileceği ortaya konmuştur (6). Danışmanlık ve ev ziyaretlerinin etkileri ise çok daha fazladır. Erkeklerle yönelik eğitim programlarının başarısı ise çok daha düşüktür. Öfke kontrolü, kognitif davranış tedavileri ile "güç tedavisi" yapılabilmesine rağmen birçok erkeğin bu tedavilere tam olarak devam etmediği ve eğitimden kaçtığı göz önüne alınmalıdır. Liselerde yapılan bazı eğitimlerin sonucunda ise olumlu sonuçlar alınmıştır (7). Bu arada, yapılacak yasal düzenlemelerin etkisini de göz ardı

Bazı ülkelerde, kültürel özelliklerden dolayı, cinsel tecavüzlerin itiraf edilmesi zor veya geç olabilir. Sağlık personelinin bu konudaki deneyimi belirleyici olacaktır. Her ülkenin bu konuda kendi yaklaşımını ve protokollerini geliştirmesi yerinde olur. Kadınların çok sık gittiği toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri, kadın doğum poliklinikleri, aile planlaması klinikleri ve çocuk poliklinikleri, ilk ipuçlarının alındığı yerler olabilir.

etmemek gerekir. Örneğin ABD'de 1994 yılında "Kadına Karşı Şiddet Yasası" yürürlüğe girdikten sonra, kadınların eşleri tarafından maruz kaldığı şiddet oranı 1993 - 2008 döneminde % 53, ölümlü vakalar ise % 26 oranında azalmıştır (8). Gelişmekte olan ülkelerde de hukuksal düzenlemelerin yapılması ve polislerle hâkimlerin konuyla ilgili eğitilmelerine rağmen, destek programları için yeterli bütçenin ayrılamaması ve erkek-egemen polis ve yargı sistemi nedeniyle istenilen düzelmeler tam olarak gerçekleşememiştir. Ülkemizde de şiddete uğrayan kadınların doğrudan ve hızlı bir şekilde polisi arayabilecekleri özel bir telefon hattı devreye girmiş olmasına rağmen, şiddet konusunda ne derecede azalma sağladığı bilinmemektedir. Şiddet kurbanlarına sağlık hizmeti sağlayacak sağlık merkezleri genellikle genel hastaneler içinde konuşlandırılmıştır. Bu merkezler, aile içi şiddetin yanı sıra tecavüze uğrayan kadınlara da sağlık hizmeti sağlamaya çalışmaktadır. Bazı ülkelerde bu merkezlerin esas görevlerinden biri, HIV profilaksisi de sağlamaktır (9).

Şiddetten korunma programları arasında grup eğitimleri, sosyal iletişimin artırılması, toplumun konuyla ilgili bilinçlendirilmesi gibi çalışmalar yer almaktadır. Ayrıca fakirlik, kadınların erkeklere olan ekonomik bağımlılığı, eğitimsizlik ve ayrımcı kurallar gibi risk faktörlerinin azaltılmasına da çalışılmaktadır. Hedef kitle başlangıçta kadınlar ve genç kızlar olmasına rağmen, zamanla erkekler ve genç erkeklere yönelik programlar da



uygulamaya konmuştur. Afrika'da yapılan bazı programlarda kızlar yaşamsal yetenekler, kendini savunma ve mesleki eğitim konusunda eğitilmişlerdir. Kızların okula devamlarının sağlanması ve erken evliliğin önlenmesini de kapsayan eğitimlerin yapıldığı bu grupta daha sonra şiddet ve tecavüz oranlarında anlamlı düşüşler kaydedilmiştir (10). Yapılan grup çalışmalarının yanı sıra toplumsal düzeyde uygulanan programlar da faydalı olabilir. Bu kapsamda; toplumdaki erkek ve kadınlarla birlikte gençlere, öğretmenlere, polise, politik ve dini liderlere yönelik programlar uygulanmıştır. Bu uygulamalar esnasında sosyal medya ve cep telefonları yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Bunlara ilaveten posterler, sokak tiyatroları, radyo ve televizyon programları da düzenlenmiştir (11).

Yapılan birçok çalışmada, fakirlikle kadına yönelik şiddet arasında doğrusal bir ilişki gözlenmiştir. Buradan hareketle, kadınların eğitiminin ve ekonomik refahı-

nın artırılmasının; şiddetin önlenmesinde etkili olabileceği öne sürülmüştür (12). Ancak bu ilişki, her zaman doğrusal değildir ve bazen kadının ekonomik yönden güçlü olması, maruz kaldığı şiddetin boyutunu artırabilmektedir. Ekonomik bağımsızlık, kadının sorunlu bir birlikteliği bozmasını kolaylaştırdığı gibi, evdeki değerini de artırmakta, ev içi kavgaları azaltmakta ve pazarlık gücünü yükseltmektedir. Bazı çalışmalarda ailelere yapılan maddi yardımın, aile içi stresi azaltacağı ve şiddetin azalmasına yol açabileceği öne sürülmüştür (13). Çocuk evliliklerini azaltmaya yönelik olarak yapılan destekler (aileye aynı yardımlar, okul formaları ve nakit destekler) de kızların en az 18 yaşına kadar okula gitmesini ve evlenmemesini sağladığı için faydalı olabilmektedir.

Kadınlara yönelik şiddetle ilgili çalışmaların büyük bir kısmı gelişmiş ülkelerde yapılmıştır ve daha çok, şiddet görmüş kadınlarla ilgilidir. Korunmayla ilgili



Kadınlara karşı şiddetin önlenmesi ve kurbanların uygun şekilde tedavi edilmesinde, iyi işleyen bir sağlık sisteminin varlığı, hayati derecede önemlidir. Böylece kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının sürekli, güvenli ve etkili bir şekilde korunması mümkün olabilir. Bu da devletin hem halk sağlığını hem de insan haklarını koruması görevinin bir parçasıdır.

yapılan çalışmalar çok daha azdır. Bu çalışmalarda da birçok yöntem farklılığı bulunmakta ve genellikle çok az sayıda denek üzerinde yapılmış ve kısa vadedeki durumu inceler durumdadır.

Şiddetin önlenmesi için sağlık sisteminde neler yapılabilir?

Sağlık sisteminin, kadınların maruz kaldığı eşitsizliklerin çözümünde nasıl bir rol oynayacağı da çok iyi anlaşılacak şekilde, kadınların maruz kaldığı eşitsizliklerin bir bütün olarak kabul edilmesi ve düzeltilmesinde sağlık sisteminin de katkısının olabileceği unutulmamalıdır (14). Şiddete uğrayan kadınların acil servis, poliklinik, aile sağlığı merkezi, psikiyatri poliklinikleri, eczane ve diğer özel servisleri daha fazla kullandıkları bilinmektedir (15, 16). Sağlık çalışanlarının bu şekilde gelen kadınlara yönelik hazırlıklı olmaları büyük önem taşımaktadır. Öncelikle şiddete uğrayan kadınlara verilecek destek tedavileri bilinmelidir. Bu desteklerle yeni şiddet olaylarının önüne geçilebileceği gibi depresyon ve madde kullanımı gibi olaylar da önlenmektedir. Ancak konuyla ilgili olarak sağlık personelinin sürekli eğitimi gerekmektedir. Bu konuda yeterli bütçenin ayrılması ve yer değiştiren personelin yerine gelen yeni personelin de eğitimi üzerinde önemle durulması gereken noktalardır. Şiddet mağduru kadınlar birçok nedenden dolayı sağlık kuruluşlarına başvurmadan çekinmektedirler. Bu nedenler arasında sağlık kuruluşlarına ulaşmakta güçlük çekilmesi, sağlık kuruluşlarının yeterli yardımı yapamaması, sağlık personelinin ayrımcı ve yargılayıcı tavır takınması ve saldırganın tekrar gelmesinden korkması sayılabilir. Bu nedenlerin önlenmesine yönelik bazı protokoller geliştirilmiş olmasına karşın bunların uygulanması kolay değildir. Yine de sağlık kurumlarının şiddet konusunda duyarlı olması, yerinde ve

zamanında bildirimleri yapması, şiddetin sağlığa etkilerini ve maliyetini ortaya koyması önemlidir. Eşlere yönelik eğitim programları da faydalı olabilir. Şiddete tanıklık eden çocukların rehabilitasyonu da ayrıca üzerinde durulması gereken bir konudur (17).

Sağlık personelinin öncelikle yapması gerekenler; şiddetin tespiti, kadının olayı tam olarak anlatmasının sağlanması, klinik bakım ve desteğin sağlanması ve sürdürülmesi ve gerekiyorsa ilgili yerlere sevkidir. Tecavüze uğrayan kadınlara da uygun destek verilmelidir. Kadında mevcut semptom ve bulguların şiddete bağlı olduğunun anlaşılması ilk adımdır. Bunun için önce şüphe duyulması ve kadına konuyla ilgili soruların sorulması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm kadınların şiddet açısından sorgulanmasını önermemektedir. Ancak sağlık çalışanları, şiddet ile ilişkili olabilecek semptom ve bulgular konusunda uyanık olmalı ve şüphe durumunda gerekli anamnezi almalıdır. Şiddetin yaygın olduğu ülkelerde bile bütün kadınların şiddet açısından taranması tahmin edilen olumlu sonuçları vermemiş ve sağlık çalışanlarının gereğinden fazla meşgul edilmesine yol açmıştır (18). Anamnez alırken kadınlara yargılamadan ve şefkatli bir şekilde yaklaşılması, kendilerini rahat ve güvende hissetmeleri, olayları daha fazla ve daha ayrıntılı anlatmalarına yol açar. Ancak birçok kez kadınlar korkularından dolayı yeterli öykü vermekten kaçınabilmektedir. Kadınların yeterli güvenliğinin sağlanması, anamnez alırken yanında eşinin bulunmaması, uygun soru sorma ve cevap verme tekniklerinin öğretilmesi, standart yaklaşım protokollerinin geliştirilmesi ve uygun sevklerin sağlanması bu konuda yardımcı olabilir (19). Diğer yandan, yapılan birçok çalışmada kadınların, müracaat ettikleri sağlık kuruluşlarında destek görmek istedikleri ortaya çıkmıştır. Bu destekler arasında, kadınların aktif olarak ve yargılamadan

dinlenmesi, baskıcı bir tutum takınıl-maması, kendilerinin ve çocuklarının güvenliğinin sağlanması, yeterli desteği göreceklarının garantisinin verilmesi yer alır. İlk destekler daima kadın merkezli ve kadını önceleyen tarzda olmalıdır. Uygun bir destek, kadının hayatında bir dönüm noktası olabilir. Daha sonra ise kadınların şiddete karşı bilinçlendirilmesi ve güçlendirilmesi yaşamlarının iyileşmesine yol açar. Post-travmatik stres bozukluğu gelişen kadınlarda bilişsel davranış terapilerinin de etkili olduğu gösterilmiştir (18). Sağlık personelinin polis dahil diğer birimlerle uyumlu çalışması, kadınların ve çocukların daha güvenli yaşamlarına katkıda bulunur. Tecavüze uğrayan kadınlarda ise gebeliğin önlenmesinin yanı sıra, cinsel yolla geçen hastalıkların önlenmesi de önem taşır.

Sağlık sisteminde şiddete yönelik öde-neklerin konulması ve konuyla ilgili tavrın belirlenmesi, bir yandan kadınlara destek olurken bir yandan da topluma, şiddetin kabul edilemez olduğunu gösteren bir tavır olarak algılanır. Bu payın ayrılması, devletin konuya verdiği önemi gösterdiği gibi, sağlık çalışanlarının ve toplumun duyarlılığını artırır ve kadınların daha fazla ve daha rahat sağlık hizmeti alma-sının önünü açar. İşyerlerinde konuyla ilgili eğitimlerin yapılması, bildirimlerin teşvik edilmesi ve değişik posterlerin asılması düşünülebilir. Sağlık sistemi ile kadın kuruluşları dâhil diğer sektörlerin birlikte çalışarak şiddete karşı holistik bir yaklaşım sergilemesi önemlidir. Ancak sağlık personeli ihtiyacının had safhada olduğu bizim gibi ülkelerde, konuyla ilgilenecek özel personelin bulunması ve görevlendirilmesi son derecede zordur. Konuyla ilgili olarak personelin eğitilmesi bir kereye mahsus olmayıp sürekli eğitimlerin yapılması gerekir. Aslında bu eğitimlerin doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin lisans müfredatlarına konulmasında fayda vardır (19). Bu hizmetlerin öncelikle primer bakım merkezlerinde verilmesi tercih edilir. Bütün hizmetler kapsamlı bir şekilde aynı merkezde verilebileceği gibi, farklı hizmetlerin farklı birimlerde verilmesi de söz konusu olabilir. Ancak her ülkede mevcut olanaklara göre farklı modeller tercih edilebilir. Sağlık kuruluşlarında kadınlarla rahat ve güvenli bir şekilde görüşülecek ve muayene edilebilecek bir odanın olması, kayıtların güvenli bir şekilde tutulabilmesi, gerekli acil ilaçların sürekli bulundurulması ge-rekir. Şiddetle ilgilenecek özel personelin ayrılması, sistemin sürdürülebilmesi açısından önemlidir. Sistemin bütçe, personel ve hizmet açısından sürekli takip edilmesi ve geri bildirimlere göre düzenlenmesi yerinde olur.

Sağlık sistemini bu şekilde düzenleyen ülke sayısı çok az olmasına rağmen

birçok ülkede konuyla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Örneğin İspanya'da 2004 yılında kabul edilen cinsiyete dayalı şiddet yasasının sonra, standart sağlık protokolleri geliştirilmiş, sağlık personeli eğitilmiş, takip kriterleri belirlenmiştir. Brezilya, Hindistan ve Güney Afrika gibi ülkelerde cinsel şiddet, tanı olarak kabul edilmiştir. Birçok yerde şiddet bir klinik veya halk sağlığı sorunu olarak değil, kriminal veya adli bir sorun olarak görülmektedir (20). Hâlbuki bunun bir sağlık sorunu olarak görülmesi, sağlık sisteminin atacağı en önemli adımdır.

Sonuç olarak; kadınlara yönelik şiddet global bir sorundur ve sağlık sistemi içinde yer alması gerekir. Ancak uygulanılan yöntemlerin çok az bir kısmı kanıta dayalıdır ve genellikle gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Hem eşler tarafından uygulanan şiddetin hem de cinsel tecavüz girişimlerinin sağlık sistemi tarafından tanınması ve uygun şekilde ele alınması gerekmektedir. Diğer bir deyişle, klinisyenlerin her iki konuyla ilgili de eğitilmeleri gerekmektedir. Bazı ülkelerde, kültürel özelliklerden dolayı, cinsel tecavüzlerin itiraf edilmesi zor veya geç olabilir. Sağlık personelinin bu konudaki deneyimi belirleyici olacaktır. Her ülkenin bu konuda kendi yaklaşımını ve protokollerini geliştirmesi yerinde olur. Kadınların çok sık gittiği toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri, kadın doğum poliklinikleri, aile planlaması klinikleri ve çocuk poliklinikleri, ilk ipuçlarının alındığı yerler olabilir. Diğer yandan, yaralanan veya tecavüze uğrayan kadınların ilk gittikleri yerler acil servisler olduğu için buradaki hekimlerin de bilinçli olmaları gerekir. Bazen de ilk başvuru noktaları psikiyatri klinikleri olabilir. Bazen şiddet olayları, çocuk istismarı, alkol veya madde kullanımı veya değişik travmalar şeklinde başvurabilir.

Kadınlara karşı şiddetin önlenmesi ve kurbanların uygun şekilde tedavi edilmesinde, iyi işleyen bir sağlık sisteminin varlığı, hayati derecede önemlidir. Böylece kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının sürekli, güvenli ve etkili bir şekilde korunması mümkün olabilir. Bu da devletin hem halk sağlığını hem de insan haklarını koruması görevinin bir parçasıdır. Kadınların psikososyal ve fiziksel sağlığının korunması, başta çocuklar olmak üzere tüm toplum sağlığının korunmasının vazgeçilmez bir unsurudur.

Kaynaklar

- 1) Devries KM, Mak JY, Garcı-Moreno C. Et al. *Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science* 2013; 340: 1527-28
- 2) Feldman-Jacobs C, Clifton D. *Female genital mutilation/cutting: data and trends, update 2014. Washington DC. Populatin Reference Bureau. 2014*

3) Lee-Rife S Lamhotra A, Warner A, Glinski AM. *What Works to prevent child marriage: a review of the evidence. Stud Fam Plann* 2012; 43: 287-303

4) http://www.kadinmuhendisler.org/eeo_KadinaYonelikSiddet.aspx (Erişim Tarihi: 09.11.2015)

5) <http://www.asayis.pol.tr/SiteAssets/bulten/asayisbulten/aileicisiddet/index.html#3/zoomed> (Erişim Tarihi: 09.11.2015)

6) Garcia Moreno C, Hegarty K, D'Oliviera AFL, Koziol-McLain K, Colombini M, Feder G. *The health-systems response to violence against women. Lancet* 2015; 385: 1567 – 1579

7) Wolfe DA, Crooks C, Jaffe P et al. *A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163: 692-99

8) Modi MN, Palmer S, Armstrong A. *The role of Violence Against Women Act in addressing intimate partner violence: a public health issue. J Womens Health* 2014; 23: 253-59

9) Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. *Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? Lancet* 2015; 385: 1555 – 1566

10) Bandiera O, Buehren N, Burgess R, Goldstein M, Gulesci S, Rasul I, Sulaiman M. *Empowering adolescent girls: evidence from a randomized control trial in Uganda. Washington DC: World Bank* 2012

11) World Bank Group. *Voice and agency: Empowering women and girls for shared prosperity. Washington DC: World Bank Group, 2014; 195*

12) Abramsky T, Watts CH, Garcı-Moreno C et al. *What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health* 2011; 11: 109

13) Haushofer J, Shapiro J. *Household response to income changes: evidence from an unconditional cash transfer program in Kenya (online appendix) New York Give Directly. 2013 http://www.princeton.edu/~joha/publications/Haushofer_Shapiro_UCT_Online_Appendix_2013.pdf (Erişim Tarihi: 09.11.2015)*

14) Kim J, Motsel M. "Women enjoy punishment" attitudes and experiences of gender based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1243-54

15) Bonomi AE, Anderson ML, rivara FP, Thompson RS. *Health care utilization and costs associated with physical and nenphysical onl intimate partner violence. Health Serv Res* 2009; 44: 1052-67

16) Ansara DL, Hindin MJ. *Formal and informal help seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. Soc Sci Med* 2010; 70: 1011-18

17) Kitzmann KM; Gaylord NK; holt AR, Kenny ED. *Child witnesses in domestic violence: a meta analytic review. J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 339-52

18) Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD007007

19) World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013*

20) Decker MR, Frattoli S, McCaw B et al. *Transforming the healthcare response to intimate partner violence and taking best practices to scale. J Women's Health (Larchmt)* 2012; 21: 1222-9