



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
KADINA YÖNELİK YAKIN PARTNER ŞİDDETİ KONUSUNDA
TUTUM VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. ESRA KARACA ÜNYILDIZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SEVGİ CANBAZ**

İSTANBUL, 2022



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
KADINA YÖNELİK YAKIN PARTNER ŞİDDETİ KONUSUNDA
TUTUM VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. ESRA KARACA ÜNYILDIZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SEVGİ CANBAZ**

İSTANBUL, 2022

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimi sürecim boyunca, değerli bilgi, görüş ve önerileriyle tez çalışmamın her aşamasında yol gösterici katkılar sağlayan, hoşgörüsünü ve iyi niyetini her zaman hissettiren saygıdeğer hocam, sayın Prof. Dr. Sevgi CANBAZ'a,

Tez çalışmamın planlama aşamasında değerli bilgi ve önerileriyle katkıda bulunan sayın Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve ÖREN ÇELİK'e,

Tıpta uzmanlık eğitimi sürecim boyunca, bilgi ve deneyimleriyle uzmanlık eğitimime olan katkı ve destekleri için Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri hocalarıma,

Asistanlık sürecimin başlangıcından itibaren birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bilgi ve görüşleriyle pek çok konuda bana desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Buğra Taygun GÜLLE'ye,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki uzmanlık eğitimim boyunca hep yanımda olan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Elif Nur KOÇAK, Dr. Elif SIZAN, Uzm. Dr. İtibar CANPOLAT ŞAİR, Dr. Fatma Betül BOYLU, Uzm. Dr. Zeynep Betül SAĞLAM, Uzm. Dr. Elif EZİRMİK arkadaşlarıma ve kürsüdeki tüm asistan arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek katkı sağlayan tüm sağlık çalışanlarına,

Uzmanlık eğitimim süresince benden desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Dr. Berde ÜNYILDIZ'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan ve tüm aşamalarda hep yanımda olan canım annem, babam ve ağabeyime çok teşekkür ederim.

Kadına Yönelik Şiddet Mağduru Tüm Kadınlara

Dr. ESRA KARACA ÜNYILDIZ

ARALIK 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ	xi
KISALTMA LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT	xv
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şiddetin Tanımı	6
2.2. Şiddetin Türleri	6
2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı	10
2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri	11
2.5. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Etkileri	13
2.5.1. Yakın Partner Şiddetinin Sağlık Üzerindeki Sonuçları.....	14
2.6. Dünya’da ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Durumu.....	16
2.6.1. Dünya’da Durum.....	17

2.6.2. Türkiye’de Durum.....	19
2.7. Kadın Haklarıyla İlgili Yaşanan Gelişmeler ve Yasal Düzenlemeler.....	21
2.7.1. Uluslararası Alanda Yaşanan Gelişmeler.....	21
2.7.2. Türkiye’de Yaşanan Gelişmeler.....	22
2.7.2.1. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Yönelik Kabul Edilen Yasal Düzenlemeler.....	24
2.8. Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Hizmet Veren Kurumlar.....	28
2.8.1. Gönüllü Kadın Kuruluşları.....	28
2.8.2. Resmi Statüdeki Devlet Kurum ve Kuruluşları.....	30
2.9. Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	33
2.10. Birinci Basamakta Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddetine Yaklaşım.....	34
2.11. Kadına Yönelik Şiddette Sağlık Çalışanlarının Müdahalesinin Önündeki Engeller.....	35
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	37
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	38
3.3.1. Araştırmanın Yeri.....	38
3.3.2. Araştırmanın Zamanı.....	38

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.4.1. Araştırmanın Evreni.....	39
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi.....	39
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri	40
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	40
3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	40
3.6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	41
3.6.1. Nicel Veri Formlarının Hazırlanması.....	41
3.6.2. Nitel Veri Formlarının Hazırlanması	42
3.6.3. Nicel Verilerin Toplanması	42
3.6.4. Görüşmelerin Yapılması	43
3.7. Verilerin Analizi	44
3.8. Araştırma Etiği ve İzinleri.....	44
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	45
4. BULGULAR	46
4.1. Nicel Bileşene Ait Veriler.....	46
4.1.1. Nicel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	46

4.1.2. Katılımcıların Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Durumları ve Polise ve/veya Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirme Durumları.....	47
4.1.3. Katılımcıların Kendisinin veya Bir Yakınının Şiddete Uğramasının Meslek Yaşamına Olası Etkisi.....	49
4.1.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puanı Dağılımları	50
4.1.5. Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	53
4.2. Nitel Bileşene Ait Veriler.....	63
4.2.1. Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	63
4.2.2. Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddetine İlişkin Bilgi ve Tutumları.....	65
4.2.2.1. Şiddet Vakalarının Tespit Edilmesinin Önündeki Engeller.....	65
4.2.2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İle İlgili Faktörler.....	65
4.2.2.1.2. Mağdur ile İlgili Faktörler.....	69
4.2.2.1.3. Toplumsal Faktörler.....	71
4.2.2.2. Polise, İlçe Sağlık Müdürlüklerine ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimlerin Önündeki Engeller.....	72
4.2.3. Çözüm Önerileri.....	74
4.2.3.1. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler.....	74
4.2.3.1.1. Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitimler.....	74
4.2.3.1.2. Çalışma Koşullarının Düzenlenmesi.....	75

4.2.3.1.3. Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Öneriler.....	76
4.2.3.2. Kadın ve Topluma Yönelik Öneriler.....	77
4.2.3.3. Yasaların Uygulanması ve Yasal Düzenlemelerin Sağlanmasıyla İlgili Öneriler.....	79
4.2.3.4. Hastaneler ve Derneklerle İlgili Örnekler.....	80
5.TARTIŞMA	81
5.1. Sosyodemografik Özellikler.....	81
5.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Alma Durumları.....	83
5.3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Polise ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirim Yapma Durumları.....	83
5.4. Katılımcıların Kendilerinin veya Bir Yakınlarının Yakın Partner Şiddetine Maruz Kalmasının Meslek Yaşamlarına Etkisi.....	85
5.5. SÇKŞTÖ Puanları.....	86
5.6. Sosyodemografik Özelliklerle Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusundaki Tutum ve Uygulamaları Arasındaki İlişkiler.....	87
5.7. Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	88
5.8. Derinlemesine Görüşmeler.....	90
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	93
7.KAYNAKLAR.....	97

8.EKLER.....	104
Ek-1. Niceliksel Bileşen Veri Toplama Formu.....	104
Ek-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	109
Ek-3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Onam Formu.....	110
Ek-4. Etik Kurul Onayı.....	111
Ek-5. Tez Orjinallik Raporu Raporu.....	113



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışma Zaman Çizelgesi	38
Tablo 2: Niteliksel Bileşene Dahil Edilmesi Planlanan Katılımcıların Özellikleri.....	40
Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4: Katılımcıların Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Alma, Polise ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimde Bulunma Durumlarının Dağılımı	48
Tablo 5: Katılımcıların Kendisinin veya Bir Yakının Yakın Partner Şiddetine Uğramasının Meslek Yaşamına Etkisinin Dağılımı	50
Tablo 6: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puanlarının Dağılımı	51
Tablo 7: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile SKÇŞTÖ Puanları Arasındaki İlişki	53
Tablo 8: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı .	54
Tablo 9: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 10: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	57
Tablo 11: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Mezuniyet Öncesi Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	58
Tablo 12: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Tablo 13: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgusu İle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı	60
Tablo 14: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgularını Polise Bildirme Durumuna Göre Dağılımı	61
Tablo 15: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgularını Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirme Durumuna Göre Dağılımı	62
Tablo 16: Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Özellikleri	63
Tablo 17: Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	63
Tablo 18: Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Alma, Polise ve/veya Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimde Bulunma Durumu.....	64

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Şiddetin Nedenleri	12
Şekil 2: Mezuniyet Sonrası Eğitim Alınan Kurumlar	49



KISALTMA LİSTESİ

AAK	Aile Araştırma Kurumu
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
BM	Birleşmiş Milletler
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
ICPD	International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
KKŞOKB	Kadınlara Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Hakkında Bildiri
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
KSSGM	Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TCK	Türk Ceza Kanunu
TMK	Türk Medeni Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SÇKŞTÖ	Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği
ŞÖNİM	Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri

ÖZET

AMAÇ: Kadına yönelik yakın partner şiddeti, geçmişten günümüze temel insan hakları ihlali olan sosyal bir olgu olmakla birlikte; gün geçtikçe artan bir halk sağlığı sorunudur. Birinci basamak sağlık çalışanları kadına yönelik yakın partner şiddeti yönetiminde çok önemli bir role sahiptir. Bu çalışmada, İstanbul’da hizmet veren aile hekimleri ve diğer sağlık personelinin kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Nicel ve nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma araştırma yöntemiyle tasarlanan bu tanımlayıcı araştırma İstanbul ilinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’nde Şubat 2022- Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızın nicel bileşenine 344, nitel bileşenine 8 birinci basamak sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Araştırmamızın nicel bileşeninin verileri Google form üzerinden oluşturulmuş olan online bir anketle elde edilmiştir. Uygulanan online anketin birinci bölümünde sosyodemografik özelliklere ait sorular, ikinci bölümünde ise 1998 yılında geliştirilmiş olan ve 2007 yılında Gutmanis ve ark. tarafından güncellenmiş olan ve 2011 yılında ise Gezgün ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (SÇKŞTÖ)” yer almaktadır. Nitel bileşenin verilerine ulaşılmasında kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme soruları ayrıntılı literatür taraması sonrası oluşturulmuştur. Nicel bileşenin verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistikler, gruplar arası karşılaştırmalarda MWU ve Kruskal-Wallis testleri ve sürekli verilerin ilişkisinin incelenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Nitel bileşenin veri analizinde Google Döküman ve Microsoft Office Word programları kullanılmıştır.

BULGULAR: Nicel bileşene dahil olan katılımcıların yaş ortalaması $35,4 \pm 8,1$ olarak tespit edilmiştir. 344 katılımcının 200 (%58,1)’ünü hekimler oluştururken; kadına yönelik yakın partner şiddet olgusu ile karşılaşan 224 (%65,1) katılımcı olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda evli olanların bekarlara göre hem mezuniyet öncesi hem mezuniyet sonrası dönemde kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda eğitim almış katılımcıların sadece bir dönemde eğitim almış veya hiç eğitim almamış katılımcılara göre SÇKŞTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sırasıyla $106,52 \pm 11,54$, $105,04 \pm 8,41$, $103,46 \pm 8,24$). Araştırmamızda meslek yaşamında tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner

şiddetini polise bildiren 83 (%24,1) katılımcı olduğu tespit edilirken; Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildiren 29 (%8,4) katılımcı olduğu tespit edilmiştir. Meslekte çalışma yılı ile son bir yılda tespit edilen vaka sayısı; Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirim sayısı ile polise bildirim sayısı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Sırasıyla $r=0,256$, $p<0,001$; $r=0,56$, $p=0,024$). Nitel bileşen için yapılan derinlemesine görüşmelere göre kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularının sağlık çalışanlarınca tespitinin ve gerekli kurum ve kuruluşlara bildirilmesinin önünde bazı engellerin ön plana çıktığı tespit edilmiştir. Bu engeller; sağlık çalışanlarının bu konudaki eğitiminin yetersiz kalması, ASM'lerdeki hasta yoğunluğu nedeniyle bu konuya ayrılacak sürenin kısıtlı olması nedeniyle olguların gözden kaçması, kendilerinin ve şiddet mağdurlarının güvenliğinden endişe duymaları, şiddet mağdurlarının psikolojik, sosyal veya ekonomik sebeplerden şiddet durumunu gizleme isteği olarak sıralanabilir.

SONUÇ: Kadına yönelik yakın partner şiddetinin tespiti ve bildiriminin artırılması için bu konuda sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının düzenlenmesine önem verilmelidir. Kadına yönelik yakın partner şiddeti durumunun önüne geçilmesi için siyasi otoriteler ve sağlık otoriteleri ortak politika yürütmelidir.

ANAHTAR KELİMELE: Kadın, Şiddet, Sağlık Çalışanı, Tutum

ABSTRACT

BACKGROUND: Intimate partner violence against women, in addition to being a social phenomenon that has been a violation of fundamental human rights from past to present, is an increasing public health problem. Primary healthcare workers have a very important role in the management of intimate partner violence against women. In this study, we aimed to evaluate the attitudes and practices of family physicians and other health personnel serving in Istanbul on intimate partner violence against women.

METHODS: This descriptive research, designed with a mixed research method in which quantitative and qualitative methods are used together, was carried out in the Family Health Centers (FHC), which provides primary health care services in the province of Istanbul. 344 primary health care workers were included in the quantitative component and 8 primary health care workers in the qualitative component of our study. The data of the quantitative component of our research was obtained through an online questionnaire created through Google forms. There were questions about sociodemographic characteristics in the first part of the questionnaire applied online. ‘‘Health Care Provider Survey of Intimate Partner Violence Attitudes and Practices’’ which was developed in 1998 and updated by Gutmanis et al in 2007 and the Turkish validity and reliability study performed by Gezgin et al in 2011, was formed the second part of the study. The semi-structured interview questions used to reach the data of the qualitative component were created after a detailed literature review. Descriptive statistics were used to analyze the data of the quantitative component, MWU and Kruskal-Wallis tests were used for comparisons between groups, and Spearman's Correlation analysis was used to examine the relationship of continuous data. Google Documents and Microsoft Office Word programs were used in the data analysis of the qualitative component.

RESULTS: The mean age of the participants included in the quantitative component was 35.4 ± 8.1 years. 200 (58.1%) of 344 participants were physicians, and 224 (65.1%) participants were found to have experienced intimate partner violence against women. In our study, the average score of the ‘‘Health Workers' Attitudes and Practices on intimate partner Violence Against Women Scale’’ married people was higher than that of singles. Similarly, participants who received training on intimate partner violence against women both in the pre- and post-graduation period have higher scale scores compared to the participants who received training in only one period or did not receive any training at all (In order of $106,52 \pm 11,54$, $105,04 \pm 8,41$, $103,46 \pm 8,24$). In our study, it was determined that there were 83 (24.1%)

participants who reported intimate partner violence against women, which they detected in their professional life, to the police, while 29 (8.4%) participants reported it to the Social Services Directorate. There was a statistically significant positive correlation between the years of employment in the profession and the number of cases detected in the last year, the number of notifications to the Social Services Directorate, and the number of notifications to the police (In order of $r=0,256$, $p<0,001$; $r=0,56$, $p=0,024$). According to the in-depth interviews conducted for the qualitative component, it has been determined that some obstacles stand in the way of the detection of cases of intimate partner violence against women by health professionals and reporting them to the necessary institutions and organizations. These barriers can be listed as follows: insufficient education of health workers on this subject, cases being overlooked due to the limited time to be allocated to this subject due to the density of patients in FHCs, concern for the safety of themselves and the victims of violence and the desire of the victims of violence to hide their violence status due to psychological, social or economic reasons.

CONCLUSION: To increase the detection and reporting of intimate partner violence against women, importance should be given to organizing training programs for health workers and regulating the working conditions of health workers. Political authorities and health authorities should implement a common policy to prevent intimate partner violence against women.

KEYWORDS: Women, Violence, Healthcare Worker, Attitude

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şiddet, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır. Şiddet, şiddeti yaşayan gruplara göre; kadına, çocuğa, engelliye, mülteciye veya yaşlıya yönelik şiddet, akranlar ve kardeşler arası şiddet, flört şiddeti veya kişinin kendine yönelik şiddet şeklinde sınıflandırılabilir. Şiddetin tipi göz önüne alındığında ise; fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet şeklinde sınıflanabilir. DSÖ’nün raporuna göre de eylemin gerçekleştirildiği kişiler açısından “kişinin kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet” olmak üzere üçe ayrılabilir [1].

Geçmişten günümüze şiddet, insan yaşamının bir parçası ve temel insan hakları ihlali olan sosyal bir olgudur. Etkisi dünyanın her yerinde çeşitli şekillerde görülebilmektedir. Her yıl, bir milyondan fazla insan şiddet sebebiyle hayatını kaybetmekte ve çok daha fazlası ölümcül olmayan yaralanmalara maruz kalmaktadır. Genel olarak şiddet, 15-44 yaş arası insanlar için dünya çapında önde gelen ölüm nedenleri arasındadır [1, 2].

Toplumda şiddete en çok maruz kalan gruplar, kendisini koruyabilme potansiyeli daha düşük olan kadınlar, çocuklar ve yaşlılardır. Bu gruplar aynı zamanda, aynı ailede birlikte yaşıyor olmalarından dolayı aile içi şiddete de maruz kalma ihtimali yüksek olan gruplardır. Aile içi şiddet her ne kadar aileyi oluşturan kişiler arasında birbiriyle olan şiddet ilişkisini incelemekten de, pratikte karşımıza en sık erkeğin kadına uyguladığı şiddet olarak çıkmaktadır [2].

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en önemli sonuçlarından birisi, kadına yönelik şiddettir. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından kadına yönelik şiddet; “kadınlara fiziksel, cinsel veya zihinsel zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayalı her türlü eylem ve bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak hayattan yoksun bırakma” olarak tanımlanmaktadır. Kadınların sadece kadın

oldukları için maruz kaldıkları bu şiddet türü; belli bir coğrafya, ülke veya kültüre bağlı bir sorun olmaktan ziyade, evrensel bir sorundur [3].

Kadına yönelik şiddet türleri arasında en sık rastlanan yakın partner şiddetidir. Bu şiddette yakın bir partner veya eski partner tarafından kadına uygulanan fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol edici davranışlar dahil olmak üzere fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olan davranışlar ifade edilmektedir [4]. Bu tanımda yer alan yakın partner; yakın ilişkide olunan, mevcut veya eski eşler ile flört partnerlerini kapsamaktadır [5]. Yakın partner şiddeti, neden olduğu akut morbidite, mortalite ve kadın sağlığında uzun süreli etkilerinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Uzun süreli etkiler arasında kronik ağrı, jinekolojik hastalıklar, depresyon, seksüel geçişli hastalıklar, post travmatik stres bozukluğu ve intiharlar yer almaktadır [6].

Dünya çapındaki kadınların %30,0'u şiddete maruz kalmaktadır. 15-49 yaş arası ilişki içinde olan kadınların %27,0'si, 15 yaşından itibaren hayatları boyunca en az bir kez birlikte oldukları kişiler tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Yaşam boyu yakın partner şiddetinin yaygınlık tahminleri Batı Pasifik'te %20,0, yüksek gelirli ülkeler ve Avrupa'da %22,0 ve Amerika'da %25,0, Afrika'da %33,0, Doğu Akdeniz'de %31,0 ve Güneydoğu Asya'da %31,0 değerleri arasında değişmektedir. Küresel olarak tüm kadın cinayetlerinin %38,0'i yakın partnerler tarafından işlenmektedir. Yakın partner şiddetine ek olarak, dünya genelinde kadınların %6,0'sının partneri dışında biri tarafından cinsel saldırıya uğradığı bildirilmektedir [4].

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nın 2008 verilerine göre; fiziksel şiddete maruz kalma oranı %37,0'dir ve bu oran bölgelere göre %23,0 ila %51,0 arasında değişim göstermektedir [7]. 2014'te gerçekleştirilen Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda ise, kadınların yaşamının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kalma oranı %12,0, fiziksel şiddete maruz kalma oranı %36,0, ekonomik şiddete maruz kalma oranı ise %30,0 ve duygusal şiddete maruz kalma oranı %42,0 olarak saptanmıştır [8].

DSÖ'nün 2021 yılında yayınlanan raporuna göre Türkiye'de bir kadının yaşam boyu en az bir kere kadına yönelik şiddete maruz kalma ihtimali %32,0 (Dünya ortalaması %27), son 12 ay içinde maruz kalma olasılığı ise %12,0'dir [9].

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın verilerine göre ise, 2019'da 336 kadın, 2020'de 267 kadın ve 2021'nin ilk 4 ayında 95 kadın şiddet sebebiyle hayatını kaybetmiştir [10].

Türkiye'de son 10 yılda işlenen kadın cinayetleri verilerinin toplandığı, kadincinayetleri.org adresinden ulaşım sağlanabilen haritalama çalışmasına göre, Türkiye'de 2010-2020 yılları arasında 2534 kadın öldürülmüştür. 1656 vakada fail yakın partner olarak adlandırılan 'eş/eski eş, erkek arkadaş/eski erkek arkadaş veya dini nikahlı eş' olarak kaydedilmiştir [11].

Ülkemizde şiddete uğrayan kadınların ya da şiddete tanıklık eden üçüncü kişilerin, yaşanan şiddetin sonlandırılması ve mağdurların korunması için telefonla ya da bizzat başvurabilecekleri yerler olarak "Valilikler, Kaymakamlıklar, Polis Merkezleri ve Jandarma Karakolları, 155 Polis İmdat ve 156 Jandarma İmdat, Cumhuriyet Savcılığı, Aile Mahkemesi, Sağlık Kuruluşları, İl Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlükleri-Aile Danışma Merkezleri, Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezleri, Alo 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Özürlü Sosyal Hizmet Danışma Hattı, Kadın Danışma Merkezleri (Belediyeler ve Kadın Sivil Toplum Örgütleri) ve Adli Yardım Büroları (Barolar)" bulunmaktadır. Bu başvuru yerleri, 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında, şiddeti önlemeye ya da şiddete uğrayan kadınları korumaya yönelik hizmetler sunmaktadırlar [5].

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve müdahale edilmesi çok sektörlü bir yaklaşımı gerektirirken, sağlık sektörü şiddeti önlemede ve müdahale etmede anahtar bir role sahiptir. 2014 yılında yayımlanan kadınlara karşı yakın partner şiddeti durumuna ilişkin ulusal bir rapora göre, kadına yönelik yakın partner şiddeti mağdurlarının en sık kabul yerleri polis karakolları olup, bunu sağlık kurumları izlemektedir. Yakın partner şiddeti müdahalesi için mevcut ulusal uygulama kılavuzları, şüpheli veya doğrulanmış şiddet vakalarında birinci basamak

alışanlarının sorumluluklarını açıkça tanımlamaktadır. İlk olarak, hekimlerin yerel Sağlık Müdürlüğü'n bilgilendiren ulusal elektronik sağlık kayıt sistemine bir “şiddet kodu” kaydetmeleri beklenmektedir. Bu kayıt aynı zamanda mağdurun muayenesinin bulgularını da içermelidir. Bundan sonra, yerel Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü'ne ve mağdurlara destek için 7/24 çalışan şiddet nleme ve İzleme Merkezi'ne bildirimde bulunmak için “kadına yönelik yakın partner şiddeti” dosyası oluşturulmalıdır. Bu merkezler psikolojik danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları, avukatlar, hemşireler ve psikologlardan oluşan ekiplerle donatılmış, devlet tarafından işletilen; finansal yardım, psikolojik, profesyonel, yasal ve sosyal rehberlik ve barınma sağlayan sığınaklardır. İhtiyaç sahibi olan ya da birinci basamak sağlık çalışanları tarafından sevk edilen kadınlar, çocukları ile birlikte bu kurumlarda barınma imkânı bulabilmektedir. Son olarak, herhangi bir tehlike göstergesi varsa hemen polisi aramayı içeren bir güvenlik planının tartışılması için mağdurun güvenliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezlerinde görev alan aile hekimleri ile hemşire ve ebelerin ayrıca şiddet mağdurlarını değerlendirmesi, bulguları belgelemesi ve gerekirse tıbbi bakım sağlaması beklenmektedir. Ancak, ulusal mevzuatımızda çeşitli yasal düzenlemeler bulunmasına rağmen, şiddet mağdurlarına başarılı müdahale, hizmet sunucularının bilgisine, tutumlarına ve hazırlıklı olmalarına bağlıdır. Ülkemizde yapılan araştırmalardan elde edilen anket verileri, birçok sağlık profesyonelinin şiddete maruz kalmış kadınlara uygun şekilde yanıt vermek için doğru tutum ve bilgiden yoksun olduğunu göstermektedir [12]. Oysa sağlık çalışanlarının bu toplumsal soruna müdahale edebilmeleri için; yakın partner şiddetine maruz kalan kadınları tanımlayabilmeleri, nedenlerini, risk faktörlerini, etkilerini ve müdahale yöntemlerini bilmeleri gerekmektedir [5]. Ayrıca yasal düzenlemelerin uygulanması, kaynakların, izleme sistemlerinin, değerlendirme ve takip önlemlerinin ve sığınma evleri gibi destek alanlarının yetersiz olması nedeniyle bir şekilde etkisiz kalmaktadır [12]. Birinci basamak sağlık çalışanları yakın partner şiddeti yaşayan kadınlarla sıklıkla karşılaşmaktadır; dolayısıyla kadına yönelik şiddetin yönetiminde çok önemli bir role sahiptir.

Amaç

Bu çalışmada, İstanbul’da ASM’lerde hizmet veren aile hekimleri ve diğer sağlık personelinin kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun sonucunda olası eksiklerin saptanıp, gelecekte yapılabilecek eğitim ve müdahalelere ışık tutmak amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddetin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre şiddet, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumudur [1]. Hukukçular şiddet eylemlerini “İnsanın, benzerlerine karşı giriştiği, onlarda önemli ya da önemsiz hasarlar veya yaralar oluşturan, saldırganlık ve hoyratlık ifade eden hareketlerdir” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım; şiddet ile kalıcı bedensel hasar yaratan güç kullanımı arasındaki bağı vurgulamaktadır [2]. Başka bir tanımda ise şiddet; “bireylerin yaralanmasına, sindirilmesine, öfkelenmesine veya duygusal baskı altına alınmasına yol açan davranış veya yaklaşım” şeklinde yer almıştır [13].

Şiddet, insanoğlunun var olduğu ilk günlerden itibaren, insan deneyiminin bir parçası olmuş küresel bir sorundur. Etkisi dünyanın her yerinde çeşitli şekillerde görülebilmektedir. Her yıl bir milyondan fazla insan, şiddet sebebiyle hayatını kaybetmekte ve çok daha fazlası ölümcül olmayan yaralanmalara maruz kalmaktadır. Genel olarak şiddet, 15-44 yaş arası insanlar için dünya çapında önde gelen ölüm nedenleri arasındadır [1].

2.2. Şiddetin Türleri

Farklı kaynaklarda, farklı şiddet sınıflamaları kullanılmaktadır. Şiddeti yaşayan gruplara göre; kadına, çocuğa, engelliye, mülteciye veya yaşlıya yönelik şiddet, akranlar ve kardeşler arası şiddet, flört şiddeti, LGBTİ şiddeti veya kişinin kendine yönelik şiddet şeklinde sınıflandırılabilir. DSÖ'nün raporuna göre de eylemin gerçekleştirildiği kişiler açısından “kişinin kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet” olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

1. Kişinin kendine yönelik şiddet

a. İntihar

b. Kendine zarar vermek

2. Kişiler arası şiddet

a. Aile / Partner

(i) Çocuk

(ii) Yakın partner

(iii) Yaşlı

b. Toplum

(i) Tanıdık kişiler

(ii) Yabancı kişiler

3. Kolektif şiddet

a. Sosyal

b. Politik

c. Ekonomik [1].

Uygulanan şiddet türüne göre yapılan sınıflamada ise şu alt başlıklar altında incelenebilir:

- Fiziksel şiddet
- Cinsel şiddet
- Duygusal/Psikolojik şiddet
- Ekonomik şiddet
- Siber şiddet [2].

2.2.1. Fiziksel Şiddet:

Şiddet denildiğinde akla ilk gelen fiziksel şiddet eylemleri olmaktadır. Erken dönem yapılan araştırmalarda da şiddet kavramı çoğunlukla fiziksel şiddet kapsamında tanımlanmaya çalışılmıştır [14]. Fiziksel şiddet, kaba kuvvetin sindirme korkutma veya ceza aracı olarak kullanılmasıdır. Bedene temas ederek veya bir araç kullanarak bedensel zarar oluşturma durumudur. Toplumda en sık uygulanan şiddet biçimidir. Tekmelemek, yumruk atmak, itmek, eşya fırlatmak, ısırarak, boğmak, bıçakla yaralamak gibi eylemlerin yer aldığı olaylardır. [15].

2.2.2. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır [15]. Bir kişiyi cinsel ilişkiye zorlamak, başkalarıyla cinsel ilişkiye zorlamak, cinsel organlara zarar vermek, kürtaja, enste zorlamak, zorla evlendirmek, kadının doğum kontrol yöntemlerini kullanmasına izin vermemek, istenmeyen gebeliği sonlandırmasına engel olmak ve korunmayarak kadını zorla hamile bırakmak, iletişim araçları aracılığıyla veya sözlü olarak cinsel içerikli rahatsız edici davranışlarda bulunmak olarak örneklendirilebilir [16, 17]. Cinsel şiddet türlerinden evlilik içi tecavüz en sık karşımıza çıkanlardan biridir [17]. Cinsel şiddet, fiziksel şiddete nazaran sonradan araştırma konuları arasında yer almış ve hatta çoğu zaman araştırmalarda fiziksel şiddet ile birlikte değerlendirilmiştir. Cinsel şiddetle ilgili özellikli çalışmalar 50 yıl öncesine dayanmaktadır [18].

2.2.3. Duygusal/Psikolojik Şiddet

Birine karşı sistematik bir şekilde psikolojik baskı uygulamak, duygusal olarak aşağılamak, kişiyi kontrol etmek veya cezalandırmak amacıyla toplumdan soyutlamak ve izole etmek için uygulanan her türlü hareket duygusal şiddet olarak kabul edilmektedir [19]. Tehdit etme, ağır sözler söyleme, küçümseme, küfür etme, kıskançlık kavgası çıkarma, dayak ya da ölümle korkutma, sesini yükseltme, kadının yakınları ile görüşmesini engelleme gibi davranışlar duygusal şiddete örnek gösterilebilir [20]. Duygusal şiddete sık rastlanmasına rağmen tanımlanması ve fark

edilmesi güçtür; bu nedenle kanıtlanması bazen zor olabilmektedir. Tek başına duygusal şiddet var olabileceği gibi bazen fiziksel ve cinsel şiddetin hasarı ortadan kalktığına bile duygusal şiddet devam edebilir [21]. Şiddet genellikle duygusal şiddetle başlayıp, gittikçe tırmanarak fiziksel şiddete ulaşabilmektedir. Fark edilmesi, anlamlandırılması ve ortaya konması diğer şiddet türlerine göre daha güçtür. Ancak derinlemesine irdelendiğinde diğer şiddet türleri kadar yaygın olduğu ve yıkıcılığının daha sinsi olduğu bilinmektedir [22].

2.2.4. Ekonomik Şiddet

Kişi veya kişileri kontrol etmek ya da cezalandırmak amacıyla ekonomik olarak sınırlamak, temel ihtiyaçlarını dahi karşılayamayacak hale getirmek için yapılan her türlü hareket ekonomik şiddet olarak kabul edilmektedir [19]. Bireylerin parasını denetlemek, kontrol etmek, çalışmaya zorlamak veya çalışmasına engel olmak, kredi kartına el koymak, eğitim almasına engel olmak, mülkiyet hakkını gasp etmek, çalışmadığı durumlarda evin iradesi için yetersiz para vermek ekonomik şiddete örnek gösterilebilir [23].

2.2.5. Siber Şiddet

Siber şiddet; teknolojik araçlardan (telefon, tablet, internet, bilgisayar vb.) birini veya birkaçını kullanarak bir bireyin ya da bir grubun, kasıtlı olarak sanal ortamda bireyi ya da grubu taciz etmesi, kendisine ait olmayan bilgiyi kötü amaçla kullanması, kasıtlı ve tekrarlı biçimde bireyi tehdit etmesi, bireye ya da gruba kötü/uygunsuz içerikte yazı, resim, grafik vb. göndermesi ya da bunları yayması olarak tanımlanmaktadır. Ek olarak kişilerin izinsiz bir şekilde kimlik ve hesap bilgilerinin alınması veya bu bilgilerin ulaşımına imkân sağlanması, kişinin telefon veya bilgisayarının izlenmesi/gözlenmesi, sanal ortamda bir birey ya da grubu küçük düşürücü, hakaret içeren mail ve mesajların yayımlanması, kişiyi korkutmak veya tehdit etmek için sahte/takma isimle hesap açılması, tehditkâr yorumların yapılması, bilgisayar korsanlığı, cinsel içerikli mesaj veya resimlerin gönderilmesi de siber şiddet olarak kabul edilmektedir [24].

Toplumda en fazla şiddete maruz kalan gruplar, kendisini koruyabilme potansiyeli daha düşük olan kadınlar, çocuklar ve yaşlılardır. Bu gruplar aynı zamanda, aynı ailede birlikte yaşıyor olmalarından dolayı aile içi şiddete de maruz kalma ihtimali yüksek olan gruplardır. Aile içi şiddet her ne kadar aileyi oluşturan kişiler arasında birbiriyle olan şiddet ilişkisini incelemekteyse de pratikte karşımıza en sık erkeğin kadına uyguladığı şiddet olarak çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en önemli sonuçlarından birisi, kadına yönelik şiddettir [2].

2.3. Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı

Kadına yönelik şiddet, temel hakların ve özgürlüklerinin ihlali olmakla beraber kadınlar ve erkekler arasındaki güç eşitsizliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır [23]. BM tarafından kadına yönelik şiddet; “kadınlara fiziksel, cinsel veya zihinsel zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayalı her türlü eylem ve bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak hayattan yoksun bırakma” olarak tanımlanmaktadır. Kadınların sadece kadın oldukları için maruz kaldıkları bu şiddet türü; belli bir coğrafya, ülke veya kültüre bağlı bir sorun olmaktan ziyade, evrensel bir sorundur [3].

Kadına yönelik şiddet “İster kamu hayatında ister özel hayatta meydana gelsin baskı veya rastgele özgürlüğünü engelleme de dâhil kadınların fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik zararı veya ızdırabı ile sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan tüm eylemler” olarak da tanımlanabilir [25]. Kadına yönelik şiddet kadını, daha alt bir statüye indirgeyen sosyal mekanizmaların en önemlilerinden biridir [26]. Sadece kadınların kocası veya partneri gibi yakın çevresindekiler tarafından değil, aynı zamanda onların diğer tanıdığı veya tanımadığı erkekler tarafından gerçekleştirilebilir [27].

Kadına yönelik şiddet türleri arasında en sık rastlanan yakın partner şiddetidir. Bu şiddette yakın bir partner veya eski partner tarafından kadına uygulanan fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol edici davranışlar dahil olmak üzere fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olan davranışlar ifade edilmektedir [4]. Bu tanımда yer alan yakın partner ise; yakın ilişkide olunan, mevcut

veya eski eşler ile flört partnerleri olarak belirtilmektedir [5]. DSÖ yakın partner şiddeti teriminin resmi (evlilik) ve resmi olmayan ilişkileri (flört ilişkisi, evlilik dışı seksüel birliktelik) kapsadığını vurgulamıştır [28].

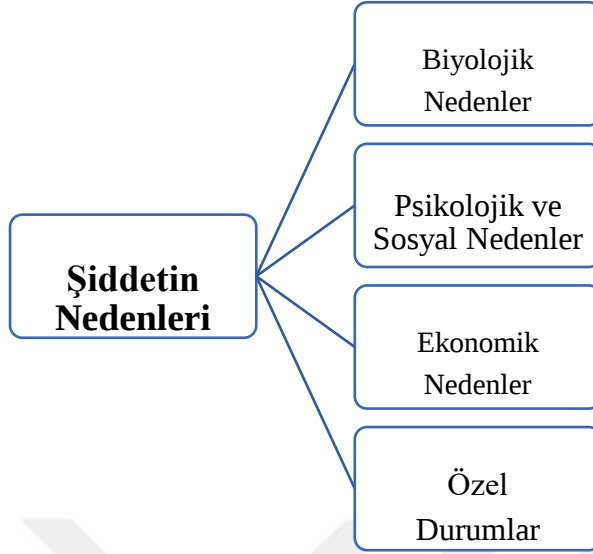
2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Kadına yönelik şiddetin temelinde birçok sebep vardır. Kadın ve erkeğin toplumda var oluş biçimi, toplumun erkeklerden beklentisi (kamusal alanda varlık göstermesi ve akılcılığı her daim elde tutması, erkeği duygusal davranış sergilemekten uzak durması vb.), toplumun kadınlardan beklentisi (zayıf olmaları, yaşam alanının sınırlarını ev, eş ve çocuklarla belirlemeleri vb.) gibi sebepler kadına yönelik şiddete zemin hazırlayan unsurlardır. Şiddetin de diğer davranışlar gibi dolaylı ve dolaysız pekiştireçler yoluyla öğrenilen bir davranış olduğunu ileri süren bilişsel davranışçı yaklaşım, çocukluk döneminde aile içinde şiddet görme ya da şiddete tanık olma ile yetişkinlikte şiddet uygulayan olma arasında bir ilişki olduğunu açıklamaktadır [26].

Kadına yönelik şiddetin nedenlerine yönelik araştırmalarda sıklıkla Heise (1998) tarafından önerilen Ekolojik Model'e göre farklı düzeylerdeki etmenler iç içe dört halka şeklinde kurgulanmaktadır:

- En içteki halka bireylerin kişisel özelliklerini (örn., demografik özellikler, alkolün kötüye kullanımı, çocuklukta şiddete maruz kalma),
- İkinci halka ilişkinin özelliklerini (örn., karar alma sürecinde bireyler arası eşitsizlikler, evlenme şekli, çiftler arası çatışma, maddi gelir üzerindeki kontrol),
- Üçüncü halka sosyal etkenleri (örn., çekirdek/geniş aile gibi aile türleri, ailenin yaşadığı yerleşim birimi, yakın çevrenin şiddete karşı tutumları),
- Son halka ise toplumun özelliklerini (örn., ataerkil toplum düzeni, cinsiyetçilik, sınıfsal eşitsizlikler) temsil etmektedir [29].

Buradan da anlaşılacağı üzere, kadına yönelik şiddeti tek bir nedene bağlamak olanaksızdır. Kadına yönelik şiddetin nedenleri incelenirken bireysel, durumsal ve sosyokültürel etkenler birlikte değerlendirilmelidir.



Şekil 1: Şiddetin Nedenleri

1) Biyolojik Nedenler

Biyolojik nedenler arasında kalıtsal etkenler, kişilik özellikleri, olay veya durumlara verilen tepki biçimi, içgüdüler, merkezi sinir sistemindeki iletiler ve hormonlar, şizofreni, paranoid şizofreni (başkalarına karşı duyulan güvensizlik ve aşırı kuşkuculuk), hezeyanlar, halüsinasyonlar (gerçekte var olmayan şeyleri görme, duyma veya kokusunu alma) ve antisosyal kişilik bozuklukları gibi ruhsal bozukluklar sayılabilir [14, 30, 31].

2) Psikolojik ve Sosyal Nedenler

Şiddet öğrenilebilen bir davranıştır. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde şiddet mağduru olan kişiler sonrasında şiddet uygulayan kişilere dönüşmektedir. Ataerkil aile yapılarında erkeğin tek başına söz sahibi olması, kadınların erkeğe hizmet etmesi gereken kişiler olduğu bakış açısı, hatalı namus ve ahlak anlayışları, hayatta yetersiz ve şanssız olduğunu düşünmek ve alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi faktörler şiddet göstermenin psikolojik ve sosyal nedenleri arasında sayılabilir [14, 30].

3) Ekonomik Nedenler

Bir kişinin ekonomik sıkıntılar yaşıyor olması, yoksulluk ve bu durumun sebep olabileceği pek çok sorun beraberinde şiddet uygulama davranışını getirebilir [30]

4) Özel Durumlar

Kadına yönelik şiddet aile içinde fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik şiddet biçiminde görülebileceği gibi silahlı çatışma durumlarında sistematik tecavüz, gözetiminde taciz ve tecavüz, cinsel kölelik, işyerinde veya sokakta cinsel taciz, kadınların siyasal yaşama katılmalarının önlenmesi, töre cinayetleri, zorla evlendirme, kız gebeliklerin sonlandırılması, kız çocukların ihmali vb. biçimde de görülebilir [32].

2.5. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Etkileri

Sağlık hakkı insanların en temel haklarından biridir. Bu bağlamda sağlık hakkı konusunda herhangi bir ırk, dil, din, cinsiyet, siyasal görüş, toplumsal ve ekonomik koşul ayrımı yapılması kabul edilemez; ancak maalesef ki kadınlar yüz yıllardır toplum tarafından kabul gören ve görmezden gelinen bir şekilde bu haklardan yoksun bırakılmakta ve maruz kaldıkları şiddet sebebiyle ölümcül olmayan veya ölümcül olan sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır [33].

Şiddetin neden olduğu ölümcül olmayan sonuçlar; fiziksel sağlık sorunları, ruh sağlığı bozuklukları, üreme sağlığı sorunları, olumsuz sağlık davranışları ve şiddetin neden olduğu ölümcül sonuçlar; cinayet, intihar, anne ölümü, HIV/AIDS şeklinde örneklendirilebilir [22, 34]. Şiddet bir sağlık sorunu olmakla beraber, aynı zamanda sağlığı olumsuz etkileyen bir risk faktörüdür. Şiddete maruz kalan kadınların genel sağlık durumu bozulmakta ve sağlık hizmetlerini kullanma sıklıkları artmaktadır [35].

Kadınlar savaş zamanları haricinde genellikle en yakınlarındaki erkeklerden şiddet görmektedir. Bu da şiddetin yarattığı bedensel, ruhsal ve sosyal etkileri daha da artırmaktadır [32]. Bu bağlamda yakın partner şiddeti, neden olduğu akut morbidite, mortalite ve kadın sağlığında uzun süreli etkilerinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu uzun süreli etkiler arasında sıklıkla kronik ağrı, jinekolojik hastalıklar, depresyon, seksüel geçişli hastalıklar, post travmatik stres bozukluğu ve intiharlar yer almaktadır [6].

2.5.1. Yakın Partner Şiddetinin Sağlık Üzerindeki Sonuçları

a. Fiziksel Sağlık Sonuçları

- Karın/göğüs yaralanmaları
- Çürükler ve yaralar
- Kronik ağrı sendromları
- Fibromiyalji
- Kırıklar
- Gastrointestinal bozukluklar
- İrritabl bağırsak sendromu
- Yırtıklar ve sıyrıklar
- Oküler hasar
- Azalmış fiziksel işlev

b. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sonuçları

- Jinekolojik bozukluklar
- Kısırlık
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- Hamilelik komplikasyonları/düşük
- Cinsel işlev bozukluğu

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (HIV/AIDS dahil)
- Güvenli olmayan kürtaj
- İstenmeyen hamilelik

c. Psikolojik ve Davranışsal Sağlık Sonuçları

- Alkol ve uyuşturucu kullanımı
- Depresyon ve anksiyete
- Yeme ve uyku bozuklukları
- Utanç ve suçluluk duyguları
- Fobiler ve panik bozukluk
- Fiziksel hareketsizlik
- Zayıf benlik saygısı
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Psikosomatik bozukluklar
- Sigara içmek
- İntihar davranışı ve kendine zarar verme
- Güvenli olmayan cinsel davranış

d. Ölümcül Sağlık Sonuçları

- AIDS'e bağlı ölüm

- Anne ölümü
- Cinayet
- İntihar [1].

Şiddetin neden olduğu ölümcül olmayan sağlık sorunlarının başında fiziksel sağlık sorunları gelmektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınların bedenlerinde yaralar, çürükler, moraran gözler, kırıklar, diş kırıkları ve beyin hasarı vb. bulgular saptanabilir. Fiziksel bulguların olmadığı durumlarda şiddetin neden olduğu depresyon, uyku problemleri, adet düzensizlikleri, sinirlilik vb. gibi psikolojik bulgular da ortaya çıkmış olabilir [33]. Şiddete uğrayan kadınlar başlangıçta hissizlik ve ilerleyen zamanlarda şiddet eyleminin tekrarlayacağı korkusunu yaşayabilmektedirler. Bu durum sonucunda ise güven duygusunu yitirme, çaresiz ve umutsuz hissetme duyguları gelişebilir [36].

Şiddetin etkisi şiddet devam etmese bile uzun süreler devam edebilir. Farklı şiddet türlerinin ve birden fazla şiddet olayının zaman içindeki etkisi kümülatif olarak ortaya çıkmaktadır [1]. Kadına yönelik şiddetin sonuçları, bireylerin sağlığının ve mutluluğunun ötesinde bütün toplumların refahını etkilemektedir. Şiddete maruz kalan kadınlar genellikle rutin hayatlarına devam etmekte, kendi ihtiyaçlarını ve varsa bakım verdiği kişilerin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmakta ya da iş ve kariyer hayatını sürdürmekte sıkıntı yaşamaktadırlar [35].

2.6. Dünya’da ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Durumu

DSÖ Kuruluş Sözleşmesi’ne göre: “Erişilebilir en yüksek sağlık standardına ulaşmak, herhangi bir ırk, din, siyasal görüş, ekonomik ya da toplumsal koşul ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir.” Kadına yönelik şiddet en yaygın; ama en göz ardı edilen insan hakları ihlallerinden biridir [37]. Diğer yandan bildirilen olgular, buzdağının görünen kısmı gibidir.

2.6.1. Dünya’da Durum

Kadına yönelik şiddet insanlık tarihinin en eski sorunlarından biridir. Bu konuya dair en eski bulgu, Virjinya Tıp Fakültesi’nde yapılan bir çalışmada ortaya konan tarihi bir bulguya dayandırılır; 2000-3000 yıllık mumyalarda ölüme neden olan kafa kırıklarının kadınlarda %30,0-50,0, erkeklerde ise %9,0-20,0 aralığında şiddet bulgularına rastlanmıştır. Barış zamanına ait olduğu ileri sürülen bir dönemin buluntularındaki kadın-erkek eşitsizliği, kadına yönelik şiddetle bağdaştırılmıştır [38]. Koca dayığı, yakın bir tarihe kadar toplumsal kurallar ve yasalarla desteklenmekteydi. 1970’lerde Pennsylvania eyalet kanunlarında kocaların karılarını saat 22.00’den sonra ve pazar günleri dövmeleleri yasaklanmıştır [39].

1999'dan önce 35 ülkede yapılan araştırmaların incelendiği bir çalışmada, kadınların %10,0 ila %52,0'sinin hayatlarının bir döneminde yakın bir partner tarafından fiziksel şiddete uğradığını ve %10,0 ila %30,0'unun cinsel şiddet yaşadıklarını bildirdikleri gösterilmiştir [40]. DSÖ’nün 2005 yılında yayınlanan raporunda; kadınlara hayatlarının herhangi bir döneminde eşi/partneri tarafından fiziksel ve cinsel şiddet uygulanmasının %15,0 ile %71,0 oranları aralığında değiştiği gösterilmiştir. Kadınlar arasında, hamilelik sırasında yakın bir partner tarafından fiziksel şiddete maruz kalma yaygınlığı %1,0 ile %28,0 arasında değişmekte olup hemen hemen tüm şiddetin çocuğun babası tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır. Genellikle gebelikte yaşanan şiddetin, daha önce yaşanan şiddetin devamı niteliğinde olduğu; ancak önemli bir oranda (%13,0 ile %52,0 arasında) şiddetin gebelik sırasında başladığı belirlenmiştir [41].

Dünyada farklı pek çok kültürde erkekler, partnerlerinin davranışlarını kontrol etmeye hakları olduğunu düşünmektedir. Bangladeş, Hindistan, Meksika, Nijerya, Pakistan gibi ülkelerde yapılan çalışmalar, erkek partner sıklıkla kadın partnerine şiddet uygulayarak cezalandırma hakkı olarak gördüğünü kanıtlamaktadır [42].

DSÖ tarafından kadına yönelik şiddetle ilgili 2000-2018 yılları arasında 161 ülke ve bölgede yapılan çalışmadaki verilerin 2018 analizi; dünya çapında kadınların yaklaşık üçte birinin (%30,0) yakın bir partner veya partner dışında biri tarafından veya her ikisi tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya

koymuştur. 15-49 yaş arası ilişki içinde olan kadınların dörtte birinden fazlası, 15 yaşından itibaren hayatları boyunca en az bir kez birlikte oldukları kişiler tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Yaşam boyu yakın partner şiddetinin yaygınlık tahminleri Batı Pasifik'te %20,0, yüksek gelirli ülkeler ve Avrupa'da %22,0, Amerika'da %25,0, Afrika'da %33,0, Doğu Akdeniz'de %31,0 ve Güneydoğu Asya'da %31,0 olarak tespit edilmiştir. Küresel olarak, tüm kadın cinayetlerinin %38,0'i yakın partnerler tarafından işlenmektedir. Yakın partner şiddetine ek olarak, dünya genelinde kadınların %6,0'sının partneri dışında biri tarafından cinsel saldırıya uğradığı bildirilmektedir [4].

2020'de Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinin başlamasıyla salgını kontrol altına almak için alınan izolasyon ve fiziksel mesafe kuralları gibi önlemler; yardım hatlarına, polis glerine ve diğer hizmet sağlayıcılara aile içi şiddet, özellikle de kadınlara yönelik eş şiddeti bildirimlerinde artışa neden olmuştur. Ancak kadına yönelik şiddette yakın zamanda bir artış olduğunu gösteren bu veriler, hizmet kullanımının artmasına da bağlı olabilir [9]. COVID-19 pandemisi başlangıcından itibaren, dünyadaki kadınların %45,0'i en az bir kadına yönelik şiddet türüne maruz kaldığını bildirmiştir. Maruziyet düzeyi en yüksek ülkeler arasında Kenya (%80,0), Fas (%69,0), Ürdün (%49,0) ve Nijerya (%48,0) bulunmaktadır. Paraguay'da yaşayan kadınlar %25,0 oranıyla bu tür deneyimleri en az rapor eden kişilerdir. Pandemi başlangıcından itibaren sözlü taciz ve temel kaynakların reddi, bildirilen en yaygın kadına yönelik şiddet biçimleri (%23,0) olarak tespit edilmiştir [43].

2.6.2. Türkiye'de Durum

Dünyanın pek çok ülkesinde yaygın olarak görülen kadına yönelik şiddet, Türkiye'de de benzer şekilde önem arz eden toplumsal bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Toplumumuzda aile içi sorunlar gizli kabul edildiğinden, dört duvar arasında kalmaktadır. şiddete maruz kalan kadın, yaşadıklarını başkaları ile paylaşamamakta ve bu sorunla yalnız baş etmeye çalışmaktadır [44].

Bilimsel bir çalışma olmamakla birlikte, Türkiye'de aile içi şiddetin araştırıldığı ilk çalışma 1988'de PİAR tarafından gerçekleştirilmiş ve çalışmada kadınların %75,0'inin eşlerinden şiddet gördüğü tespit edilmiştir [22].

Ülkemizde 2008 yılında yapılan araştırmaya göre fiziksel şiddete maruz kalma oranı %39,0 (her 10 kadından 4'ü) iken evli kadınlarda cinsel şiddete maruz kalma oranı %15,0 olarak saptanmıştır [7]. Bu araştırmanın devam çalışması olarak planlanan ve 2014'de yapılan araştırmada ise, kadınların yaşamının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kalma oranı %12,0, fiziksel şiddete maruz kalma oranı %36,0, ekonomik şiddete maruz kalma oranı %30,0 ve duygusal şiddete maruz kalma oranı ise %42,0 olarak saptanmıştır [8]. Mor Çatı'nın 2021 faaliyet raporuna göre dayanışma merkezine başvuran kadınların en çok psikolojik/ duygusal şiddet türüne maruz kaldığı, ikinci sırada ise bunu fiziksel şiddetin izlediği bildirilmiştir [17].

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nın 2008 verilerine göre; fiziksel şiddete maruz kalma oranı %37,0'dır ve bu oran bölgelere göre %23,0 ila %51,0 arasında değişim göstermektedir. Aynı raporda Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde her iki kadından birinin, fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Aynı araştırmada evli kadınlarda cinsel şiddete maruz kalma oranı %15,0, duygusal şiddete maruz kalma oranı %44,0, ekonomik şiddete maruz kalma oranı ise %40,0 olarak saptanmıştır [7]. Bu oranlar 2014'te gerçekleştirilen Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'ndan daha yüksek olup; kadınların yaşamının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kalma oranı %12,0, fiziksel şiddete maruz kalma oranı %36,0, ekonomik şiddete maruz kalma oranı %30,0 ve duygusal şiddete maruz kalma oranı %42,0 olarak saptanmıştır [8]. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın verilerine göre ise; 2019'da 336 kadın, 2020'de 267 kadın ve 2021'nin ilk 4 ayında 95 kadın şiddet sebebiyle hayatını kaybetmiştir [10].

TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) 2018 yılı verilerine göre kadınların %9,0'u fiziksel şiddetin yaşanmasına zemin hazırlayabilecek en az bir durumun haklılığını kabul etmektedir. Özel durumlar açısından bakıldığında; kadının çocuklarını ihmal etmesi %6,0, eşine karşılık vermesi %4,0 ve kadının yemeği yakması %1,0 oranlarıyla erkeklerin kadınlara fiziksel şiddet uygulamasının doğru bulunduğu oranlardır. Kırsal alanda yaşayanlarda fiziksel şiddetin doğru bulunması oranı %16,0 iken bu oran kentte yaşayanlar için %7,0'ye düşmektedir. Eğitim düzeyi artışıyla kadına yönelik fiziksel şiddetin doğru bulunması arasında ters yönlü bir ilişki

olduğu tespit edilmiştir. Hiç eğitim görmemiş veya ilkokulu bitirmemiş olan kadınlarda fiziksel şiddeti doğru bulma oranı %28,0'ken, lise ve üzeri eğitim almış olanlarda bu oran %3,0'lere kadar düşmüştür. En az bir durumda fiziksel şiddeti doğru bulduğunu belirte kadınların oranı 2013 TNSA verilerine göre %13,0'ken, bu oran 2018 TNSA'ya göre %9,0'a düşmüştür [45].

DSÖ'nün 2021 yılında yayınlanan raporuna göre de, Türkiye'de bir kadının yaşam boyu en az bir kere kadına yönelik şiddete maruz kalma ihtimali %32,0 (Dünya ortalaması %27,0), son 12 ay içinde maruz kalma olasılığı ise %12,0 (Dünya ortalaması %10) olarak raporlanmıştır [9].

Türkiye'de son 10 yılda işlenen kadın cinayetleri verilerinin toplandığı, kadıncinayetleri.org adresinden ulaşım sağlanabilen haritalama çalışmasına göre, Türkiye'de 2010-2020 yılları arasında 2534 kadın öldürülmüştür. Vakaların 1656'sında fail, yakın partner olarak adlandırılan "eş/eski eş, erkek arkadaş/eski erkek arkadaş veya dini nikahlı eş" olarak kaydedilmiştir. Her beş kadından biri boşanma/ayrılık isteği sebebiyle öldürülmüştür. 517 kadın cinayetinde (10 kadın cinayetinden ikisi), cinayet öncesi şiddet, tehdit veya taciz olduğu tespit edilmiştir [46]. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu'nun raporunda yer alan verilere göre ise; 2021 yılında Türkiye'de 280 kadın cinayeti gerçekleşmiş ve 217 şüpheli kadın ölümü tespit edilmiştir. Cinayet kurbanı olan 280 kadından 33'ünün önceden polis ya da savcılığa şikâyetle bulunduğu ya da koruma kararı olduğu tespit edilmiştir. 2021 yılında öldürülen 280 kadının 124'ü evli olduğu erkek, 37'si birlikte olduğu erkek, 24'ü tanıdık biri, 21'i eskiden evli olduğu erkek, 16'sı akrabası, 13'ü eskiden birlikte olduğu erkek, 13'ü babası, 11'i oğlu, 6'sı kardeşi, 3'ü tanımadığı biri, 1'i kendisini bir süredir takip eden biri tarafından öldürülmüştür. 11 kadının ölümüne sebep olan kişilerin yakınlık durumu tespit edilememiştir [47]. Avrupa Birliği tarafından desteklenen CEİD İzler Hibe Programı Şiddetin İzleri Projesi 2017-2021 Raporu'na göre şiddete uğrayan kadınların 2.398'ünün (%94,9) psikolojik/duygusal; 2.335'inin (%92,4) fiziksel, %66,2 (1.672 kadın) ekonomik, %31,1 (787 kadın) cinsel şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Kadınların %89,4'üne şiddet uygulayan kişinin eşi olduğu bulunmuştur. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise; bütün şiddet türlerinin

25-34 yaş grubunda görüldüğü saptanmıştır. Bu durum da flört şiddetine dikkat çekmektedir [11].

Dünya Ekonomik Forumu'nun verilerine göre Türkiye, kadınların ekonomiye katılımı konusunda 156 ülke arasında 133. sırada, siyasi açıdan güçlendirilmesinde 114. sırada ve ilkokula giden kız çocuk sayısında 118. sırada yer almaktadır [48].

2.7. Kadın Haklarıyla İlgili Yaşanan Gelişmeler ve Yasal Düzenlemeler

2.7.1. Uluslararası Alanda Yaşanan Gelişmeler

Birleşmiş Milletler (BM)'in 1945 yılında kurulmasının ardından, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadının güçlendirilmesi amacıyla 1946'da Kadının Statüsü Komisyonu kurulmuştur [22]. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, BM İnsan Hakları Komisyonu tarafından 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilmiştir. BM'e üye ülkelerden altı ülke çekimser kalmış, Suudi Arabistan ve Güney Afrika beyannamenin reddi yönünde oy kullanmışlardır [49]. BM, 1975 yılında Mexico City'de "Birinci Dünya Kadın Konferansı" ve sonrasında bunu takip eden konferanslar gerçekleştirmiştir. BM 1975-85 yılları arasındaki dönemi "Kadınların On Yılı" olarak ilan etmiş, bu sayede kadına yönelik şiddete dair uluslararası norm ve standartlar belirlenmiştir. 1980 yılında Kopenhag'da düzenlenen konferansta şiddet konusu, sağlık alanı çerçevesinde değerlendirilmiştir. 1985'te ise şiddet konusunun ayrıntılı bir biçimde ele alındığı konferans Nairobi'de gerçekleştirilmiştir [50].

1979 yılında BM "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" olan CEDAW'ı oluşturmuş ve CEDAW 1981 yılında 20 ülkenin onaylamasıyla da uluslararası bir sözleşme haline gelmiştir [51].

"Kadınlara Karşı Şiddetin Ortadan Kaldırılması Hakkında Bildiri" (KKŞOKB) 1993 yılında BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Bildiri kadına yönelik şiddet konusunun uluslararası insan hakları hukuku düzenlenmeleri arasında önemli bir yere sahiptir. Hukuken bağlayıcılığı olmayan bu bildiri, devletlerin iç hukuklarında düzenleme yapması konusunda katkı sağlamıştır [52].

1995 yılında Pekin’de düzenlenen konferansta katılımcı ve katılanların çeşitliliği artmıştır. Yayınlanan Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı’nı imzalayan ülkeler arasında Türkiye de bulunmaktadır. Pekin Eylem Planı’nda kabul edilen ilkeler, pek çok ülkenin beş yıllık kalkınma planlarına girmiştir; bu sayede bu konferans “Taahhütler Konferansı” olarak adlandırılmaktadır [50]. Haziran 2000’de ise BM New York’ta 180 hükümet heyetiyle 2000’den fazla kadın örgütünü ağırlamıştır. Bu toplantıda Pekin Konferansı’nda verilen taahhütlerin değerlendirilmesi yapıldığı için toplantı ‘Pekin +5’ olarak anılmaktadır [53].

“Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)” 11 Mayıs 2011 tarihinde imzaya açılmıştır. Avrupa Konseyi üyesi olan ve içinde Türkiye’nin de yer aldığı 20 ülke tarafından onaylanmıştır [54]. “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi”, kadına yönelik her türlü şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadeleye ilişkin standartların belirlendiği aynı zamanda Avrupa ülkelerini hukuki olarak bağlayan ilk belge olması özelliklerini taşımaktadır [55].

2.7.2. Türkiye’de Yaşanan Gelişmeler

Türkiye’deki kadın haklarıyla ilgili sürece baktığımızda, 1924 yılında kabul edilen “Tevhidi-i Tedrisat Kanunu”yla kadınlara erkeklerle eşit eğitim imkânı sunulmuştur. 1925 yılında kılık kıyafet kanunu kabul edilmiş ve bu sayede kadınların yasal statüsü değişmiştir. 1926’da çıkarılan “Türk Medeni Kanunu” ile, kadının aile içinde eşit haklara sahip olması sağlanmıştır. Kadınlara 1930’da yerel seçimlerde, 1934’te ise genel seçimlerde seçme ve seçilme hakkı verilmiştir [56]. Uluslararası Kadın Konferansı Atatürk’ün himayesinde 1935 yılında İstanbul Beylerbeyi Sarayı’nda toplanmıştır [22]. 1965’te 557 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiş, bu yasayla kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemler kullanılmasının serbest olmasının sağlanması hedeflenmiştir [57]. 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası sayesinde; istemediği gebeliği sonlandırmada kadına karar yetkisi verilmesini hedeflenmiştir [58]. 1990 yılında sonradan adı “Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü” (KSGM) olarak değiştirilen kadın-erkek eşitliği ve toplumsal cinsiyet

ayırıcılığının önlenmesi konularında savunuculuk yapan ve uygulamaları izleyen “Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü” (KSSGM) kurulmuştur. Yine aynı yıl içinde tecavüz mağdurunun hayat kadını olması durumunda cezanın indirilmesini öngören kanun hükmü, TBMM tarafından yürürlükten kaldırılmıştır [58]. Türkiye 1994 yılında düzenlenen Kahire-Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda ICPD’yi, 1995 yılında Pekin’i imzalamıştır [22, 58]. Ülkemizde kız çocuklarının eğitime devamını sağlamak amacıyla, 1997 yılında zorunlu temel eğitim süresi 8 yıla çıkarılmıştır. 1998’de ise aile içi şiddete uğrayan kişilerin korunması için gerekli “4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun” kabul edilmiştir. Kadın-erkek eşitliği ile ilgili önemli maddeleri içeren “Yeni Medeni Kanun” 2002 yılında yürürlüğe girmiştir. “Yeni Türk Ceza Kanunu”nun 1 Haziran 2005’te yürürlüğe girmesi ile, aynı yıl içinde “Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu” çalışmalarına başlamıştır. 2006 yılında yayınlanan Başbakanlık Genelgesi’nde “Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirler” yer almıştır [58]. 2009’da TBMM’de Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu kurulmuştur. 2011 yılında imzalanan kanunda kadına yönelik şiddet ve ev içi şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadele konusu yer almaktadır. 2012 yılında “Ailenin Korunmasına Dair Kanun” revize edilmiştir [22]. “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi” (İstanbul Sözleşmesi)’ni Türkiye, 11 Mayıs 2011’de imzalamış ve sözleşmenin onaylanmasına dair karar 8 Mart 2012 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmıştır [59].

2.7.2.1. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Yönelik Kabul Edilen Yasal Düzenlemeler

a. Uluslararası Yasal Düzenlemeler

1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

Türkiye beyannameyi ilanından kısa bir süre sonra kabul etmiştir ve 6 Nisan 1949 tarih ve 9119 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Resmi Gazete’de yayınlanmıştır

[49]. Sözleşmenin ilk maddesi ile insan haklarına saygı yükümlülüğünden bahsedilerek, sözleşmeci taraf olan ülkeler bağlanmıştır. Sözleşmenin sekizinci maddesinde aile hayatının korunması, 14. Maddesinde beyannamede yer alan hak ve özgürlüklerden yararlanmada cinsiyet, ırk, dil vb. ayrımcılığın önlenmesi amaçlansa da kadını ve aileyi özel olarak korumayı amaçlayan bir düzenleme yoktur. Buna karşılık beyannamenin hükümlerinde geçen ”herkes” ifadesi, her insanın aynı haklara sahip olduğunu göstermektedir. 22 Kasım 1984 tarihli Ek 7 Nolu Protokolde “Eşler Arasında Eşitlik” başlıklı 5. Maddesi evlilik birliğinde kadınların erkeklere karşı korunmasını açıkça belirtilmesiyle bu konuda önemli bir ilerleme kaydedilmiştir [36].

2) Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW)

Sözleşmeyi Türkiye 1985 yılında onaylamış ve TBMM’de 3232 sayılı Kanun ile uygun bulmuştur [60]. CEDAW’da yer alan temel ilkeler, kadın haklarının evrensel olduğunu ve bu hakların ayırım gözetmeksizin her kadına tanınması gerektiğini vurgulamaktadır. CEDAW kadınlar ile ilgili mevcut insan haklarının dünyanın her yerinde, her toplumda ve her kadın için aynı olduğunu ve medeni hal, toplumsal konum gibi değişkenlerden bağımsız bir şekilde her kadın için eşit derecede tanınmasının gerekliliğini belirten bir sözleşmedir [61]. Güncel durumda sözleşmeye taraf ülke sayısı 189’dur [62].

3) İstanbul Sözleşmesi

Türkiye, “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)” 11 Mayıs 2011 tarihinde imzaya açıldığı gün imzalayan ülkeler arasındadır. [54]. Sözleşmenin özelliği kadına yönelik şiddetin insan hakları ihlali olduğunu ön plana çıkarması ve sözleşmeye taraf olan üyelerin uygulamalarının oluşturulan bağımsız mekanizmalarca denetlenmesini sağlamasıdır [36].

Sözleşmeye göre; resmi eğitim ve öğretim müfredatlarında kadın erkek eşitliği, her türlü şiddetle mücadele konularına yer verilecek, şiddet faillerini eğitmek üzerine programlar oluşturulacak, şiddet vakalarının ayrıntılı istatistikî verileri toplanacak,

mağdurlara gerekli durumlarda güvenli konaklama sağlamak üzere gerekli düzenlemeler yapılacak, mağdurların faydalanması için ülke çapında 24 saat kesintisiz, ücretsiz telefon destek hattı kurulacak, şiddet eylemlerine tanık olanların yetkili mercilere ihbarda bulunması teşvik edilecek, şiddet mağdurlarına yeterli hukuksal başvuru yolları konusunda yardım edilecek, şiddete uğrayan kişilere tazminat ödenmesi sağlanacak, şiddet suçları mağdurun şikâyetine ve ifadesine bağlı olmayacak, yetişkin veya çocuk olması farketmeksizin herhangi bir bireyi evliliğe zorlamak suç sayılacak, zorla gerçekleştirilmiş olan evliliklerin mağdura yük olmayacak şekilde feshi, iptali ve sonlandırılması sağlanacaktır [63]. İstanbul Sözleşmesi, 9. bölümünde “İzleme Yöntemi” başlığı altında; tarafların sözleşmeyi uygulamasının izlenmesinden sorumlu bağımsız uzman bir kuruluş olan “Kadınlara Yönelik Şiddetle ve Aile İçi Şiddetle Mücadele Konusunda Uzmanlar Grubu” (GREVIO) düzenlenmiştir. Türkiye GREVIO tarafından hazırlanmış olan anket formunun cevaplarından oluşan bir raporu, 2017 yılında GREVIO’ya sunmuştur. Aynı yıl saha araştırması yapmak için GREVIO ülkemize gelmiş ve 15 Ekim 2018’de Türkiye Raporu’nu açıklamıştır [59].

b. Ulusal Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de kadın hakları konusunda ilk hukuki kazanım fuhuş yapanlara tecavüzde ceza indirilmesini öngören TCK’nın 438. maddesinin 21 Kasım 1990’da yürürlükten kaldırılmasıdır. 29 Kasım 1990’da kadınların ev dışında çalışmasını kocanın iznine bağlayan eski Medeni Yasa’nın 159. maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. 1997 yılında ise kadınlar kocalarının soyadları ile birlikte kendi soyadlarını kullanma hakkı elde etmişlerdir [64].

1) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 10. maddesine göre, herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. Anayasanın 41. maddesi ise; ailenin Türk toplumunun temeli olduğuna ve eşler arasındaki eşitliğe dayanır [65].

2) Türk Medeni Kanunu

Türk Medeni Kanunu 4 Ekim 1926 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kanunda kadın erkek eşitliğini sağlamaya yönelik pek çok hüküm bulunmaktadır; ancak zaman içerisinde yetersiz kalması nedeniyle, 01.01.2002 tarihinde eşitlik ilkesi ile ilgili yeni düzenlemeler yapılması gerekmiştir. Yapılmış olan en köklü değişiklikler Aile Hukukunda özellikle mal rejimleri konusunda yapılmıştır [66].

Türk Medeni Kanunu (TMK) 162/1. Maddesinde; “Eşlerden her biri diğeri tarafından hayatına kastedilmesi veya kendisine pek kötü davranılması ya da ağır derecede onur kırıcı davranışta bulunulması sebebiyle boşanma davası açabilir.” hükmü ile karı-koca arasında doğan şiddetin boşanma için geçerli ve yeterli bir sebep olduğu açıkça belirtilmiştir (4721 Sayılı TMK). TMK 124/1. Maddesine göre: “Erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir.”, TMK 194/1. Maddesinde ise “Eşlerden biri, diğer eşin açık rızası bulunmadıkça, aile konutu ile ilgili kira sözleşmesini feshedemez, aile konutunu devredemez veya aile konutu üzerindeki hakları sınırlayamaz. Rızayı sağlayamayan veya haklı bir sebep olmadan kendisine rıza verilmeyen eş, hâkimin müdahalesini isteyebilir.” ibareleri yer almaktadır [67].

3) Türk Ceza Kanunu

1 Haziran 2005'te yürürlüğe giren yeni Ceza Kanunu kadın kuruluşları, barolar, kadın akademisyenler, KSGM bürokratları, kadın milletvekilleri ve iş birliği ile çıkartılmıştır. Eski kanunla kadına yönelik cinsel şiddet içeren suçlara, “genel ahlak ve aile düzenine ilişkin suçlar” bakış açısı oluşması nedeniyle namus gerekçesi ile işlenen suçlarda ceza indirimini sağlıyordu. Yeni kanun, cinsel şiddet içeren suçları “kişilik hak ve özgürlüklerine karşı suçlar” olarak tanımlamaktadır. Tecavüzcüyle evlenmede cezanın ertelenmesini öngören madde kaldırılmıştır. Töre cinayetleri “nitelikli insan öldürme” olarak kabul edilmiştir [64].

4) Çocuk ve Kadınlara Yönelik Şiddet Hareketleriyle Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi İçin Alınacak Tedbirlere ilişkin Başbakanlık Genelgesi

2006 yılında TBMM'de töre ve namus cinayetleri ile kadınlar ve çocuklara yönelik şiddetin sebeplerinin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan Meclis Araştırma Komisyonu'nun hazırladığı rapor göre bir Başbakanlık Genelgesi yayınlamıştır. Genelge, kadınlara yönelik her türlü şiddet eyleminin önlenmesini bir “devlet politikası” olarak kabul etmiştir. Bu konudaki çözüm önerilerinin yaşama geçirilmesinde kurumlar arası detaylı bir iş birliği öngören genelge; sorumlu kuruluşlardan üçer aylık ayrıntılı faaliyet raporları hazırlamasını düzenlemektedir. KSGM genelgede yer alan tedbirlerin hayata geçirilmesinde koordinatör kurum olarak belirlenmiştir [64].

5) Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 sayılı kanun)

2012 yılında kabul edilen 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'da; “ev içi şiddet”, “kadına yönelik şiddet” ve “şiddet” tanımları ayrıntılı olarak yapılmış ve kadınların başvurularını yaptıkları her bir birimin görev ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmıştır. Kadın ilk başvurusunu ister kolluğa ister adli makamlara ya da Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı'na yapmış olsun her bir birimin alması gereken acil tedbirlere yer verilmiştir. 7 gün 24 saat şiddete karşı koruyucu ve önleyici konularda hizmet vermek üzere kurulan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)'nin açılması yer alan bir diğer olumlu düzenlemedir [68].

Uzun yıllardır tartışılan şiddet olgusu, en önemli evrensel sorunlardan biri olmakla birlikte hala çözüm üretilemeyen bir sorundur. Kadına yönelik şiddet sorununun önüne geçebilmek adına ülkeler mevcut yasaları iyileştirmek, ihtiyaç olan

yeni yasal düzenlemeleri getirmek ve bu yasalara uygun olacak şekilde stratejik eylem planları hazırlamak için birçok düzenlemeye gitmektedir [55].

2.8. Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Hizmet Veren Kurumlar

2.8.1. Gönüllü Kadın Kuruluşları

a. Kadın Dayanışma Vakfı

Vakfın kökeni Ankara’da 1987 yılında bir grup aktivist kadının oluşturduğu “Kadın Tartışma Grubu”na dayanmaktadır. Bu grup düzenli olarak bir araya gelerek bilinç yükseltme toplantıları yapmıştır. Bu toplantılarda biriken deneyimler sonrası, şiddete maruz kalan kadınların ücretsiz destek alabilecekleri bir Kadın Danışma Merkezi açma ihtiyacına dair adımlar atılmıştır. Daha sonra 1993 yılında bu tartışma grubu; kadına yönelik her türlü şiddetle mücadele etmeyi amaçlayan, şiddete maruz kalan kadınlarla dayanışma kuran ve bağımsız bir kadın örgütü olan Kadın Dayanışma Vakfı’na evrilmiştir. Vakıf kamuoyuna ve medyaya yönelik çalışmaları ile kadının insan hakları konusunda baskı oluşturarak, kadına yönelik şiddetin meşruiyetini sona erdirmeye yönünde toplumsal değişime katkıda bulunmaktadır [69].

b. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 1990 yılında kadına yönelik şiddetle mücadele etmek amacıyla kurulmuştur. Mor Çatı’da kadınların özgür ve eşit koşullarda yaşadığı, toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılık ve erkek şiddetinden uzakta bir yaşam kurabilmeleri hedeflenmiştir. Bu amaçla dayanışma merkezi ve sığınakta kadınları güçlendirici sosyal çalışma yapılmaktadır. Kadınlardan edinilen bilgi ve alanda çalışmanın kazandırdığı deneyim ışığında, hem yasalarda yapılması gereken kadından yana dönüşümler belirlenmekte hem de hali hazırda var olan yasaların uygulamasındaki eksikler tespit edilmektedir. Uygulamadaki eksiklerin giderilmesi için kadına yönelik şiddetle mücadelede yetki ve sorumluluğu olan kamu kurumlarının çalışma ve politikalarının izleme ve değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu amaçla bilgi

edinme başvuruları yürütülmektedir. CEDAW, GREVIO gibi uluslararası izleme mekanizmalarına mevcut durumu aktaran raporlar sunulmaktadır [70].

c. Kadın Danışma Merkezi

Kadın Danışma Merkezleri, kadınların şiddete uğradıklarında yüz yüze, telefonla, internet aracılığı ile ya da mektupla başvurabilecekleri danışmanlık ve yönlendirme merkezlerdir. Ücretsiz destek sağlamakta ya da sağlayabilecek kuruluşlara yönlendirmektedir. Sığınakların adresleri güvenlik sebebiyle gizli tutulduğundan, kadın danışma merkezleri sığınaklar için başvuru noktası olarak da faaliyet göstermektedir. Kadın Danışma Merkezleri'nin bazılarında sadece gönüllüler, bazılarında sadece profesyoneller yer alırken; merkezlerin bir kısmında da profesyonel ve gönüllü çalışanlar bir arada çalışmaktadır [71].

2.8.2. Resmi Statüdeki Devlet Kurum ve Kuruluşları

a. Adli Kurumlar

Kadına yönelik şiddet durumunda adli kurumlara yapılan başvurular sonucunda alınan tedbirler, 4320 sayılı “Ailenin Korunması Kanunu”na dayandırılarak yerine getirilmekteydi [22]. Zamanla kanunun daha kapsayıcı olması gereken kısımların farkına varılması nedeniyle 6284 sayılı yasa kabul edilmiş ve adli kurumlar da bu yasanın gerekliliklerine göre çalışmalarını sürdürmüşlerdir. 6284 sayılı yasanın en çok öne çıkan özelliklerinden biri ise evli olan ve evli olmayan ayrımını ortadan kaldırması olmuştur. Aynı zamanda bu yasayla beraber kolluk kuvvetleri, Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı ve adli kurumların işleyişi açık bir biçimde tanımlanmıştır.

Hakimlerin alabileceği koruyucu ve önleyici tedbirler ayrıntılı olarak ifade edilmiştir [68].

b. Kolluk Kuvvetleri

6284 sayılı yasaya göre kurulmuş olan “Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri” (ŞÖNİM)’nin koordine çalıştığı kurumlardan biri kolluk kuvvetleridir. Şiddet uygulayan veya uygulama ihtimali olan kişilere yönelik tedbirlerin gecikmesi durumunda, kolluk kuvvetleri de tedbir kararı alabilmektedir [72]. İstanbul Sözleşmesi’ne göre; taraf devletlerin kolluk kuvvetlerinin, her türlü şiddete acil ve yerinde müdahale etmesini sağlamak üzere, gerekli hukuki veya diğer önlemleri almaları gerekmektedir [54].

c. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)

SHÇEK, devletin oluşturduğu ilk kurum olma özelliğini taşımaktadır. 27 Mayıs 1983 tarihinde “2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu” ile kurulmuştur. Kadın misafirhaneleri ve toplum merkezleri ile şiddete mağduru olan kadınlara hizmet vermektedir. Kadınlara, çocuklara, yaşlılara ve engellilere yönelik çalışmalar yapmakta, ayni ve nakdi yardımda bulunmakta olup, Başbakanlık’a bağlı olarak faaliyetlerini yürütmektedir [73].

d. Aile Araştırma Kurumu (AAK)

29 Aralık 1989 tarihinde, 396 sayılı kanun hükmünde kararname ile kurulmuştur. Aile bütünlüğünün korunması, sosyal sorunların tespit edilmesi amacıyla yapılan projelere destek olmaktadır. Kadına yönelik şiddet konusunda da çalışmalar yürütmekte, kadına yönelik şiddeti önleme amacıyla eğitimler ve araştırmalar gerçekleştirmektedir [73].

e. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü

Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelge’si uyarınca kadına yönelik şiddet ve töre/namus cinayetlerinin önlenmesi

konularında koordinatör kurum olarak belirlenmiştir. Genelge'nin “Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Çözüm Önerilerinin Yaşama Geçirilmesinde Koordineli Çalışması Gereken Kurumlar” bölümünün “Hizmet Kurumları” alt başlığı altındaki 9. Madde ile, Ulusal Eylem Planı hazırlama yükümlülüğü de bu kuruma verilmiştir [74].

f. Kadın Sığınma Evleri

Kadın sığınma evleri, kadına yönelik şiddeti önleme konusunda önemli yapıtaşlarından biridir. Sığınma evi, şiddet mağduru kadına bir alternatif oluşturmakta ve aynı zamanda şiddet uygulayan kişiyi de yalnız kalma düşüncesi ile durdurmaktadır. Kadın sığınma evleri, öncelikle şiddetten kaçan kadınlar için can güvenliği ve kalacak yer sağlamaktadırlar. Bu kurumların adresi gizli tutulmaktadır. Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları ya da özel hukuk tüzel kişilerin açacağı kadın sığınma evlerinin açılması esnasında, devletten onay alınması gerekmektedir; ancak bu sığınma evleri iç tüzüklerini düzenlemede özgür bırakılmaktadır. Bakanlık yılda bir kere bu kuruluşları denetlemektedir. Türkiye’de devlet tarafından açılan kadın sığınma evleri SHÇEK’e bağlı olarak çalışmaktadırlar [75].

g. Belediyeler

Belediyeler yerel yönetimler içinde kadınlara en çok hizmet sunan kurumlar arasındadır. Kadınlara ekonomik destek yanında, ücretsiz hukuksal, tıbbi ve psikolojik destekler de sağlamaktadır [36]. 2005 yılında 5393 sayılı yeni “Belediye Kanunu” olarak yürürlüğe girmiştir. Kanunun (a) bendinde “Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000’i geçen belediyeler, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açar” hükmü yer almaktadır. Bu hüküm 6284 sayılı yasanın yönetmeliğinde Büyükşehir Belediyelerinde ve nüfusu 100.000’i geçen belediyeler sığınma evi açar şeklinde güncellenmiştir [72]. 2010 yılında İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan 10 No’lu “Kadın ve Kız Çocuklarının İnsan Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi Genelgesi” ile, tüm yerel politika ve hizmetlerinde toplumsal cinsiyet eşitliği sağlanması, yerel

yönetimlerin bünyelerinde İl Kadın Hakları Koordinasyon Kurulları kurulması ve yerel yönetimlerde eşitlik birimleri kurulması hedeflenmiştir [76].

h. Barolar

Şiddete maruz kalan ya da maruz kalma riski olan kadınlar, baroların adli yardım ile danışma yönlendirme hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Barolar, avukatlık ücretlerini ve diğer giderleri karşılayacak olanağı bulunmayan kişilere, ücretsiz avukatlık hizmetleri verilmesini sağlamaktadır. Adli yardım istemi, adli yardım bürosuna veya temsilciliklerine başvurularak ya da kolluk kuvvetleri aracılığıyla da yapılabilir [22].

i. Sağlık Kurumları

2014 yılında yayımlanan kadın yakın partner şiddeti durumuna ilişkin ulusal bir rapora göre, kadına yönelik yakın partner şiddeti mağdurlarının en sık kabul yerleri polis karakolları olup, bunu ikinci sırada sağlık kurumları izlemektedir [12]. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve hastaneler kadına yönelik şiddet konusunda hizmet vermektedir [77]. Gerekli durumlarda yataklı tedavi hizmeti veya ihtiyaca göre devletin diğer kurumlarına da yönlendirme yapılabilir.

2.9. Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Sağlık Çalışanlarının Rolü

Kadınlar şiddete uğradıklarında akut dönemde ve uzun vadede meydana gelen sorunları için sağlık kurumlarından hizmet almakta, böylece sağlık çalışanları ile temasa geçmektedir. Ancak sağlık çalışanları mağdurlarla genellikle farkında olmadan karşılaşmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına, şiddete uğramış kadınları fark etmede önemli görevler düşmektedir [41].

Şiddet mağduru kadınlara yönelik sunulması gereken sağlık hizmetleri farklı yasa ve yönetmeliklerde de tanımlanmaktadır. 6284 Sayılı yasa ve buna bağlı çıkan

yönetmelikler ile şiddet ile alakalı önleyici adımlar, uzman eğitimleri, tedavi programları, psikolojik hizmetler, hukuksal ve adli adımlar, sığınakların kullanılması vb. konular düzenlenmiştir. İstanbul Sözleşmesi'nin 20. maddesinde şiddet eylemi sonrasında mağdurların iyileşmelerini hızlandıracak sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişimlerinin kolayca sağlanması ve gerekli tedbirlerin devlet tarafından alınması; 25. maddesinde ise cinsel şiddete maruz kalan mağdurların muayenesi, travmadan kurtulmalarına yönelik hizmet ve danışmanlık verebilecek kriz merkezlerinin veya cinsel destek sevk merkezlerinin kurulmasına yönelik tedbirlerin alınmasını içermektedir [78].

Başta birinci basamak olmak üzere tüm sağlık kurumlarında hizmet veren hekim ve diğer sağlık personelleri, şiddet mağduru olan kadınları ilk tespit edebilecek kişiler oldukları için, anahtar role sahiptirler [36]. Bu nedenle sağlık çalışanları çeşitli nedenlerle sağlık kurumuna başvuran kadınlarda, mutlaka şiddeti akıllarına getirmeli ve sorgulamalıdır. Kadının şiddet sonucu oluşabilecek bir sağlık sorunu veya şiddetin sebebiyet verebileceği belirti ve bulgular ile sağlık kurumuna başvurması, yapılan aile içi şiddet taramasında son bir ay içerisinde şiddete maruz kaldığının ya da şiddet riskinin fark edildiği durumlar şiddetin sorgulanması gereken durumlardır. Bu sorgulamaların yapılmasının amaçları; şiddet riski değerlendirmesi yapmak, şiddete mağduru kişiyi yasal hakları konusunda bilgilendirmek, mevcut imkanlar dahilinde kişinin güvenliğini sağlamak ve yararlanabileceği destek mekanizmaları hakkında bilgi vermektir [79]. Şiddet mağduru kadın, pek çok sebepten ötürü sağlık çalışanına ulaşma konusunda geç kalabilmektedir. Bu süre zarfında tıbbi olarak kayıt altına alınması gereken birçok fiziksel bulgu yok olabilmektedir. Geriye şiddetin kadında yarattığı ruhsal travma gibi bulguların kaldığı durumlarda, şiddetin tespiti zorlaşmaktadır. Bu durumda detaylı alınacak öykü ve ayrıntılı yapılacak fizik muayene önem arz etmektedir [80].

2.10. Birinci Basamakta Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddetine Yaklaşım

Birinci basamak sağlık çalışanları şiddeti tespit etmede, olguyu yönetmede ve önlemede ilk ve en önemli basamaktır. Bu nedenle olası şiddet vakası tespiti durumunda; gerekli kurumları bilgilendirerek, toplumsal ve yasal sistemleri harekete geçirebilme yetkinliğine sahip olmalıdır. Çoğu kadın şiddet sonucu meydana gelen sağlık sorunları sebebiyle başvurduğunu açıkça belirtmemektedir. Bu durumun tespiti; hekimin şiddet ihtimalini aklında tutmasına, risk faktörlerini değerlendirmesine, yaralanmanın türüne, bireylerin verdiği sinyallere ve eşlik eden sosyal faktörlere bağlı olmaktadır. Şiddet şüphesi olan durumlarda, birinci basamak hekimi, hasta ile yalnız ve özel olarak görüşmeye çalışmalıdır [81].

Yakın partner şiddeti müdahalesi için mevcut ulusal uygulama kılavuzları, şüpheli veya doğrulanmış şiddet vakalarında birinci basamak çalışanlarının sorumluluklarını açıkça tanımlamaktadır. İlk olarak, hekimlerin yerel Sağlık Müdürlüğü'nü bilgilendiren ulusal elektronik sağlık kayıt sistemine bir “şiddet kodu” kaydetmeleri beklenmektedir. Bu kayıt aynı zamanda mağdurun muayenesinin bulgularını da içermelidir. Bundan sonra, yerel Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü'ne ve mağdurlara destek için 7/24 çalışan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi'ne bildirimde bulunmak için “kadına yönelik yakın partner şiddeti” dosyası oluşturulmalıdır. Bu merkezler psikolojik danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları, avukatlar, hemşireler ve psikologlardan oluşan ekiplerle donatılmış, devlet tarafından işletilen; finansal yardım, psikolojik, profesyonel, yasal ve sosyal rehberlik ve barınma sağlayan sığınaklardır. İhtiyaç sahibi olan ya da birinci basamak sağlık çalışanları tarafından sevk edilen kadınlar, çocukları ile birlikte bu kurumlarda barınma imkânı bulabilmektedir. Son olarak, herhangi bir tehlike göstergesi varsa hemen polisi aramayı içeren bir güvenlik planının tartışılması için mağdurun güvenliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren ASM’de görev alan aile hekimleri ile DSP’nin ayrıca şiddet mağdurlarını değerlendirmesi, bulguları belgelemesi ve gerekirse tıbbi bakım sağlaması beklenmektedir. Ancak, ulusal mevzuatımızda çeşitli yasal düzenlemeler bulunmasına

rağmen, şiddet mağdurlarına başarılı müdahale, hizmet sunucularının bilgisine, tutumlarına ve hazırlıklı olmalarına bağlıdır [12].

Kadına yönelik şiddet olan durumlarda, gerekli bildirimlerin yapılmasının ardından, aileyle bağlantıyı sürdürecekt olanlar birinci basamak sağlık çalışanlarıdır. Birinci basamak sağlık çalışanları kişilere sunulan destek hizmetlerinin devamlılığını sağlayabilmelidir [41].

2.11. Kadına Yönelik Şiddette Sağlık Çalışanlarının Müdahalesinin Önündeki Engeller

Birinci basamakta fark edilemeyen ve gözden kaçan her olguda, şiddet kronikleşmekte ve çok daha ciddi sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumları ile ilgili çalışmalar irdelendiğinde, Türkiye’de sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet vakalarını ortaya çıkarma ve müdahale etme konusunda isteksiz oldukları görülmektedir. Bu durumun nedenleri ise; yetersiz eğitim programları ve kişisel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır [82]. Konuyla ilgili farklı çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusuyla ilgili önyargılarının olmasının, müdahalelerini olumsuz yönde etkileyebileceği fark edilmektedir [83]. Sağlık çalışanlarının konuyla ilgili önyargıları; kadına yönelik şiddetin bazı durumlarda haklı nedenlerle gerçekleştiği, kadınların şiddeti hak ettiği ve şiddetin kabul edilebilir olduğu şeklinde sıralanabilir [82, 84]. Sağlık çalışanlarının şiddete mağduru kadına yaklaşım ve destek konusunda kendilerini yeterli görmemeleri ya da yeterli görseler bile bu duruma müdahale etmenin bir yararı olmayacağını ve şiddete engel olamayacaklarını düşünmeleri nedeniyle şiddet durumunu sorgulamaktan çekinmektedirler [82]. Bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusunda müdahalelerinin önündeki engellere; gerekli işlem ve müdahaleleri yapabilecek yeterli zamana sahip olamama, şiddet mağduru olan kadınların özel hayatlarını anlatacakları uygun ortama sahip olmama, kadınların kendilerinin şiddete uğradıklarını düşünmemeleri (farkında olmamaları veya yaşanan şiddetin hayali olduğunu düşünmeleri) eklenebilir [22].

Bu nedenle sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin duyarlı yaklaşımları şiddetin tanılanması, tedavisi ve tedavi sonrasında verilmesi gereken hizmetler açısından oldukça önemlidir [82].



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu tez çalışması İstanbul'da hizmet veren aile hekimleri ve diğer sağlık personelinin kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Nicel ve nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma araştırma yöntemi ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına uygun şekilde oluşturulan araştırma hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

H1: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H2: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H3: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H4: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları mezuniyet öncesi dönemde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H5: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları mezuniyet sonrası dönemde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H6: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H7: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını polise bildirme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H8: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını sosyal hizmet birimlerine bildirme durumuna göre farklılık göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

3.3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul ilinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 1'de gösterilmektedir. Araştırmanın verileri Şubat 2022 ile Haziran 2022 tarihleri aralığında toplanmıştır.

Tablo 1: Çalışma Zaman Çizelgesi

Tarih	Konu Seçimi	Literatür tarama	Planlama ve Veri İzinler toplama	Derinlemesine Görüşmeleri Yapma	Deşifre	Analiz Yapma	Tez Yazımı ve Sunumu
Eyl.21	X	X					
Eki.21	X	X					
Kas.21	X	X	X				

Ara.21	X	X				
Oca.22	X	X				
Şub.22	X		X			
Mar.22	X		X			
Nis.22	X		X			
May.22	X		X	X		
Haz.22	X		X	X	X	
Tem.22	X				X	X
Ağus.22	X				X	X
Eyl.22	X					X
Eki.22	X					X

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İstanbul’da mevcut olan ASM’lerde görev alan tüm hekim, hemşire ve ebeler oluşturmaktadır.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Kırklarelinde birinci basamak sağlık çalışanlarıyla yapılmış bir çalışmada sağlık personelinin SÇKŞTÖ puan ortalaması 103 ± 6.24 olarak tespit edilmiştir [85]. Bu ortalamaya bir birimlik farkla benzer bir sonucu elde etmek için etki büyüklüğü 0.1603 olarak hesaplanmış ve %80 güç ve %95 güven düzeyinde en küçük örnek büyüklüğü 308 kişi olarak belirlenmiştir. Olası kayıplar da göz önüne alındığında örnek büyüklüğü %10 genişletilmiş ve 340 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Hesaplama G Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Sağlık çalışanları meslek gruplarına göre tabakalandırıldığında 170 hekim 170 diğer sağlık çalışanının dahil edilmesi hedeflenmiştir.

Niteliksel bileşen için görüşülecek kişilerin seçilmesinde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve niteliksel bileşene dahil edilmesi planlanan kişilerin özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Çalışma için kişiler maksimum çeşitlilik örnekleme ile seçilmiştir. Bu örneklemede seçim; cinsiyet, çalışma yılı ve aile hekimi ve diğer sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık teknikeri) olma kriterleri ile belirlenmiştir. Toplam 8 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir.

Tablo 2: Niteliksel Bileşene Dahil Edilmesi Planlanan Katılımcıların Özellikleri

	Kadın		Erkek	
	≤10 YIL	>10 YIL	≤10 YIL	>10 YIL
Aile Hekimi	1	1	1	1
Diğer Sağlık Personeli	1	1	1	1

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- İstanbul’da mevcut ASM’lerde aktif olarak çalışan hekim olmak,
- İstanbul’da mevcut ASM’lerde aktif olarak çalışan hemşire, ebe olmak,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmaktır.

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- İstanbul’da mevcut ASM’lerden birinde hekim, hemşire veya ebe olarak çalışmamaktır.

3.6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

3.6.1. Nicel Veri Formlarının Hazırlanması

Niceliksel bileşenin verilerinin toplanmasında kullanılacak olan form tez sahibi Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencisi tarafından Google form üzerinden oluşturulmuş olup (bkz. Ek-1) 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özelliklere ait sorular (yaş, cinsiyet, meslek, meslekte çalışma yılı, çalışılan ilçe, öğrencilik yıllarında veya sonrasında kadına yönelik şiddet durumunda yapılması gerekenlerle ilgili eğitim alınıp alınmadığı, eğitim alındıysa nerede ve ne zaman alındığı ve meslek yaşamında kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaşp karşılaşmama durumu soruları) yer almaktadır. İkinci bölümde ise “Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (SÇKŞTÖ)” bulunmaktadır. Bu ölçekte, geliştirilmiş bir senaryo üzerinden sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti saptadıklarında, hangi uygulamaları yapacaklarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Ölçek 1998 yılında hemşirelerin kadına yönelik şiddetle ilgili tutumlarını belirlemek için geliştirilmiştir ve 2007 yılında Gutmanis ve ark tarafından hekim ve hemşireleri kapsayacak şekilde 43 maddeden oluşan haline güncellenmiştir [86, 87]. SÇKŞTÖ’nün ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Gezgin ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçek 43 sorudan oluşmaktadır; ancak geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına göre 33. sorunun çıkarılması uygun bulunduğu için önerildiği üzere 42 soru şeklinde uygulanmıştır. Ölçek dörtlü likert tipte olup; “1=kesinlikle katılıyorum, 2=katılıyorum, 3=katılmıyorum ve 4=kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin, uygulayıcının kontrol eksikliği (1, 4, 6, 7, 9, 21,38. madde), hazır hissetme (2, 8, 14, 15, 16, 17, 23, 27. madde), kendine güven (3, 11,13, 19, 26, 29, 40. madde), konuyu açmada rahatlık (24, 25. madde), şiddet araştırması (5, 10, 18, 20, 22, 30. madde), profesyonel destekler (28, 39, 41, 42. madde), uygulamadaki engeller (12, 31, 33, 35, 36. madde), uygulayıcının sonuçları sorgulaması (32, 34, 37. madde) olmak üzere sekiz alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten en az 42, en çok 168 puan alınır. Ölçeğin kesme puanı ise 84’tür. Ölçekten alınan puanların yükselmesinin, kendine güven, daha hazırlıklı olma, şiddetin

sorgulanmasında rahatlık ve tespit edilen şiddetin sonuçlarına ilişkin kişisel endişede azalma gibi olumlu tutumları yansıttığı bildirilmiştir. [6].

3.6.2. Nitel Veri Formlarının Hazırlanması

Yarı yapılandırılmış görüşme soruları (bkz. Ek-2) ayrıntılı literatür taraması sonrası oluşturulmuş olup, Halk Sağlığı alanında iki araştırma görevlisi doktor ve iki öğretim görevlisi doktorun önerileriyle geliştirilmiştir.

Görüşme formu; yaş, meslek, çalışma yılı, öğrencilik yılları ve/veya mezuniyet sonrasında kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda eğitim alıp almama durumu, eğer eğitim alındıysa alınan eğitimin nitelik ve yeterlilik açısından değerlendirilmesi, eğer eğitim alınmadıysa konuyla ilgili almak istediği eğitimin içeriği, meslek yaşamında herhangi bir kadının görüşmeciyle yakın partner şiddeti konusunu paylaşp paylaşmama durumu, eğer böyle bir olguyla karşılaştıysa olguyu nasıl yönettiği, olguyu tespit etme ve bildirme sırasında karşılaştığı sorunlar ve bu sorunların çözümünün nasıl olabileceği, meslek yaşamında kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusu tespiti sonrası polisi veya Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nü bilgilendirme durumu, eğer bildirim yaptıysa sürecin nasıl işlediği, bir yakının kadına yönelik yakın partner şiddeti yaşaması durumu görüşmecinin meslek yaşamında bu olgulara yaklaşımını etkileyip etkilemeyeceği, kadına yönelik yakın partner şiddetinin tespitini geciktirebilecek durumların neler olduğu ve bu durumun nasıl daha kolay saptanabileceği sorularını içermektedir. Bir pilot görüşme yapılarak formun değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.6.3. Nicel Verilerin Toplanması

Etik kurul onayı (Ek-4) alındıktan sonra online olarak hazırlanmış nicel veri formu İstanbul Aile Hekimleri Derneği (İSTAHED) desteğiyle, hedef gruba gönderilmiştir. Araştırmaya katılacak olan sağlık çalışanlarını bilgilendirme amacıyla, nicel veri formunun giriş bölümünde yer alan, araştırmayı açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yer almaktadır ve çalışmaya katılmayı kabul eden

katılımcılar formu cevaplamıştır. Journal of Medical Internet Research tarafından 2004 yılında online anketlerin sonuçlarını raporlamada kullanılması tavsiye edilen CHERRIES kontrol listesi, online çalışmaların bilimsel kalitesinin artırılmasında önerilmektedir. Bu tez çalışmasında da CHERRIES kontrol listesi kullanılmıştır [88].

3.6.4. Görüşmelerin Yapılması

Niteliksel bileşenin verilerinin toplanmasında; araştırma katılımcılarından gönüllülük esasına dayalı seçilecek 4 hekim ve 4 diğer sağlık personeli olacak şekilde 8 çalışanla, her biri 20-30 dakika sürecek yüz yüze derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşme yapılması planlanmıştır.

Tez sahibi Halk Sağlığı Uzmanlık öğrencisi İstanbul'da bulunan mevcut ASM'lerden rastgele olarak seçilen ASM'lere giderek çalışanlarla yüz yüze görüşme sağlamıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan randevu alınıp gün belirlenmiştir. Sessiz ve katılımcının kendilerini rahat ifade edebilecekleri uygun bir ortamda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nitel bileşenine katılmayı kabul eden ve kriterlere uygun olan katılımcılara görüşme öncesi nitel görüşme onam formu (bkz. Ek-3) verilmiştir. Bu formda araştırmayı açıklayan bilgiler ve yüz yüze görüşmenin ayrıntılarını açıklayan bilgiler yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış açık uçlu sorular (Ek-2) ile tez yazarı tarafından, derinlemesine yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır. Derinlemesine görüşmeler sıklıkla açık uçlu sorularla, araştırılan konunun tüm boyutlarını kapsayan ve detaylı yanıtların alınmasını sağlayan, niteliksel araştırmalarda kullanılan bir veri toplama tekniğidir [89].

Katılımcılardan onay alınarak görüşmeler ses kaydına alınmıştır. Katılımcılara görüşme öncesi kod adları verilmiş olup, döküman ve ses kayıtlarında kod adı kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel bilgileri herhangi bir kurum veya kişi ile paylaşılmamıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Nicel bileşenin analizi için niceliksel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmamızda verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Versiyon 26.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA, Lisans: İstanbul Üniversitesi) programı kullanılmıştır. Başlangıç analizleri olarak normal dağılımın değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde normal dağılım, ortalama, standart sapma ve sıklık değerleri hesaplanmıştır. Sosyodemografik değişkenlerle sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddetine yönelik tutum ve uygulamaları konularındaki görüşleri arasındaki olası anlamlı ilişkileri belirlemek için MWU ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturan grubun tespit edilmesi için Post-hoc analizler yapıp istatistiksel anlamlılık düzeyi Bonferroni düzeltmesiyle saptanmıştır. SÇKŞTÖ'nün puanları ile sürekli verilerin ilişkisinin tespit edilebilmesi için Spearman Korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilerek $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Nitel bileşenin analizi için katılımcılara ait ses kayıtları 25 sayfa olarak deşifre edilmiştir, kodlar belirlenip tematik içerik analizi yapılmıştır, temalar ile ilgili alıntılar ifadenin sıklığına ve çarpıcı olup olmadığına göre yapılmıştır. Nitel veri analizinde Google Döküman ve Microsoft Office Word programları kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum Ve Uygulamaları Ölçeği puanı, bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslekte çalışma yılı, kadına yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim durumudur.

3.8. Araştırma Etiği ve İzinleri

Araştırmanın etik kurul izni 24.01.2022 tarih ve 718487 sayılı ile İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (bkz. Ek-4)

Görüşülen kişilere çalışmanın konusu ve ne amaçla yapıldığı anlatılmıştır. Kişisel bilgilerin gizli kalacağı, çalışmaya katılmanın gönüllük esasına bağlı olduğu söylenmiştir. Yüz yüze görüşme yapılan katılımcılardan yazılı olarak imzalı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. (Ek-3)

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın nicel bileşeninin online yürütülmesi akıllı telefona sahip olmayan hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin çalışmaya katılımını sınırlamış olabilir. Araştırma anket formlarına dayalı olarak yapıldığı için, verilerin güvenilirliği, katılımcıların sorulara doğru ve samimi cevap verdiklerine dayalı olarak değerlendirilmelidir.

Araştırmanın nitel bileşeni için 4 aile heimi ve 4 diğer sağlık personeli olacak şekilde toplam 8 kişi dahil edilmesi planlanmış olup; 8 kişiyle de görüşme sağlanmıştır.

Görüşmeler ve bulguların analizi aynı kişi tarafından yapılmış; ancak veriler iki araştırmacı tarafından karşılaştırmalı değerlendirilerek sağlanması yapılmıştır. Niteliksel bileşen için farklı bir niteliksel veri toplama yöntemiyle desteklemesi yapılmamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Bileşene Ait Veriler

4.1.1. Nicel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızın nicel bileşenine 344 birinci basamak sağlık çalışanı dahil olmuştur. Katılımcıların sosyodemografik verilerine ait bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır. Katılımcılar 22,0-61,0 yaş aralığında olup; yaş ortalaması 35,4±8,1 yıl olarak hesaplanmıştır. Yaş gruplarına göre; 114 (%33,1) katılımcı 21-30 yaş, 143 (%41,6) katılımcı 31-40 yaş, 68 (%19,8) katılımcı 41-50 yaş ve 19 (%5,5) katılımcı 51 yaş ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 245 (%71,2)'inin kadın, 99 (%28,8)'unun erkek olduğu tespit edilmiştir. 344 katılımcının medeni durumları incelendiğinde 202 (%58,7)'sinin evli, 125 (%36,3)'inin bekar ve 17 (%4,9)'sinin boşanmış/dul olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 200 (%58,1)'ü hekimlerden ve 144 (%41,9)'ü diğer sağlık personellerinden oluşmaktadır. 200 hekimin 141(%70,5)'i pratisyen hekimlerden, 37(%18,5)'si uzman hekimlerden ve 22(%11,0)'si asistan hekimlerden oluşmaktadır. DSP'nin ise 100(%69,4)'ü hemşire ve 44(%30,6)'ü ebe olarak görev yapmaktadır. Bu kişilerin meslekte çalışma yılı 1 ve 38 yıl arasında olup; ortalaması 11,9±8,2 yıl olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı (n=344)	Yüzde
Yaş grupları (Yıl)		
21-30	114	33,1
31-40	143	41,6
41-50	68	19,8
51 Yaş ve Üzeri	19	5,5
Cinsiyet		
Kadın	245	71,2
Erkek	99	28,8

Medeni durum		
Evli	202	58,7
Bekar	125	36,3
Boşanmış/Dul	17	4,9
Meslek		
Hekim	200	58,1
Pratisyen	141	41
Uzman	37	10,8
Asistan	22	6,4
DSP	144	41,9
Hemşire	100	29,1
Ebe	44	12,8

4.1.2. Katılımcıların Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Durumları ve Polise ve/veya Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirme Durumları

“Kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları”yla ilgili katılımcıların eğitim alma durumları, son bir yılda tespit ettikleri vaka sayıları, meslek yaşamlarında kadına yönelik yakın partner şiddeti vakasını polise ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme durumları ile ilgili veriler Tablo 4'te sunulmuştur. Katılımcıların 200 (%58,1)'ü hiçbir eğitim almamışken, 120(%34,9)'si mezuniyet sonrası dönemde, 117(%34,0)'si sadece bir dönemde, 52 (%15,1)'si mezuniyet öncesinde dönemde, 27(%7,9)'si her iki dönemde eğitim aldığını belirtmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Alma, Polise ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimde Bulunma Durumlarının Dağılımı

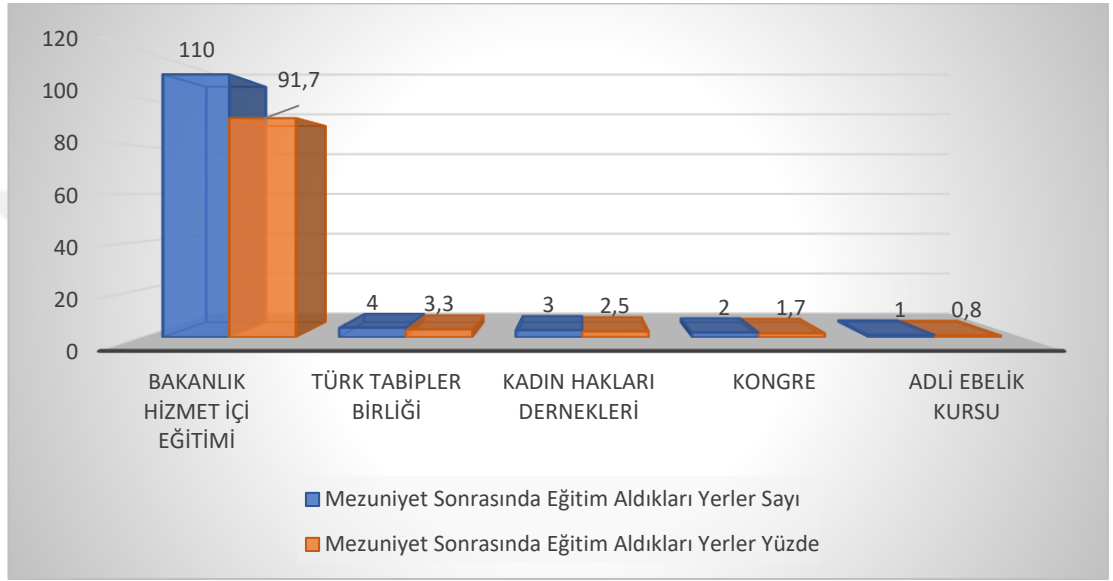
	Sayı	Yüzde
Eğitim Alma Durumu		
Hiç Eğitim Almamış	200	58,1
Mezuniyet Sonrası Eğitim Almış	120	34,9
Sadece Bir Dönemde Eğitim Almış	117	34,0
Mezuniyet Öncesi Eğitim Almış	52	15,1
Her İki Dönem de Eğitim Almış	27	7,9
Son Bir Yılda Kadına Yönelik Şiddet Olgusu ile Karşılaşma Durumu		
Karşılaşmış	224	65,1
Karşılaşmamış	120	34,9
Son Bir Yılda Tespit Edilen Vaka Sayısı	2(1-20)	
Polise Bildirimde		
Bulunmuş	83	24,1
Bulunmamış	261	75,9
Polise Yapılan Bildirim Sayısı	2(1-50)	
Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimde		
Bulunmuş	29	8,4
Bulunmamış	315	91,6
Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Yapılan Bildirim Sayısı	2(1-50)	

Meslek yaşamında kadına yönelik yakın partner şiddet olgusu ile karşılaşan 224 (%65,1) katılımcının, son bir yıl içinde karşılaştıkları kadına yönelik yakın partner şiddeti vaka sayısı ortancası 2(1-20)'dir.

Meslek yaşamında tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner şiddetini polise bildiren 83 (%24,1) katılımcının, bu vakaları polise bildirme sayısı ortancası 2(1-50) iken; 29 (%8,4)'u Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirimde bulunmuştur ve bu bildirimlerin ortanca sayısı ise 2(1-51)'dir.

Katılımcıların mezuniyet sonrasında almış oldukları “kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları” konulu eğitimlerde yararlandıkları kurumlarla ilgili veriler Şekil 2’de yer almaktadır. Mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirten 120 katılımcıdan 110 (%91,7)’unun Sağlık

Bakanlığı tarafından uygun görülen aralıklarla planlanıp gerçekleştirilen hizmet içi eğitimlere, 4 (%3,3)'ünün Türk Tabipler Birliği'nin eğitimlerine, 3 (%2,5)'ünün kadın hakları derneklerinin planlamış olduğu eğitimlere, 2 (%1,7)'sinin kongrelerdeki eğitimlere ve 1 (%0,8)'inin Adli Ebelik Kursu'ndaki eğitimlere katıldıkları saptanmıştır.



Şekil 2: Mezuniyet Sonrası Eğitim Alınan Kurumlar

4.1.3. Katılımcıların Kendisinin veya Bir Yakınının Şiddete Uğramasının Meslek Yaşamına Olası Etkisi

Katılımcıların kendisinin veya bir yakının yakın partner şiddetine uğramasının meslek yaşamına etkisi ile ilgili veriler Tablo 5'te yer almaktadır. Katılımcıların 137 (%39,9)'si kendisinin şiddete uğramasının yakın partner şiddetine uğrayan kadınları tanımasına yardımcı olacağını, 116 (%33,7)'si böyle bir konuyla uğraşırken kaygısının artacağını, 81(%23,5)'i bir etkisinin olmayacağını, 8 (%2,3)'i bu konudan kaçınacağını ifade ederken, 2 (%0,6)'si fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Bir yakının yakın partner şiddetine uğramasının; 187 (%54,3) katılımcının yakın partner şiddetine uğrayan kadınları tanımasına yardımcı olacağı, 79

(%23,0)'unun böyle bir konuyla uğraşırken kaygısının artacağı, 74 (%21,5)'üne bir etkisinin olmayacağı, 3 (%0,9)'ünün bu konudan kaçınacağını ve 1 (%0,3)'ünün fikrinin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların Kendisinin veya Bir Yakının Yakın Partner Şiddetine Uğramasının Meslek Yaşamına Etkisinin Dağılımı

	Katılımcının Yakın Partner Şiddetine Maruz Kalması		Bir Yakının Yakın Partner Şiddetine Maruz Kalması	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Meslek Yaşamına Etkisi				
Hayır etkilemez.	81	23,5	74	21,5
Böyle bir konuyla uğraşırken kaygım artar.	116	33,7	79	23,0
Bu konudan kaçınırım.	8	2,3	3	0,9
Aile içi şiddete uğrayan kadınları tanımama yardımcı olur.	137	39,9	187	54,3
Fikrim yok.	2	0,6	1	0,3

4.1.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puanı Dağılımları

İstanbul'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ve araştırmamıza katılan katılımcıların SÇKŞTÖ puan ortalaması $104,2 \pm 8,6$ (ortancası 104,0; en düşük 68,0; en yüksek 140,0) olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hekim ve diğer sağlık personellerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, meslek grupları, eğitim durumu, polise bildirimde bulunma, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirimde bulunma, kadına yönelik yakın partner şiddeti vakasıyla daha önce karşılaşmış olma, meslekte çalışma yılı gibi bazı sosyodemografik özelliklerine göre SÇKŞTÖ puanlarının dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÇKŞTÖ Puanlarının Dağılımı

	n	En Düşük- En Yüksek	Ortanca	Ortalama±std	p
Cinsiyet*					
Kadın	245	68-140	104,0	104,6±8,4	0,164
Erkek	99	75-136	103,0	103,2±9,0	
Yaş Grupları**					
21-30 yaş	114	82-130	103,0	103,4±7,2	0,456
31-40 yaş	143	68-140	105,0	105,1±9,3	
41-50 yaş	68	75-125	104,0	103,9±8,6	
51 yaş ve üzeri	19	82-126	105,0	104,3±9,7	
Medeni Durum**					
Evli	202	68-140	105,0	105,1±9,1	0,011
Bekar	125	82-136	102,0	102,7±7,9	
Boşanmış/Dul	17	96-125	104,0	105,6±7,1	
Meslek**					
Pratisyen Dr.	141	82-136	105,0	105,1±7,8	0,025
Asistan Dr.	22	84-117	102,5	103,3±8,9	
Uzman Dr.	37	86-123	103,0	103,7±7,4	
Hemşire	100	68-130	102,0	102,3±8,7	
Ebe	44	82-140	106,5	106,8±10,7	
Meslek Grupları*					
Hekim	200	82-136	104,0	104,6±7,9	0,168
DSP	144	68-140	103,0	103,6±9,6	
Mezuniyet Öncesi Eğitim Alma Durumu*					
Mezuniyet Öncesi Eğitim Almış	52	68-123	104,5	103,7±9,6	0,523
Mezuniyet Öncesi Eğitim Almamış	292	82-140	104,0	104,3±8,4	
Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumu*					
Mezuniyet Sonrası Eğitim Almış	120	75-125	103	103,3±8,2	0,124
Mezuniyet Sonrası Eğitim Almamış	224	68-140	104	104,7±8,8	
Eğitim Durumu**					
Her İki Dönemde de Eğitim Almış	27	84-140	105	106,5±11,5	0,185
Sadece Bir Dönemde Eğitim Almış	117	75-126	104	105,0±8,4	
Her İki Dönemde de Eğitim Almamış	200	68-136	103,5	103,5±8,2	
Meslek Yaşamında Tecrübe*					
Kadına Yönelik Şiddet Olgusuyla Karşılaşmış	224	68-136	104	104,3±8,6	0,724

Kadına Yönelik Şiddet Olgusuyla Karşılaşmamış	120	75-140	104	104,0±8,7	
Polise Bildirimde Bulunma Durumu*					
Bildirimde Bulunmuş	83	68-136	105	105,1±9,4	0,396
Bildirimde Bulunmamış	261	75-140	104	103,9±8,4	
Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimde Bulunma Durumu*					
Bildirimde Bulunmuş	29	82-121	103	103,5±9,4	0,662
Bildirimde Bulunmamış	315	68-140	104	104,3±8,6	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır. **: Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre SÇKŞTÖ puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,011$). Bu farkın evli ve bekar katılımcı grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p=0,38$).

Meslek açısından değerlendirildiğinde, SÇKŞTÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,025$); ancak farkın kaynaklandığı grup veya grupları tespit etmek üzere yapılan post hoc analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların yaş, meslekte çalışma yılı, son bir yılda karşılaşılan vaka sayısı, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirimde bulunma sayısı, polise bildirimde bulunma sayısı değişkenleri ile SÇKŞTÖ puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için uygulanan Spearman Korelasyon testi sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile SKÇŞTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Yaş	Meslekte Çalışma Yılı	Son Bir Yılda Tespit Edilen Vaka Sayısı	Sosyal Hizmetler Müdürlüğü Bildirim Sayısı	Polise Bildirim Sayısı	SÇKTŞÖ Puanı
Yaş	X	0,920** <0,001	0,216** <0,001	-0,097 0,619	0,029 0,792	0,081 0,133
Meslekte Çalışma Yılı		X	0,256** <0,001	0,032 0,870	0,006 0,954	0,071 0,189
Son Bir Yılda Tespit Edilen Vaka Sayısı			X	0,234 0,222	-0,071 0,524	-0,002 0,971
Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirim Sayısı				X	0,560* 0,024	0,120 0,535
Polise Bildirim Sayısı					X	-0,052 0,640
SÇKTŞÖ Puanı						X

* $p<0,05$; ** $p<0,001$. İlk sayı Spearman Korelasyon Katsayısı (r), ikinci sayı p değerlerini göstermektedir.

Yaş değişkeni ile son bir yılda tespit edilen vaka sayısı arasında ($r=0,216$, $p<0,001$); meslekte çalışma yılı ile son bir yılda tespit edilen vaka sayısı arasında ($r=0,256$, $p<0,001$); Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirim sayısı ile polise bildirim sayısı ($r=0,560$, $p<0,024$) istatistiksel olarak düşük-orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

4.1.5. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

H1: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.

SÇKTŞÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p*
Hazır Hissetme	Hekim	1,6-3,2	2,3	2,4±0,3	0,359
	DSP	1,5-3,5	2,3	2,4±0,3	
Konuyu Açmada Rahatlık	Hekim	1,0-4,0	2,0	1,8±0,5	0,312
	DSP	1,0-4,0	2,0	1,7±0,5	
Profesyonel Destekler	Hekim	1,0-4,0	2,3	2,4±0,6	0,003
	DSP	1,0-4,0	2,0	2,2±0,6	
Kendine Güven	Hekim	1,0-3,2	2,1	2,1±0,4	0,248
	DSP	1,0-4,0	2,0	2,1±0,5	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Hekim	1,2-4,0	3,0	3,0±0,4	0,525
	DSP	1,1-4,0	3,0	3,0±0,4	
Uygulamadaki Engeller	Hekim	1,0-4,0	2,6	2,5±0,6	0,956
	DSP	1,0-4,0	2,6	2,5±0,7	
Şiddet Araştırması	Hekim	2,0-4,0	2,8	2,8±3,4	0,086
	DSP	1,5-4,0	2,8	2,7±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Hekim	1,0-4,0	2,3	2,3±0,6	0,183
	DSP	1,0-4,0	2,3	2,2±0,6	
Genel	Hekim	1,9-3,3	2,4	2,4±0,2	0,06
	DSP	1,6-3,3	2,3	2,3±0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımlarında Profesyonel Destekler alt boyutunda hekim ve diğer sağlık personelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,003). Bu alt boyut SÇKŞTÖ'deki 'Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde mücadele edebilmeleri için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.', "Kadına yönelik şiddeti sorabilmem ve şiddet gören kadına yardımcı olabilmem konusunda arkadaşlarım, danışmanlarım, yöneticilerim yeterli desteği sağlarlar.", "Çalışma ortamımdaki meslektaşlarımla kadına yönelik şiddet konusunda geliştirilecek programların planlanması ve değerlendirilmesi sürecinde iş birliği içindeyim, olguları yönetme konusunda uzman görüşü alma olanağım var.' maddelerini kapsamaktadır ve hekimlerin DSP'den profesyonel destekler alt boyutunda daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır.

H2: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p*
Hazır Hissetme	21-30 Yaş	1,7-3,2	2,3	2,4±0,3	0,174
	31-40 Yaş	1,5-3,5	2,3	2,4±0,3	
	41-50 Yaş	1,5-3,0	2,3	2,3±0,3	
	51 Yaş ve Üzeri	1,8-3,1	2,3	2,3±0,2	
Konuyu Açmada Rahatlık	21-30 Yaş	1,0-3,0	2,0	1,9±0,4	0,01
	31-40 Yaş	1,0-4,0	2,0	1,8±0,6	
	41-50 Yaş	1,0-3,5	2,0	1,6±0,6	
	51 Yaş ve Üzeri	1,0-2,0	2,0	1,6±0,4	
Profesyonel Destekler	21-30 Yaş	1,0-4,0	2,3	2,3±0,5	0,121
	31-40 Yaş	1,0-4,0	2,3	2,4±0,7	
	41-50 Yaş	1,0-4,0	2,0	2,2±0,7	
	51 Yaş ve Üzeri	1,0-3,3	2,0	2,2±0,6	
Kendine Güven	21-30 Yaş	1,0-4,0	2,2	2,2±0,4	<0,001
	31-40 Yaş	1,0-3,4	2,1	2,1±0,5	
	41-50 Yaş	1,0-3,2	2,0	1,8±0,5	
	51 Yaş ve Üzeri	1,0-2,7	2,0	1,9±0,4	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	21-30 Yaş	1,1-4,0	3,0	2,9±0,4	0,011
	31-40 Yaş	2,0-4,0	3,0	3,0±0,45	
	41-50 Yaş	1,8-4,0	3,1	3,1±0,5	
	51 Yaş ve Üzeri	2,0-3,8	3,1	3,1±0,4	
Uygulamadaki Engeller	21-30 Yaş	1,0-4,0	2,3	2,3±0,7	0,001
	31-40 Yaş	1,2-4,0	2,6	2,6±0,6	
	41-50 Yaş	1,4-4,0	2,8	2,7±0,6	
	51 Yaş ve Üzeri	1,0-3,4	2,8	2,6±0,4	
Şiddet Araştırması	21-30 Yaş	2,0-4,0	2,7	2,7±0,3	0,295
	31-40 Yaş	1,5-4,0	2,8	2,7±0,3	
	41-50 Yaş	1,8-3,6	2,8	2,8±0,3	

	51 Yaş ve Üzeri	2,0-3,5	2,8	2,8±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	21-30 Yaş	1,0-4,0	2,1	2,1±0,6	0,002
	31-40 Yaş	1,0-4,0	2,3	2,3±0,6	
	41-50 Yaş	1,0-4,0	2,3	2,4±0,6	
	51 Yaş ve Üzeri	1,6-3,3	2,6	2,5±0,4	
Genel	21-30 Yaş	1,8-3,0	2,4	2,4±0,1	0,293
	31-40 Yaş	1,6-3,3	2,4	2,4±0,2	
	41-50 Yaş	1,7-3,0	2,4	2,4±0,2	
	51 Yaş ve Üzeri	1,9-2,8	2,4	2,4±0,2	

*: *Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.*

SÇKŞTÖ alt boyutlarının katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımlarında sırasıyla konuyu açmada rahatlık, kendine güven, uygulayıcının kontrol eksikliği, uygulamadaki engeller ve uygulayıcının sonuçları sorgulaması alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (Sırasıyla $p=0,01$, $p<0,001$, $p=0,011$, $p=0,001$, $p=0,002$). Yapılan Post-hoc analizlerle bu farkların konuyu açmada rahatlık alt boyutunda 21-30 yaş grubuyla 31-40 yaş grubu arasındaki farktan; kendine güven alt boyutunda 21-30 yaş grubuyla 41-50 yaş grubu arasındaki farktan; uygulayıcının kontrol eksikliği alt boyutunda 21-30 yaş grubuyla 41-50 yaş grubu arasındaki farktan; uygulamadaki engeller alt boyutunda 21-30 yaş grubuyla 31-40 yaş grubu ve 21-30 yaş grubuyla 41-50 yaş grubu arasındaki farktan; uygulayıcının sonuçları sorgulaması alt boyutunda 21-30 yaş grubuyla 41-50 yaş grubu, 21-30 yaş grubuyla 51 yaş ve üzeri yaş grubu arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

H3: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p
Hazır Hissetme	Kadın	1,5-3,5	2,3	2,4±0,3	0,007
	Erkek	1,6-3,1	2,3	2,3±0,3	
Konuyu Açmada Rahatlık	Kadın	1,0-4,0	2,0	1,8±0,5	0,817
	Erkek	1,0-4,0	2,0	1,7±0,5	
Profesyonel Destekler	Kadın	1,0-4,0	2,3	2,3±0,6	0,999
	Erkek	1,4-4,0	2,3	2,3±0,6	
Kendine Güven	Kadın	1,0-4,0	2,1	2,1±0,5	0,091
	Erkek	1,0-3,2	2,0	2,0±0,4	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Kadın	1,1-4,0	3,0	2,9±0,4	0,285
	Erkek	1,2-4,0	3,1	3,0±0,4	
Uygulamadaki Engeller	Kadın	1,0-4,0	2,6	2,5±0,6	0,182
	Erkek	1,0-4,0	2,4	2,4±0,6	
Şiddet Araştırması	Kadın	1,5-4,0	2,8	2,7±0,3	0,063
	Erkek	1,8-4,0	2,8	2,8±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Kadın	1,0-4,0	2,3	2,3±0,6	0,889
	Erkek	1,0-4,0	2,3	2,2±0,6	
Genel	Kadın	1,6-3,5	2,4	2,4±0,2	0,237
	Erkek	1,7-3,3	2,4	2,3±0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre dağılımlarında hazır hissetme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,007). Kadınların erkeklere göre hazır hissetme alt boyutundaki ifadelerde ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

H4: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları mezuniyet öncesi dönemde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre dağılımları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Mezuniyet Öncesi Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p
Hazır Hissetme	Eğitim Almamış	1,5-3,5	2,3	2,4±0,3	0,452
	Eğitim Almış	1,5-3,2	2,3	2,3±0,3	
Konuyu Açmada Rahatlık	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,0	1,8±0,5	0,147
	Eğitim Almış	1,0-3,0	2,0	1,7±0,5	
Profesyonel Destekler	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,3	2,3±0,6	0,847
	Eğitim Almış	1,0-4,0	2,3	2,3±0,7	
Kendine Güven	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,1	2,1±0,5	0,042
	Eğitim Almış	1,0-3,0	2,0	1,9±0,5	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Eğitim Almamış	1,1-4,0	3,0	3,0±0,4	0,53
	Eğitim Almış	2,0-4,0	3,1	3,0±0,4	
Uygulamadaki Engeller	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,6	2,5±0,6	0,003
	Eğitim Almış	1,4-4,0	2,7	2,8±0,6	
Şiddet Araştırması	Eğitim Almamış	2,0-4,0	2,8	2,8±0,3	0,011
	Eğitim Almış	1,5-3,1	2,6	2,6±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,3	2,2±0,6	0,174
	Eğitim Almış	1,3-4,0	2,3	2,4±0,5	
Genel	Eğitim Almamış	1,8-3,3	2,4	2,4±0,2	0,29
	Eğitim Almış	1,6-2,9	2,4	2,4±0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır

SÇKŞTÖ alt boyutlarının katılımcıların mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre kendine güven, uygulamadaki engeller ve şiddet araştırması alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. (Sırasıyla p=0,042, p=0,003, p=0,011)

H5: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları mezuniyet sonrası dönemde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre dağılımları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p
Hazır Hissetme	Eğitim Almamış	1,5-3,5	2,3	2,4±0,3	0,008
	Eğitim Almış	1,6-3,2	2,3	2,3±0,2	
Konuyu Açmada Rahatlık	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,0	1,8±0,5	0,003
	Eğitim Almış	1,0-3,0	2,0	1,6±0,5	
Profesyonel Destekler	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,6	2,5±0,6	<0,001
	Eğitim Almış	1,0-4,0	2,0	2,0±0,6	
Kendine Güven	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,2	2,2±0,5	<0,001
	Eğitim Almış	1,0-3,1	2,0	1,8±0,4	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Eğitim Almamış	1,1-4,0	3,0	2,9±0,4	<0,001
	Eğitim Almış	2,0-4,0	3,1	3,2±0,4	
Uygulamadaki Engeller	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,6	2,4±0,6	0,93
	Eğitim Almış	1,2-4,0	2,6	2,6±0,6	
Şiddet Araştırması	Eğitim Almamış	1,5-4,0	2,8	2,7±0,3	0,19
	Eğitim Almış	1,8-4,0	2,8	2,8±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Eğitim Almamış	1,0-4,0	2,3	2,2±0,6	0,036
	Eğitim Almış	1,0-4,0	2,3	2,4±0,6	
Genel	Eğitim Almamış	1,6-3,3	2,4	2,4±0,2	0,033
	Eğitim Almış	1,7-3,0	2,3	2,3±0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SÇKŞTÖ alt boyutlarından hazır hissetme, konuyu açmada rahatlık, profesyonel destekler, kendine güven, uygulayıcının kontrol eksikliği, uygulayıcının sonuçları değerlendirmesi ve genel puanlarıyla mezuniyet sonrası eğitim alma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (Sırasıyla p=0,008, p=0,003, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,036, p=0,033)

H6: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşma durumuna göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşma durumuna göre dağılımları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgusu ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p
Hazır Hissetme	Karşılaşmış	1,5-3,5	2,5	2,3±0,3	0,038
	Karşılaşmamış	1,6-3,5	2,3	2,4±0,3	
Konuyu Açmada Rahatlık	Karşılaşmış	1,0-4,0	2,0	1,7±0,5	0,081
	Karşılaşmamış	1,0-4,0	2,0	1,8±0,6	
Profesyonel Destekler	Karşılaşmış	1,0-4,0	2,3	2,3±0,7	0,676
	Karşılaşmamış	1,0-4,0	2,3	2,3±0,5	
Kendine Güven	Karşılaşmış	1,0-4,0	2,2	2,0±0,5	<0,001
	Karşılaşmamış	1,0-3,4	2,0	2,2±0,4	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Karşılaşmış	1,1-4,0	3,0	3,0±0,4	0,067
	Karşılaşmamış	1,2-4,0	3,0	2,9±0,4	
Uygulamadaki Engeller	Karşılaşmış	1,2-4,0	2,4	2,6±0,5	0,001
	Karşılaşmamış	1,0-4,0	2,6	2,3±0,7	
Şiddet Araştırması	Karşılaşmış	1,5-4,0	2,8	2,7±0,3	0,723
	Karşılaşmamış	1,8-4,0	2,8	2,7±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Karşılaşmış	1,0-4,0	2,0	2,3±0,6	0,001
	Karşılaşmamış	1,0-4,0	2,3	2,1±0,6	
Genel	Karşılaşmış	1,6-3,3	2,4	2,4±0,2	0,224
	Karşılaşmamış	1,7-3,3	2,4	2,4±0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SKÇŞTÖ alt boyutlarından hazır hissetme, kendine güven, uygulamadaki engeller ve uygulayıcının sonuçları sorgulaması puanları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusuyla karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. (Sırasıyla p=0,038, p<0,001, p=0,001, p=0,001)

H7: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını polise bildirme durumuna göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını polise bildirme durumuna göre dağılımları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgularını Polise Bildirme Durumuna Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama ±std	p*
Hazır Hissetme	Bildirmiş	1,5-3,2	2,3	2,3±0,3	0,288
	Bildirmemiş	1,5-3,5	2,3	2,4±0,3	
Konuyu Açmada Rahatlık	Bildirmiş	1,0-3,0	2,0	1,7±0,5	0,084
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,0	1,8±0,5	
Profesyonel Destekler	Bildirmiş	1,0-4,0	2,3	2,3±0,7	0,526
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,3	2,3±0,6	
Kendine Güven	Bildirmiş	1,0-3,2	2,0	1,9±0,5	<0,001
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,1	2,1±0,5	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Bildirmiş	2,0-4,0	3,1	3,1±0,4	0,002
	Bildirmemiş	1,1-4,0	3,0	2,9±0,4	
Uygulamadaki Engeller	Bildirmiş	1,2-4,0	2,8	2,7±0,6	0,001
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,4	2,4±0,7	
Şiddet Araştırması	Bildirmiş	1,5-4,0	2,8	2,8±0,4	0,151
	Bildirmemiş	1,8-4,0	2,8	2,7±0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Bildirmiş	1,0-4,0	2,3	2,5±0,6	0,003
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,3	2,2±0,6	
Genel	Bildirmiş	1,6-3,3	2,4	2,4±0,2	0,234
	Bildirmemiş	1,7-3,3	2,4	2,4±0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SÇKŞTÖ alt boyutlarından kendine güven, uygulayıcının kontrol eksikliği, uygulamadaki engeller ve uygulayıcının sonuçları sorgulaması puanları ile kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını polise bildirme durumları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. (Sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,003$)

H8: Araştırmaya dahil olan birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda tutum ve uygulamaları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme durumuna göre farklılık göstermektedir.

SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanlarının katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme durumuna göre dağılımları Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15: Katılımcıların SÇKŞTÖ Alt Boyut Puanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgularını Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirme Durumuna Göre Dağılımı

		En Düşük ve En Yüksek	Ortanca	Ortalama $\pm$ std	p*
Hazır Hissetme	Bildirmiş	1,8-3,1	2,3	2,3 $\pm$ 0,3	0,803
	Bildirmemiş	1,5-3,5	2,3	2,4 $\pm$ 0,3	
Konuyu Açmada Rahatlık	Bildirmiş	1,0-3,0	2,0	1,6 $\pm$ 0,5	0,071
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,0	1,8 $\pm$ 0,5	
Profesyonel Destekler	Bildirmiş	1,0-3,6	2,3	2,4 $\pm$ 0,6	0,519
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,3	2,3 $\pm$ 0,6	
Kendine Güven	Bildirmiş	1,0-2,8	2,1	1,9 $\pm$ 0,5	0,219
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,0	2,1 $\pm$ 0,5	
Uygulayıcının Kontrol Eksikliği	Bildirmiş	2,0-4,0	3,0	2,9 $\pm$ 0,5	0,342
	Bildirmemiş	1,1-4,0	2,8	3,0 $\pm$ 0,4	
Uygulamadaki Engeller	Bildirmiş	1,4-4,0	2,6	2,7 $\pm$ 0,6	0,163
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,6	2,5 $\pm$ 0,6	
Şiddet Araştırması	Bildirmiş	2,0-3,6	2,6	2,6 $\pm$ 0,4	0,316
	Bildirmemiş	1,5-4,0	2,6	2,7 $\pm$ 0,3	
Uygulayıcının Sonuçları Sorgulaması	Bildirmiş	1,0-4,0	2,3	2,5 $\pm$ 0,7	0,105
	Bildirmemiş	1,0-4,0	2,3	2,2 $\pm$ 0,6	
Genel	Bildirmiş	1,9-2,8	2,4	2,4 $\pm$ 0,2	0,974
	Bildirmemiş	1,6-3,3	2,3	2,4 $\pm$ 0,2	

*: Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

SÇKŞTÖ alt boyutlarından hiçbirinde Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

4.2. Nitel Bileşene Ait Veriler

4.2.1. Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızın nitel bileşenine 8 birinci basamak sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortancası 35,2 (23,0-39,0) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler ayrıntılı olarak Tablo 16'da ve Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 16: Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Özellikleri

Kod Adı	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Meslekte Çalışma Yılı
K1	31,0	Erkek	Pratisyen Dr.	4,0
K2	29,0	Kadın	Pratisyen Dr.	5,5
K3	39,0	Kadın	Hemşire	18,0
K4	36,0	Kadın	Ebe	11,0
K5	23,0	Erkek	Hemşire	2,5
K6	29,0	Kadın	Ebe	6,0
K7	34,0	Kadın	Pratisyen Dr.	13,0
K8	36,0	Erkek	Uzman Dr.	11,0

Tablo 17: Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş (Yıl)	32,1±5,1	32,5(23,0-39,0)

Cinsiyet			
	Kadın	5	62,5
	Erkek	3	37,5
Meslek			
	Hekim	4	50,0
	DSP	4	50,0
Meslekte Çalışma Yılı		8,9±5,3	8,5(2,5-18,0)

Araştırmamızın nitel bileşenine dahil olan katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarıyla ilgili mezuniyet öncesi ve/veya mezuniyet sonrasında eğitim alma, daha önce kadına yönelik yakın partner şiddeti vakası tespit etmiş olma, polise ve/veya Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirim yapmış olma durumları ile ilgili veriler Tablo 18'de yer almaktadır.

Tablo 18: Nitel Bileşene Dahil Olan Katılımcıların Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Alma, Polise ve/veya Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirimde Bulunma Durumu

	Sayı	Yüzde
Mezuniyet Öncesi Eğitim		
Almış	1	12,5
Almamış	7	87,5
Mezuniyet Sonrası Eğitim		
Almış	3	32,5
Almamış	5	62,5
Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Olgusu ile		
Karşılaşmış	8	100,0
Karşılaşmamış	0	0,0
Polise Bildirimde		
Bulunmuş	2	25,0
Bulunmamış	6	75,0

Bulunmuş	1	12,5
Bulunmamış	7	87,5

4.2.2. Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddetine İlişkin Bilgi ve Tutumları

4.2.2.1. Şiddet Vakalarının Tespit Edilmesinin Önündeki Engeller

4.2.2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları ile İlgili Faktörler

i. Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddet Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görev ve Sorumlulukları Konusunda Eğitim Alma Durumları

Katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddetinin tespitini ve vakaların uygun şekilde yönlendirilmesini sağlayacak kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarıyla ilgili çoğunun mezuniyet öncesinde eğitim almadığı, üçte birinin ise mezuniyet sonrasında eğitim almadığı tespit edilmiştir.

“...Ne öğrenciyken ne de mesleğe başladıktan sonra bu konuda bir eğitim almadım ne yazık ki. Öğrenciyken de çalışmaya başladıktan sonra da bu konuda eğitim almış olmak isterdim. Tüm sağlık personelleri; sadece doktor değil, hemşire, ebe de dahil öğrenciyken de bu konuda eğitim almalı, çalışmaya başladıktan sonra da eğitim almalı. Hatta ara ara hatırlatıcı eğitimler de yapılması da gerekir...” (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

“...Öğrenciyken bir eğitim aldığımı hatırlamıyorum. O zamanlarda da anlatılıyordu ama şimdi daha çok üstüne düşülüyor bence. Meslek yaşamına başladıktan sonra müdürlük tarafından eğitim verildi. Şiddete maruz kalan kadınlara ne yapmamız lazım, doktorların doldurması gereken formlar, bildirmemiz gereken merkezleri anlattıkları bir eğitimdi. Ben 2007'den beri devlet memuruyum, bu eğitim birkaç kez verildi. Pratik ve doğru olanı söylüyorlar; ancak uygulama öyle olmuyor.

Kadına yapması gerekeni, uygulaması gerekeni anlatıyoruz...’’ (K3, Hemşire, 39 Yaş, 18 Yıl)

‘‘...Özel olarak kadına şiddet veya şiddet başlığı altında yapılması gerekenlerle alakalı bir eğitim almadım. Sadece adli tıp stajında darp cebir eğitimleri almıştık öğrenciyken. Onun dışında ekstra korumalar, bununla ilgili nasıl bir yönlendirme yapmak gerekiyor falan o kısımlarla ilgili ekstra bir eğitim almadık. Mezuniyet sonrasında da almadım...’’ (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

‘‘...Öğrencilik yıllarında değil de mezuniyet sonrasında hizmet içi eğitimlerimiz oluyor bizim ara ara, ilçe sağlık tarafından düzenlenen. O şekilde bir eğitim aldım. Bir kere katıldım, pandemiden önceydi ve yüz yüzeydi. Pandemi döneminde çok eğitim yapılamadı. Lüzumu halinde online oldu; ama bu konuda yapılmadı. Verilen eğitimin içeriğinde de böyle bir olayla karşılaştığınızda neler yapmanız gerekiyor, nerelerle iletişim kurulmalı gibi bilgiler vardı...’’ (K7, Doktor, 34 Yaş, 13 Yıl)

ii. Çalışma Koşulları ile İlgili Engeller

Katılımcılar ASM’de güvenlik olmaması, tespit ettikleri mağdura şiddet uygulayan eşin de kendilerine kayıtlı hasta olmasının yarattığı güvenlik endişesi, muayene sürelerinin kısa ve muayene sırası bekleyen hasta sayısının fazla olması gibi nedenlerle kadına yönelik yakın partner şiddeti konusuna yeterli vakit ayıramadıklarını ifade etmişlerdir.

‘‘...Kendim de bildirirken başıma bir şey gelir mi diye bir korkum var. Güvenliğim yok, bununla alakalı tabi ki korkularım var. Ben böyle bir durumu fark ettiğim zaman bunu bildireceğim bir vaktim ne yazık ki şu an düşünüyorum, yok. Ben eğer bu kadına bu vakti ayırırsam dışarıdaki hastalar sorun çıkarır. Tam bir muayene için, bu tarz durumları fark edebilmek için bu vaktin artırılması gerekiyor. Bu süre artırıldığında bu tarz kötü olayların da saptanması, bildirilmesi tabi ki daha rahat olur...’’ (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

“...Bunu irdelediğimiz için kişiden ve kişinin yakınından şiddet görme, fiziki şiddetin yanı sıra psikolojik şiddet görme durumumuz artmış oluyor açıkçası. Aile hekimliği sisteminde belirli bir hasta grubu var. Hasta grubu çok sık değişmiyor. Benim 4 bin hasta grubum var. Eğer ben böyle bir şey yaşarsam çevresindekiler, komşuları, kendi yakınları tarafından toplum baskısı haline geliyor bu olay. Özellikle bizim üzerimizden bile şiddete dönüşebiliyor. Aile hekimliğinde güvenlik olmadığı için aile hekimliğini basmalar falan duyuyoruz...” (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...ASM’lerde güvelik yok. Biz kendi kendimizi korumak zorunda kalıyoruz. İnsanlarda da son zamanlarda sağlıkta şiddet çok yayıldı maalesef. Kolay geliyor insanlara. Saldırmak kolay geliyor sanırım. En azından güvenlik tarzı bir şey olabilirdi...” (K5, Hemşir, 23 Yaş, 2,5 Yıl)

“...Birinci basamakta siz böyle bir şeyi tespit ettiğiniz an, iş yükünüz direkt artıyor. Diyelim ki böyle bir şey tespit ettiniz ve bildirdiniz. Olay adli mercilere intikal edince direkt sizin başınız ağrıyor. Kadına şiddet olmuş, sen bunu bildiriyorsun, kadına şiddet uygulayan diğer kişi gelip seni sıkıştırabilir. Adli mercilere ilettiğinizde de onlar da bazen olaylara gerekli müdahaleyi yapmayabiliyor...” (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

iii. Uygun İletişimi Başlatabilme, Güven Ortamı Oluşturma

Görüşmeciler şiddet mağduru kadınların kendilerini rahatça ifade edebilmeleri için uygun ortamın ve iletişimin sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

“... Şüpheli bir durum olsa üstüne giderim. Bunun için görüşmelerde sessiz sakın bir ortam oluşturuyorum ki kişiler kendini rahat ifade etsin. Biz ailelerin bütün üyelerinden haberdar oluyoruz. Üç aylık bebekten, üç yaşındaki çocuktan, 70 yaşındaki kişiye kadar. Hastalar bize özelini de anlatıyor, çok uzun yıllar da kendileriyle iletişimde oluyoruz. Ben yedi yıldır aynı bölgede aile hekimliği yapıyorum. Bir ailede yaşanabilecek çoğu şeye şahit oluyoruz. Hastaya o samimiyeti verince açılıyorlar, tabi ki hasta mahremiyetine dikkat etmek gerekiyor. İlk başladığımda alışana kadar hastalar bir an önce çıkmak istiyordu. Şimdi alıştılar, bir

muayene beklentisi oluşturdum. Genellikle hastalarla aram iyidir, çoğunda numaram da var. 7/24 bana yazabiliyorlar...’’ (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

‘‘...Kadın kendine konduramıyor. Böyle kötü bir durumla karşılaşmış, çekiniyor. Bu bir kadın için çok zor bir durum. Psikolojik olarak da çok zor. Kadınlar bunu zar zor bildiriyorlar. Bunu bildirirken bile zaten korkuyor kadın. Kendilerini güvende hissetmiyorlar, utanıyorlar, sıkılıyorlar. Bu kadınların her şeyden önce kendilerini rahat ve güvende hissetmesi gerekiyor...’’ (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

‘‘...Aile hekimliği sisteminde kişiler şiddet diye başvurmuyorlar. Böyle bir başvuru talebi olmuyor. Kişinin duygusal olarak ruh halinden veya tavırlarından anlatamadığı problemleri anlamak veya sorgulamak gerekiyor...’’ (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

‘‘...Anlıyorsun sağında solundaki morluğundan. Birçok kişi şiddete maruz kalıyor. Burada sözlü gözümün önünde adam kadına bağırıyor, benim yanımda bunu yapan evde neler yapıyordur. Kişilerin durgunluğundan anlıyorsun, mesela iğne yaparken, çok kötüyüm hemşire hanım dedi. Ne oldu ne sıkıntın var senin dedim. Eşimden sıkıntım var, dedi. Zaten anlıyorsun kadının halinden...’’ (K3, Hemşire, 39 Yaş, 18 Yıl)

iv. Kadına Yönelik Yakın Partner şiddeti Konusuna Duyarlı Olma

Görüşmeciler kendilerinin veya bir yakınlarının yakın partner şiddetine maruz kalmaları durumunun, bu konuda duyarlılıklarını arttıracasını ve daha şüpheli davranabileceklerini belirtmişlerdir.

‘‘...Yakınımda böyle bir kadını gördüğümde, neler çektiğini ve neler yaşadığını yakından görüyorum yani. Benzer durumda bir kadın gelince muayene esnasında bazı soruları daha rahat sorarım, böyle nahoş bir olayı daha kolay fark ederim. Duyarlılığım da artar bu konuya...’’ (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

“...Bana burada başvuran kişilere daha duyarlı olur, desteklerim birçok noktada; ama bildirme konusunda seçici davranırım. Gidişata göre yani. Kişi sana sırrını açıyor ya, direkt bildiremiyorsun, danışmanlık versen de...” (K4, Ebe, 36 Yaş, 11 Yıl)

“...Hastalarla ilgili daha duyarlı ve şüpheli olurum tabi ki. Mesela sen şiddet görmüş bir insan olsan, bunu anlatamayabilirsin. Tabi ki sadece fiziksel şiddet yok, psikolojik şiddet de bir şiddettir. Genelde benim hastalarımın çok boşanan hastam var son bir yıl içerisinde. Şiddetli geçimsizlik, aldatılma gibi konular var. Bu çocuğu olsun olmasın fark etmiyor. Boşanıyorlar. Mesela bana soruyorlar “Eşim beni aldattı, hazmedemiyorum, ne yapabilirim?” diye. Psikiyatri bölümünden destek alabilmesi için randevu alıp sevk etmiştik...” (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

4.2.2.1.2. Mağdur ile İlgili Faktörler

Katılımcılar tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner şiddeti vakalarında doğru yönlendirmeleri yapmalarına rağmen; mağdur kadınların tekrar şiddet görmekten korkmaları, bu durumun çözülmeyeceğine inanmaları nedeniyle bu durumu bildirmekten korktuklarını ve kaçındıklarını belirtmiştir.

i. Psikolojik Nedenler

Katılımcılar şiddete uğrayanların bu durumun bildirimi konusunda çekince yaşadıklarını, şiddetin dozunun artacağından korktuklarını veya çeşitli nedenlerle şiddeti kabullendiklerini bildirmiştir.

“...Burada benim yakın zamanda gördüğüm hasta, mesela eşinden şiddet görüyor; ama kulak ağrısıyla gelmişti. Onu sorgulayınca eşi tarafından şiddete uğradığını söylemişti. Sonra istersen hastaneye yönlendirelim, bir adli rapor tutulsun polis eşliğinde dedim. Kişi kabul etmiyor, eşinin kesinlikle duymasını istemiyordu. Kadının özellikle isteği polisin haberi olmamasıydı. Eşinin haberinin de olmasını

istemiyor, öğrenirse daha çok şiddete uğrayacağını düşünüyor. Korku var. Kadını da anlayabiliyorsun. Haberlerde görüyoruz, şiddete uğrayan kadınlar ya boşanma aşamasında oluyor ya da maalesef ölüme kadar giden bir şiddete maruz kalıyorlar. İnsanlar korkudan dolayı çekiniyorlar...’’ (K7, Doktor, 34 Yaş, 13 Yıl)

‘‘...En büyük engellerden biri, bunu saptasak bile kişi eğer şikayetçi değilse veya kendisi bu durumu değiştirmek istemiyorsa bizim yapacağımız şeyler sınırlı kalıyor. Polise bildirdiğimiz olaylar kişinin şikayetine bağlı olduğu için kişi şikayetçi değilse maalesef hiçbir işlem yapamıyorsun. ...’’ (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

‘‘...Çünkü kadın kocam bana şiddet uyguluyor diye şikayet edebiliyor; ama bir süre sonra o benim kocamdır, yapabilir de diyebilir bana. Benim böyle bir hastam olmuştu mesela. Ben konuştum şiddet gören kişiyle. Neler yapabilir, sana zarar verdiğinde mutlaka polise git, eşindir deme gibi tavsiyelerde bulundum yani; ama ilerisine gidemedim ...’’ (K4, Ebe, 36 Yaş, 11 Yıl)

ii. Ekonomik Nedenler

Görüşmeciler şiddet mağduru kadınların ekonomik özgürlüklerinin olmaması nedeniyle mağdurların bu durumu bildirmekten korktuklarını ve kaçındıklarını belirtmiştir.

‘‘... Kadını yönlendirdim şikayet etmesi gereken yerleri ilettim. Gitmiş polise söylemiş, sonrasında adam yapma etme eyleme deyince kadın vazgeçiyor. Sonuç olarak kadın yine barıştı, suç bana kalıyor. Ben yine de gidebileceği merkezleri söylüyorum, yönlendirme yapıyorum ve doktoruna yönlendiriyorum. Ben burada her gün rastlıyorum. Polise başvurursa ne yapacak, tamam kocayı uzaklaştırdı, evdeki yemek nerede. Çok çaresizler, aileler destek olmuyor. Ekonomik güçleri yok mesela. Kadının sosyal güvencesi olmadığı için ortada kalıyor ve doğal olarak birçoğu da şiddet görüp oturuyorlar. Şiddete maruz kalanları görüyoruz, genelde gördüklerim maruz kaldıkları şiddete razı kalıyorlar onun için de şikayet et desem bile e kadın ne yapacak...’’ (K3, Hemşire, 39 Yaş, 18 Yıl)

‘‘...Şiddet gören kadınlarda, hani bir psikoloji vardır ya katiline aşık olmak gibi öyle bir davranış oluyor. Bir şekilde vazgeçemiyoruz. Bazen diyoruz çocuğumuz babasız kalmasın, bazen diyoruz dış çevre ne der, bazen diyoruz ki başımda o olmasa ben bir hiçim. Aslında öyle değil, hiçbir zaman hiçbirimiz bir erkeğe muhtaç değiliz. Bence şiddetin devam etmesinin esas olayı bu...’’ (K4, Ebe, 36 Yaş, 11 Yıl)

4.2.2.1.3. Toplumsal Faktörler

Katılımcılar toplumsal bakış açısı ve ailelerin şiddet olaylarına yaklaşımının kadına yönelik yakın partner şiddeti vakalarının tespitinde ve bildirilmesinde gecikmelere neden olduğu belirtmişlerdir.

‘‘...Özellikle gördüğüm şey birinci derece yakınların (anne, baba gibi) darp gören eşe yani kadına karşı tutumları çok zayıf oluyor. Hep bir barıştırma politikası içerisinde oldukları için daha sağlık kurumu içerisindeyken bile barıştırma havasında oluyorlar. Tekrar kavga çıkıyor. Birebir böyle bir şeye şahit oldum. Onlar biraz süreçte yorucu oluyor özellikle bizim açımızdan ve hasta açısından...’’ (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

Bir katılımcı TV programlarında da kadına yönelik şiddetin sıkça yer aldığını şu şekilde ifade etmiştir:

‘‘...Aileler şöyle, genelde şiddet gören suçludur. Sen şunu yapmasaydın, şiddet uygulayan da aynı şeyi söylüyor. Kocas olmayınca gidecek yeri yok. Başkasının eline bakacak. Çocuklar da varsa daha kötü. Kocasından boşanan kadının nafaka dışında belli bir geliri olması lazım. Ailesine de sığınamıyor. Bir de el alem ne der konusu var. Televizyonda dizilerde de çok kadın şiddeti var. En çok reyting alanlar kadın şiddeti olanlar, kadınlara yapılan istismarlar. Bunda da sıkıntı var bence. Bir de Türk toplumunda şöyle bir şey var, evliliğin tuzu biberi kavga yani...’’ (K4, Ebe, 36 Yaş, 11 Yıl)

Şiddet uygulayan birinin aslında daha öncesinde şiddet mağduru olabileceğini bir katılımcı şu şekilde ifade etmiştir:

“... Aslında bunlar ilk aile içine veya yakın arkadaşına gidiyor. Bu süreçte aile içinden veya yakın arkadaşından dışarı çıkamıyor. En büyük problem bu. Dışarı duyurmak istemiyorlar. Genelde de şiddet gören insanlar şiddet gösteriyor. Hiç şiddet görmemiş insanın şiddet uygulaması çok zor. Muhtemelen onun ailesinde de o tarz şiddet olayları olmuştur. Bizim toplumumuzda şiddetin kanıksanması da çok büyük bir sorun. Örneğin; biz sağlıkta şiddeti görmeye başladık, 112’de, acil servislerde. Sonrasında diğer kamu hizmetlerinde de görünür oldu. Şimdi şiddet toplum tarafından kanıksandığı için istediği olmayınca şiddeti bir iletişim aracı olarak kullanmaya başladı. Toplumda günlük hayatta her alanda var...” (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

“... Kadına verilen değerden kaynaklanan bir şey bu. Küçüğe indirgersek bir aile içinde erkeğe evin içinde iş yaptırılmıyor, kadına yaptırılıyor. Kadın hep ezilen kısım oluyor. O evin içinde büyüyen erkek de haliyle kendini güçlü hissediyor, egemen hissediyor ve kadına hükmetmek istiyor. Burada en başta bunu düzenlemek gerekiyor. Aile içinde kadına, kız çocuğuna değer vermek gerekiyor. Yoksa bu büyüyor büyüyor aynen böyle oluyor. Erkekler her yerde hakim olmaya çalışıyor...” (K6, Ebe, 29 Yaş, 6 Yıl)

4.2.2.2. Polise, İlçe Sağlık Müdürlüklerine ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne Bildirimlerin Önündeki Engeller

Katılımcılar kendi güvenliklerinden ve mağdurun güvenliğinden endişe ediyor olmalarının kurumlara bildirim yapmak konusunda engel oluşturduğunu belirtmişlerdir.

“...Polise bildirdiğimiz olaylar kişinin şikayetine bağlı olduğu için kişi şikayetçi değilse maalesef hiçbir işlem yapamıyorsun. O yüzden biz öncelikle polise haber veriyorduk. Eğer polis, şikayetçi olacaksa ifade alıyor, sonrasında bizim de darp raporunu polise teslim ettiğim durumlar oluyordu. Acil ortamında biraz daha güvende oluyorsun. Bildirme kısmında polise haber vermek ve kişiyi korumaya çalışma kısmında kendini daha rahat hissediyorsun. Güvenliğimiz olduğu için kavga çıktığı anda gerekli önlemler alınıyordu; ancak aile hekimliklerinde güvenlik olmadığı için bildirim yapmaktan çekiniyoruz...” (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

“... Benim doktor hanıma yönlendirdiğim bir durum vardı, benim birebir polisi aradığım olmadı. Ben doktor hanıma yönlendirebilirim, o da gerekli gördüğünü yapar. İnsanların nasıl olduğunu bildiğim için birebir karışmam. Ben sadece çok güzel yönlendirme yaparım; çünkü ben orada direkt polisi arasam, kadın belki de şiddet uygulamadı benim kocam diyecek. Bu sefer de adam sana takılıyor. Çok saçma sebeplerden bizim üzerimize yürüyor insanlar burada...” (K3, Hemşire, 39 Yaş, 18 Yıl)

İlçe sağlık müdürlüklerinde bulunan sosyal hizmet danışmanları da şiddet mağduru kadınlara yardımcı olabilmektedir. Bir görüşmeci kendi tecrübesini şu şekilde ifade etmiştir:

“... Bir hasta için sağlıklı hayat merkezinden sosyal hizmet danışmanlarıyla iletişim kurdum. Bildirip, tutanak tutup gönderdik. İlçe sağlık müdürlüğünde sosyal hizmet danışmanı var, direkt onunla görüşüp problemi anlattım. Hastanın eşine de polise de haber verilmesini istemediğini belirttim. Sonra sosyal hizmet danışmanı direkt kişiyi onlara yönlendirmemi istedi. Bizim yapabileceğimiz bir şey var mı yok mu bakalım dedi. Ben de kişiyi ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı sosyal hizmet danışmanına yönlendirdim; ama sonraki süreci bilmiyorum...” (K7, Doktor, 34 Yaş, 13 Yıl)

“... Polis burada maalesef çare değil. Şiddete uğradığını söyleyen kadını polise bildirmek isterdim; ama bir şey yapmayacağını bildiğim için elim kolum bağlı kaldı. Kendi güvenliğimle alakalı da endişe duyarım. Biz bunu bildirsek, siz bizim ailemize niye karışıyorsunuz diye üzerimize geleceklerdir. O benim gözümde garanti. Zaten şiddet uygulayan bir adam o kadının her şeyini sorguluyordur. Bu tür bir şikayeti bizim yapabileceğimizi düşünüp yine buraya gelir, karşımıza çıkar. Şiddeti bildirdiğimde şiddete maruz kalabilirim...” (K6, Ebe, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...Adam şiddet uygulasa da hiçbir karşılığı yok. Polis yakalasın sonra hemen salıveriliyor. Bu kişilerin salınmaması gerekiyor. Gelip eşine de diyor ki ‘Bak beni şikayet ettin ne oldu?’ Bunu doktora da yapıyor, başkasına da yapıyor...” (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

4.2.3. Çözüm Önerileri

4.2.3.1. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler

4.2.3.1.1. Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitimler

Görüşmeciler sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti hakkında eğitimlerin mutlaka alınması gerektiğini vurgulamışlardır.

“...Bu süreçlerle alakalı, yasal süreçler nasıl ilerliyor, koruma derneklerine nasıl başvuru yapılıyor bunlarla ilgili çok bir bilgimiz yok. Biz sadece olayın adli süreç kısımlarıyla ilgili bilgi sahibi oluyoruz çünkü bize başvuran kişinin öncelikle eğer böyle bir şikayeti varsa veya biz tespit ettiysek sadece adli rapor tutuyoruz ve bu rapor sonrası polise yönlendirme oluyor. Bu aşamadan sonraki süreçle ilgili, bildirim yapılması gereken yerler hakkında veya kişinin psikolojik destek alabilmesi için yapılması gerekenler hakkında ve bizim toparlamamız gereken evraklar hakkında eğitim almak isterdim. Bizim yapabileceğimiz, polise haber verilmeli, hangi durumlarda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na haber verilmeli veya sonrasında psikolojik destek aşamasında nerelere yönlendirilmeli, takipleri nasıl yapılmalı birebir böyle bir eğitim olsa aslında daha etkili olur ve belki de üzerimizdeki bu şiddet korkusuyla bizim de geri kaldığımız, mesleğimiz yapmakta çekindiğimiz alanlarda belki biraz bize de teşvik olurdu. Bilgi güçtür sonuçta bir şeyi ne kadar biliyorsan o kadar işler yapabiliyorsun...” (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...Bununla alakalı sağlık çalışanlarının çok ayrıntılı bir eğitim almaları gerekiyor. Bu konuda çok fazla bilgi eksikliği olduğunu düşünüyorum. Ne yapacaklarını çok iyi bildiklerini düşünmüyorum...” (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

“...Eğitim olması gerekiyor. Böyle bir şeyle karşılaştığımda izlenen yolun nasıl olması gerektiğinin bilinmesi gerekiyor. Bunun da topluma yayılması gerekiyor bence. Genel olarak biz polisi arıyoruz ama burada da olduğu zaman. Belli özellikle

bir kurum bir yer varsa ayrıntılı bir şekilde bunu öğrenmek isterdim...’’ (K6, Ebe, 29 Yaş, 6 Yıl)

4.2.3.1.2. Çalışma Koşullarının Düzenlenmesi

Katılımcılar aile hekimliği birimlerinde güvenliğin sağlanması ve kadına yönelik yakın partner şiddeti gibi özel ilgi ve zaman gerektiren konularla gerekli olduğu durumlarda yeterli şekilde ilgilenebilmek adına muayene sürelerinin uzatılmasının gerekliliğini ifade etmişlerdir.

‘‘...Sağlık çalışanlarının aldığı eğitimi kullanabileceği bir zaman olması gerekiyor. Bu muayene sürelerinin artmasıyla bu insanları daha rahat saptayacağımızı düşünüyorum açıkçası...’’ (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

‘‘...Güvenlik konusunda endişe duyuyoruz. ASM’lerde güvenlik olmaması konusu da çok önemli. Olsa belki daha rahat bildirim sağlanabilir...’’ (K7, Doktor, 34 Yaş, 13 Yıl)

‘‘...Aile hekimliğinde zaten güvenlik diye bir şey yok. Bununla ilgili devlet hastanelerinde bir birim oluşturulabilir. Olmazsa o şiddeti bildirince şiddet bize yansıyabilir...’’ (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

‘‘... En azından güvenlik tarzı bir şey olabilirdi. Biz kendimizi korumak zorunda kalmasak. Keşke bunlara hiç gerek olmasa, güvenlik tarzı bir şeye hiç gerek olmasa; ama ben güvenlik olması gerektiğini düşünüyorum...’’ (K5, Hemşir, 23 Yaş, 2,5 Yıl)

‘‘...Aile hekimliğinin mahalle içerisinde olmasının problemlerinden biri de bu. Güvenliğin sağlanması gerekiyor. Çünkü biz polis çağırsak bile polis gelene kadar da darp olayı olabilir. Böyle bir riskimiz de var...’’ (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...Sağlık çalışanlarına güvence lazım. Bizim burada güvenliğimiz yok. Genelde dayak atamıyorlar ama kavga ediyorlar, saçma sapan bağıryorlar, küfür ediyorlar, bakıyoruz belli bir noktada bıkiyorsun...” (K3, Hemşire, 39 Yaş, 18 Yıl)

4.2.3.1.3. Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Öneriler

Görüşmeciler aile hekimliği işleyiş sistemi içerisine eklenebilecek bazı güncellemeler sayesinde kadına yönelik yakın partner şiddeti vakalarının tespitinin, bildiriminin ve takibinin daha kolay yapılabileceğini belirtmişlerdir.

“...Bizim normalde sevk evraklarımız içerisinde göz muayenesi yaptıysak sisteme giriyoruz, taramaları sisteme giriyoruz. Gönderdiğimiz uzmana geri evraklarla bize tekrar başvuru yapıyor hasta ve kayıt tutmuş oluyoruz. Şiddet açısından böyle bir izlem formu gibi veya işte izlenme belgesi veya tedbir süreci gibi bir işlem yok. Olması güzel olurdu...” (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...Bizler için de arayıp ulaşmaktansa sistemsal kısaca bildirebileceğimiz bir uygulama olması işleri daha kolaylaştırır. Form doldurmak yerine bir tıkla çözebilsek, bu kadın şiddet görüyor veya bize burada şiddet uygulandı gibi...” (K6, Ebe, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...İlçe sağlık müdürlüğündeki psikologlara vatandaş daha kolay ulaşabilmeli. Ben kişileri psikoloğa göndermek istediğimde randevu alıp yönlendiremiyorum. MHRS’de kayıtlı değil onlar. Hastanedeki psikologlardan da alamıyoruz. Bu engelin ortadan kalkması gerekiyor. Biz aile hekimi olarak bu ihtiyacı olan kişileri tespit ettiğimizde doğrudan bu ilgili birimlere randevu alabilmemiz gerekir. Aile hekimleri üzerinde iş yükü artırılmadan ilçe sağlık müdürlüğünde çalışan psikolog ve ruh sağlığı birimlerinin koordine bir şekilde görev alması gerekir. Aile hekimleri üzerinden beklenen hizmet çok yoğun. Buna aile hekimlerinin yetmesi çok zor. Aile hekimlerinin yardımcı sağlık hizmetleri açısından desteklenmesi lazım. Bu yazışmaların takibi için de mutlaka tıbbi sekreter olmalı. Biz kişiyi bildirdiğimizde

konu artık ilçe sağlık m¼d¼rl¼đ¼ a4ısından takip edilmeli ...’’ (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

‘‘... Biz de korkuyoruz. G¼n i4erisinde fiziksel şiddete maruz kalmasak da s¼zel şiddete illa ki maruz kalıyoruz. şikayette bulunsam mesela o hasta bir g¼n sonra yine bana gelecek. şiddete uğrayan kişiye bildirdikten sonra bunu yapan kişinin bende kayıttan d¼řmesi gerekir. Ama kayıttan d¼řse bile diğer birimin, yan odamın n¼fusuna d¼ř¼yor. Yine bir şekilde sen muhatap oluyorsun, karşılaşıyorsun yani...’’ (K7, Doktor, 34 Yaş, 13 Yıl)

4.2.3.2. Kadın ve Topluma Y¼nelik ¼neriler

G¼r¼řmeciler kadına y¼nelik şiddetin ¼nlenmesinde toplumun ve kadınların bilin4lenmesinin olduk4a ¼nemli olduğunu belirtmişlerdir.

‘‘... Bunun i4in toplumsal bir bilin4 oluşturulması lazım. Toplumu eğitmek ¼nemli. şu an herkesin evinde televizyonlar, bilgisayarlar var. Kadınlara ulaşmamız gerekiyor. Bunun i4in de televizyonlarda kamu spotları artırılabilir. Belediyeler bu konuda 4alışabilir...’’ (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

‘‘...Aile i4ine giderek değişebileceğimizi d¼ř¼n¼yorum. Bizi yetiştiren aileler farklıydı, bizim ailelerimizi yetiştiren aileler de farklıydı. Biz de şimdi farklı aileler olarak daha farklı bireyler yetiştirebiliriz. Biz onlara nasıl ¼đretirsek bir sonraki s¼re4 de ¼yle oluyor. Aile i4inde aktarmamız, anlatmamız gerekiyor. şiddetle b¼y¼yen bir 4ocuk her şeyi şiddetle 4özebileceğini ¼đreniyor. Onları engellemek ve eğitmek gerekiyor. şu an 4ocukları yetiştiren kişilere bilgi vermemiz gerekiyor. Her şeyden aileden gelir...’’ (K6, Ebe, 29 Yaş, 6 Yıl)

‘‘...Kişilerin bilin4lendirilmesi 4ok ¼nemli. Kamu spotları yaygınlaşmalı veya kişiye psikolojik destek sağlamak lazım. En azından bizim belki de kişinin kendi psikolojisi ¼zerine odaklanmamız. Yani onun o şiddete dur diyebilecek psikolojik yeterliliğe sahip olmasının sağlanması belki de ¼nceliđimiz olmalı. 4¼nk¼ 4oklu bir durum var şiddet g¼ren kişide. ¼zg¼ven eksikliği oluşuyor, o durumun i4inden

çıkamayacak olduğunu düşünüyor. Biz sadece olayı mali durum veya başvuru anını kurtarma gibi değerlendirdiğimizde maalesef kişiler geri dönüşler sağlıyor. Bunun psikolojik boyutları da var çünkü. Sevgi olduğunu düşündükleri, kopmak istemedikleri durumlar da oluyor veya çocukların olması durumları oluyor. Bu tarz durumlar maalesef, kişinin de bilgisi olmadığı için süreçlerle alakalı veya psikolojik olarak o yeterlilikte olmadığı için maalesef tekrar eskiye dönüşe yol açıyor...’’ (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

‘‘...Ne olursa olsun, şiddetin haklı bir sebebi olamaz. Sen ona ne yaparsan yap şiddetin haklı sebebi yoktur. Bu kadınlara öğretilmeli. Onun dışında dediğim gibi erkekler bizim zaafımız olmamalı, vazgeçilemez olmamalı. Bir de kadın çalışmıyor, belli bir geliri yok. Kocasız olmayınca gidecek yeri yok. Başkasının eline bakacak. Bir de çocuklarını babasız kalmasın psikolojisi var. Halbuki çocuk şiddet gördüğü zaman şiddeti öğrenerek büyüyor. Bunlar önemli şeyler. Bunların değiştirilmesi lazım. Bu konuda kadınlara rehberlik yapılması lazım...’’ (K4, Ebe, 36 Yaş, 11 Yıl)

Bir görüşmeci evlilik ehliyeti gibi bir uygulama olması sayesinde kadına yönelik şiddet vakalarının önüne geçilebileceğini şu şekilde ifade etmiştir:

‘‘...Burada biraz psikolojik eğitimin olması gerekiyor veya insanları evlendirmek için farklı şeyler lazım. Sadece ihtiyaçları karşılamak için evlendirilmemeliler ya da belli bir yaşa geldiği için evlendirilmemeliler. Nasıl ehliyet alınıyorsa araba kullanmak için evlilikte de bunların yapılması gerekiyor. Burada çalıştığım için genellikle evlilerden görüyoruz şiddeti, o yüzden evlilik üzerinden konuşuyorum...’’ (K6, Ebe, 29 Yaş, 6 Yıl)

4.2.3.3. Yasaların Uygulanması ve Yasal Düzenlemelerin Sağlanmasıyla İlgili Öneriler

Görüşmeciler şiddet uygulayan kişilere caydırıcı cezalar uygulanması gerektiğini ve bildirim yapan kişilerin isimlerinin hiçbir koşulda açığa çıkmaması gerektiğini belirtmişlerdir.

‘‘...Hukuk değişmeli. Kadını koruyucu anayasa kanunları var evet; ama maalesef uygulanamıyor mu? Kanunu mu değiştirmek lazım, bilemiyorum. Kişinin

uzaklaştırma kararı var mesela, kişi ona uymuyor. Bizim için yani hekimler ve sağlık çalışanları için gizlilik sağlanmalı kolay saptamak, bildirmek için. İsmimiz açıklanmasın diyoruz; ama orada ismimiz bir şekilde açığa çıkıyor. Kişi bunu öğreniyor. Bunun engellenmesi lazım mutlaka...” (K7, Doktor, 34 Yaş, 13 Yıl)

“...Bu konuda caydırıcı cezaların da verilmesi gerekiyor suçu işleyenlere ve bu caydırıcı cezaların haberleşmesi gerekiyor. İnsanlar bu suçu bir ceza almadığı için de işliyor...” (K1, Doktor, 31 Yaş, 4 Yıl)

“...Cezaların çok yüksek olması gerektiğini düşünüyorum. En azından şiddet uygulayan kişinin ceza alabileceğinden eminsek veya kişi de bunun bilincindeyse kendimizi güvende hissedebiliriz. Bu durum yeni yeni toparlandığı için belki ilerleyen süreçlerde daha iyi olur çünkü kişiler ceza almayacağını çok iyi biliyorlar. Toplumda da şöyle bir şey var çok hızlı yayılıyor her şey. Bir kişi bir ceza alsa bu bilgi belki yüz kişiye ulaşacak belki daha çok. Bu bilgi yayılınca da şiddet eğilimi azalır...” (K2, Doktor, 29 Yaş, 6 Yıl)

“...Ne yaparlarsa yapsınlar sağlık çalışanlarına, ceza almıyorlar, serbestler. Benim burada çalıştığım mekan içerisinde haksız yere müdahale edildiğinde ya da bir kavga çıktığında o kişi ceza alacak, ben de kendimi güvende hissedeyim. E şimdi ne olacak, ben yaptığımın kalacağım, gelecek beni dövecek. Biliyorsunuz serbest kalıyorlar. Niye uğraşayım? Benim 3 tane evladım var. İş çıkışında da kendimizi güvende hissetmiyoruz Takip ediyorlar, herkes bizi tanıyor. Yine aynı olacak. Bunları çok yaşıyoruz...” (K3, Hemşire, 39 Yaş, 18 Yıl)

“...Kadına şiddet uygulayan birinin sicil kaydına bakın belki de pek çok böyle kaydı vardır. Cezalar caydırıcı değil. Adam elini kollunu sallayarak çıkıyor. Daha caydırıcı cezalar olmalı...” (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

4.2.3.4. Hastaneler ve Derneklerle İlgili Öneriler

Görüşmeciler yapılacak ek düzenlemeler sayesinde bu konuda iş birliğinin artacağını ve daha kolay yönetilebileceğini belirtmişlerdir.

“...Mesela acil çağrılar birleşti, kişiler 112’yi aradığında eşim bana şiddet uyguluyor dediğinde yönlendirebilecekleri bir birim olması iyi olur. Bu birimlerin çocukların okullardaki rehber öğretmenlerine de bilgi vermesi lazım ki aileyi bir bütün olarak ele alalım. Eşine şiddet uygulayan biri, çocuğuna da şiddet uyguluyor olabilir. İş yerinde amirse çalışanına da şiddet uyguluyor olabilir. Kamu hizmeti her zaman ulaşılabilir olmalı. Bir telefon kadar yakın olabilmeli. Bununla ilgili devlet hastanelerinde bir birim oluşturulabilir. Oraya deneyimli bir psikiyatrist veya psikolog desteği de lazım. Özellikle bir psikolog bu işi çok güzel yönetebilir...” (K8, Doktor, 36 Yaş, 11 Yıl)

“...Saptanması açısından da özel birebir birimler illa ki vardır; ama toplumda bunların bilinmesi lazım. Mesela reklamı yapılabilir, broşür afişlerin olması lazım daha çok. Kadına yönelik şiddet için KADES diye bir uygulama duymuştum mesela ben o güzel bir uygulama, kadınlar kullanabilir onu. Nihayetinde yeterli görmüyorum bunları, yeterli değil çalışmalar...” (K5, Hemşir, 23 Yaş, 2,5 Yıl)

5. TARTIŞMA

Kadına yönelik yakın partner şiddeti, kadın yaşamını olumsuz etkileyen en önemli sorunlardan birisidir. Bu olguların ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları, ilk iletişim kurdukları kişiler ise sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddetini ortaya çıkarmada, tanı koymada ve bildirimini yapmada kısacası bu olguları doğru yönetmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. İyi yönetilemeyen her olguda, mevcut şiddet kronikleşmektedir ve daha ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır [22,23,26]. Bu araştırmada, İstanbul’da ASM’lerde hizmet sunan aile hekimleri ve DSP’nin “kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamaları” değerlendirilmiştir. Tartışma bölümünde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kadına yönelik yakın partner şiddeti

konusunda eğitim alma durumları ve SÇKŞTÖ puanları ile bu konudaki tutum ve uygulamalar arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

5.1.Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamızın nicel bileşenine dahil olan katılımcılar 22,0-61,0 yaş aralığında olup; yaş ortalaması $35,4 \pm 8,1$ yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların yarıya yakınının 31,0-40,0 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Yaş ortalaması Sarıbyık'ın yaptığı araştırmada $33,6 \pm 6,4$ yıl [22]; Yayla tarafından yapılan araştırmada $33,1 \pm 7,3$ yıl [90]; Cerit ve Porsuk'un yapmış olduğu çalışmada ise $40,6 \pm 10,0$ yıl olarak tespit edilmiştir [85]. Bu tez çalışmasındaki ve diğer çalışmalardaki katılımcıların yaş ortalamalarının benzer olması, bu çalışmaların sağlık çalışanlarında ve çalışan popülasyonda yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamıza dahil olan 344 katılımcıdan üçte ikisinin kadın olduğu tespit edilmiştir. Gutmanis ve ark[91]. nin çalışmasında katılımcıların 722 (%77,2)'sinin kadın, 203 (21,8)'ünün erkek olduğu tespit edilmiş ve 6 (%0,6)'sının cinsiyet cevabının eksik olduğu hesaplanmıştır. Lovi ve ark [92]. tarafından yapılan bir araştırmada 202 katılımcıdan 161 (%88)'inin; Evans ve ark[93]'lerinin yapmış olduğu diğer bir araştırmada ise 85 (%74,6)'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızdaki cinsiyet dağılımı bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan kadın sayısının çoğunlukta olması; iş yoğunluğunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine göre daha az olması ve kadın sağlık çalışanlarının bu birimleri tercih etmesiyle açıklanabilir.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %58,7'sinin evli, %36,3'ünün bekar ve %4,9'unun boşanmış/dul olduğu saptanmıştır. Koştu'nun yaptığı çalışmaya göre katılımcıların 193(%94,6)'ünün evli, 7(%3,4)'sinin dul/boşanmış ve 4(%2,0)'ünün bekar olduğu bulunmuştur[94]. Cerit ve Porsuk tarafından yapılmış olan araştırmada katılımcıların 192(%67,1)'sinin evli, 94(%32,9)'ünün bekar, boşanmış ya da dul olduğu tespit edilmiştir[85]. Kıyak ve ark[95]'lerinin yapmış olduğu başka bir araştırmada katılımcıların % 88,7'sinin evli, %11,3'nünse bekar, boşanmış veya dul olduğu hesaplanmıştır.

Araştırmamıza dahil olan katılımcıların %58,1'i hekimlerden ve %41,9'u DSP'nden oluşmaktadır. DSP'nin (144 kişi) ise 100'ü hemşire ve 44'ü ebe olarak görev yapmaktadır. Kaya'nın yapmış olduğu araştırmada katılımcıların %42,3'ünün hekim, %29,0'ının hemşire, %26,4'ünün ebe ve %2,3'ünün sağlık memuru olarak görev yaptığı tespit edilmiştir [96]. Orhan ve ark. [97] tarafından yapılan araştırmada 304 birinci basamak sağlık personelinin %40,1'inin ebe, %29,6'sının doktor, %21,4'ünün hemşire ve %8,9'unun sağlık memuru olarak görev yaptığı tespit edilmiştir. Yayla ve ark[90] tarafından yapılan araştırmada ise 560 katılımcının %61,2'sinin hemşire, %21,9'ünün hekim, %16,9'unun ebe olarak görev yaptığı saptanmıştır. Araştırmamızda literatürdeki örnek araştırmalardan farklı olarak katılımcıların çoğunluğunu hekimler oluşturmaktadır. Bu farkın, nicel veri formunun İSTAHED aracılığıyla katılımcılara iletilmiş olması nedeniyle, hekimlere daha fazla ulaşılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza dahil olan katılımcıların meslekte çalışma süresi ortalaması $11,9 \pm 8,3$ (1,0-38,0) yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların çalışma süreleri irdelendiğinde; Aksoy İl tarafından yapılan araştırmada %73,0'ünün 10 yıldan az zamandır çalıştığı[36], Sarıbıyık'ın araştırmasında $12,1 \pm 7,3$ (1,0-34,0) yıl olduğu[22], Uyar tarafından yapılan başka bir araştırmada da $19,2 \pm 8,0$ (1,0-34,0) yıl olduğu bulunmuştur [35]. Meslekte çalışma süreleri açısından, araştırmamız literatürdeki araştırmaların sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

5.2. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Eğitim Alma Durumları

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddetine karşı tutumlarını etkileyen faktörlerden birisi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma durumlarıdır. Katılımcıların %15,1'i mezuniyet öncesinde, %34,9'u mezuniyet sonrasında ve %7,9'u hem mezuniyet öncesinde hem de mezuniyet sonrasında "kadına yönelik şiddet konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları"yla ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının ise hiçbir eğitim almadığı

bulunmuştur. Kurt ve Gün tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %31,4'ü mezuniyet öncesi ve %36,9'u mezuniyet sonrasında[98]; Kıyak tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %17,4'ünün mezuniyet öncesinde ve %5,8'inin meslekte çalışma süresi içinde eğitim aldığı tespit edilmiştir [95]. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Tüm çalışmalarda sağlık çalışanlarının hem mezuniyet öncesinde hem de mezuniyet sonrasında düşük oranlarda “kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları”yla ilgili eğitim aldığı görülmektedir. Ülkemizde yaygın görülen ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda, olgularla ilk karşılaşan ve yönetmesi gereken sağlık çalışanlarının yeterli eğitim almamaları, olguları yönetmede çeşitli sorunları da beraberinde getirecektir.

5.3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Polise ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne Bildirim Yapma Durumları

Sağlık personeli, özellikle de birinci basamak sağlık çalışanları, şiddetle karşılaşan kadınların hizmet almak amacıyla başvurduğu meslek gruplarının başında gelmektedir. Araştırmamızda katılımcıların 224 (%65,1)'ü meslek yaşamlarında kadına yönelik yakın partner şiddeti vakası tespit ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların son bir yıl içinde tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner şiddeti vaka sayısının ortanca 2,0(1,0-20,0) olduğu bulunmuştur. Kaya tarafından yapılan araştırmada katılımcıların üçte birinin kadına yönelik yakın partner şiddeti vakası ile karşılaştığı; karşılaşan sağlık çalışanlarının ise %27,3'ünün son 1 yıl içinde 1,0-3,0 kez aile içinde kadına yönelik şiddet vakasıyla karşılaştığı bulunmuştur[96]. Sarıbüyük tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %71,3'ü [22], Gezgin tarafından yapılan araştırmada ise katılımcıların %67,6'sı kadına yönelik yakın partner şiddeti vakası ile karşılaştığını belirtmiştir [6]. Beklenen şekilde sağlık çalışanları mesleki uygulamaları sırasında bu tür olgularla karşılaşmakta olup, bu durum konunun önemini ortaya çıkartmaktadır. Ancak çalışmalardan elde edilen karşılaşma sıklığı, epidemiyolojik verilerle kıyaslandığında beklenenin çok altındadır.

Çalışmamızda meslekte çalışma yılı ile son bir yılda tespit edilen vaka sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,256$, $p<0,001$). Bu bulgu hem meslekte çalışma süresi arttıkça deneyimin artmasına bağlı doğal bir durumdur, hem de konuya olan duyarlılığın artmasıyla açıklanabilir. Can tarafından yapılan araştırmada da, meslekte çalışma süresi arttıkça kadına yönelik yakın partner şiddetiyle karşılaşma oranlarının da arttığı görülmüştür [99].

Başta T.C. Anayasası, Türk Ceza Kanunu (TCK) olmak üzere yasalarımıza göre kadına yönelik şiddet suçtur. Kadına yönelik yakın partner şiddetinin bildiriminin yapılması hem yasalarımıza göre bildirim zorunlu bir durumdur, hem de mağdur durumundaki kadının korunması açısından önemlidir. Araştırmamızda katılımcıların dörtte biri, meslek yaşamında tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner şiddetini polise bildirirken; %8,4'ü Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirdiğini ifade etmiştir. Kaya tarafından yapılan araştırmada kadına yönelik şiddet vakasıyla karşılaşan sağlık çalışanlarının %11,7'si durumu polise bildirirken, %7,2'si durumu Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirmiştir [96]. Araştırmamızda polise bildirme oranının daha yüksek olması, çalışmanın büyük bir metropolde yapılmasına ve kolluk kuvvetlerine ulaşımın sosyal hizmetlere göre daha kolay olmasına bağlanabilir. Diğer yandan bildirim oranları benzer araştırmalarda olduğu gibi, olması gerekenden daha düşük saptanmıştır. Oysa yakın partner şiddetine uğrayan kadını ilk gören, adli bulguları ilk tespit eden ve bildirimini yapması gereken kişiler sağlık profesyonelleridir. TCK Madde 279'da kamu görevlilerinin ve Madde 280'de sağlık çalışanlarının suçu bildirmemesi veya bildirim geciktirilmesinden doğacak cezai sorumluluklar belirtilmiştir. İlgili kanunda;

“Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

Madde 279:

(1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

Madde 280:

(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, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.” olarak ifade edilmektedir [100].

5.4. Katılımcıların Kendisinin veya Bir Yakınının, Yakın Partner Şiddetine Maruz Kalmasının Meslek Yaşamına Etkisi

Sağlık çalışanlarının kendisinin veya bir yakının, yakın partner şiddetine maruz kalması, olaya yaklaşımını etkilemektedir. Araştırmamızda katılımcıların üçte biri kendisinin yakın partner şiddetine uğraması durumunda; bunun yakın partner şiddetine uğrayan diğer kadınları tanımasına yardımcı olacağını, üçte biri böyle bir konuyla uğraşırken kaygısının artacağını ifade ederken, dörtte biri ise bu durumun hiçbir etkisi olmayacağını belirtmiştir. Diğer yandan bir yakınının, yakın partner şiddetine uğraması durumunda; katılımcıların yarısı bu durumun yakın partner şiddetine uğrayan kadınları tanımasına yardımcı olacağını, dörtte biri böyle bir konuyla uğraşırken kaygısının artacağını, dörtte biri ise bir etkisinin olmayacağı ifade etmiştir. Bu sonuçlara göre profesyonel bir mesleğe sahip olması ve mesleği gereği kadına yönelik yakın partner şiddetini uygun yönetmesi beklenen sağlık çalışanlarının, bir yakınının veya kendisinin yakın partner şiddetine maruz kalması durumunda farkındalıklarını arttırmaktadır.

Bu farkındalığa yapılan diğer çalışmalarda da rastlanmıştır. Kaya tarafından yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının %72,6'sı herhangi bir kadın yakınının eşinden şiddet görmüş olmasının mesleki yaşamını etkileyeceğini belirtmiştir. Katılımcıların %43,6'sı bu durumun şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanıyabilmesini sağlayacağını, %22,8'i daha fazla kaygılanmalarına neden olacağını belirtirken, %3'ü hiçbir etkisinin olmayacağını belirtmiştir. Aynı zamanda diğer yanıtını veren 9 kişi ise bu durumun konuyla ilgilenirken daha dikkatli ve duyarlı olmalarına ve empati kurmalarına katkı sağlayacağını belirtmiştir [96]. Aksoy İl tarafından yapılan araştırmada ise katılımcıların %70,1'inin bir yakınlarının kadına yönelik yakın partner şiddetine maruz kalmasının şiddet olgusuna yaklaşım

durumlarını etkileyeceğini ifade etmişlerdir ve mesleki yaşamlarında şiddet konusuna yaklaşımlarını etkileyeceğini bildirenlerden %72,2'si bu durumun aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımalarına yardımcı olacağını belirtmiştir [36].

5.5. SÇKŞTÖ Puanları

Araştırmamıza dahil katılımcıların SÇKŞTÖ puan ortalaması $104,2 \pm 8,6$ (68,0-140,0) olarak hesaplanmıştır. Cerit ve Porsuk'un yaptığı araştırmaya göre katılımcıların SÇKŞTÖ puan ortalaması $103,0 \pm 6,2$ (77,0-119,0) olarak saptanmıştır [85]. Aksoy İl tarafından yapılan araştırmada ise SÇKŞTÖ puan ortalaması $97,9 \pm 10,2$ (67,0-135,0) olarak tespit edilmiştir [36]. Çeşitli çalışmalarda bulunan puanlardaki farklılıklar; katılımcıların yaşına, çalışmaların yapıldığı kuruma, vb birçok faktöre bağlı olabilir. Ölçeğin kesme puanı düşünüldüğünde bu tez çalışmasında bulunan ortalama puan, sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddetini yönetmedeki tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir.

5.6. Sosyodemografik Özelliklerle Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusundaki Tutum ve Uygulamaları Arasındaki İlişkiler

Sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş grupları, meslek grupları, mesleki yaşamında bu tür olgularla karşılaşma durumu, polis ve sosyal hizmetlere olguları bildirme durumları gibi farklı birçok faktör, kadına yönelik yakın partner şiddetine karşı farklı bireysel tepkiler vermelerine neden olmaktadır.

Çalışmada sağlık çalışanları arasında cinsiyet, yaş grupları, meslek grupları arasında SÇKŞTÖ puanları açısından fark bulunmamıştır. Ancak evlilerin bekarlara göre; mesleği ebe ve pratisyen doktor olanların, hemşire olanlara göre ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sarıbiyık tarafından

yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddetini tanımadada yetersiz kaldıkları ve bu konudaki tutumlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği; yaşa ve mesleğe göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir [22]. atak tarafından yapılan başka bir araştırmada katılımcıların mesleği, cinsiyeti ve meslekte çalışma süreleri ile şiddet belirtilerini tanımaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış, yaş grupları açısından incelendiğinde 29 yaş ve altı grupta şiddet belirtilerini tanıma durumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [101]. alışmalar arası sosyodemografik özellikler açısında bulunan bu farklar, sorunun çok boyutlu olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık alışanlarının kadına yönelik partner şiddetine karşı tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerden birisi de, mezuniyet öncesi ve sonrası şiddete ilişkin eğitim alma durumlarıdır. Bu tez çalışmasında katılımcıların mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim alma değişkenine göre SçKşTö puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Hem mezuniyet öncesi hem mezuniyet sonrası dönemde eğitim almış katılımcıların SçKşTö ortalamaları, hiç eğitim almamış katılımcıların ortalamalarından daha yüksek bulunmasına rağmen, istatistiki anlam bulunamamıştır. Bu bulgu eğitim alanların kadına yönelik partner şiddetine daha olumlu yaklaştığını, şiddete yönelik tanılamada önemli roller üstlenebileceğini göstermektedir. Literatür irdelendiğinde kadına yönelik şiddet konusunda alınan eğitimin, sağlık çalışanlarının şiddete yönelik tutumlarının bazı çalışmalarda olumlu etkilediği bildirilirken, bazı çalışmalarda etkisinin olmadığı bulunmuştur [36,85]. Aksoy İl tarafından yapılan araştırmada mezuniyet öncesinde şiddeti tanılama, değerlendirme ve nleme ile ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarının tutumlarının, eğitim almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) [36]. Cerit ve Porsuk'un yaptığı araştırmaya göre SçKşTö'den alınan toplam puanlarda öğrencilik yıllarında veya mezuniyet sonrası eğitim almış ya da almamış olmak bakımından istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [85].

Katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşma, polise ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirimde bulunma durumu değişkenine göre SçKşTö puanları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Uyar tarafından yapılan araştırmaya göre de; katılımcıların kadına yönelik yakın partner şiddetini polise/ Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme oranları düşük bulunmuş ve bu konudaki tutum ve uygulamaları yetersiz kalmıştır [35].

5.7. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının meslek gruplarına göre farklılık gösterdiğini ifade eden 1. hipotez değerlendirilirken meslek gruplarına göre incelendiğinde profesyonel destekler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,003$), hekimlerin bu alt boyutta daha yüksek bir puan (hekim $2,43\pm0,67$; DSP $2,23\pm0,69$) aldığı saptanmıştır ve hekimlerin profesyonel destek verme açısından DSP'den daha önde olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda 1. hipotez doğru kabul edilmiştir. Hekimlerin profesyonel destek verme konusunda DSP'den daha önde olma durumu kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını tespit, bildirim ve yönlendirme konusunda görev tanımı olarak üzerlerinde daha fazla sorumluluk bulundurmalarından kaynaklanması durumuyla açıklanabilir.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının yaş gruplarına (2. hipotez), cinsiyete (3. hipotez) ve mezuniyet öncesi dönemde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna (4. hipotez) göre farklılık gösterdiğini ifade eden hipotezler reddedilmiştir (Sırasıyla $p=0,293$, $p=0,237$, $p=0,29$).

Sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ alt boyutlarından hazır hissetme, konuyu açmada rahatlık, profesyonel destekler, kendine güven, uygulayıcının kontrol eksikliği, uygulayıcının sonuçları değerlendirmesi ve genel puanlarının mezuniyet sonrası dönemde eğitim almamış olanların eğitim alan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve mezuniyet sonrası dönemde kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterdiğini ifade eden 5. hipotez kabul edilmiştir ($p=0,033$). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşma (6. hipotez) durumu değerlendirilirken hazır hissetme ve kendine güven alt boyutlarında kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşmamış olanların kadına yönelik yakın

partner şiddeti olgusuyla karşılaşmış olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sırasıyla; Hazır hissetme: $2,4 \pm 0,3$ - $2,3 \pm 0,3$, $p=0,038$; Kendine Güven $2,2 \pm 0,4$ - $2,0 \pm 0,5$, $p<0,001$). Uygulamadaki engeller alt boyutunda kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularıyla karşılaşmış olanların olgularla karşılaşmamış olanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (Sırasıyla $2,6 \pm 0,5$ - $2,3 \pm 0,7$, $p=0,001$). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının yakın partner şiddeti olgusu ile karşılaşma durumuna göre farklılık gösterdiğini ileri süren 6. hipotez reddedilmiştir ($p=0,224$). Kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularıyla karşılaştığını bildiren katılımcıların olgularla karşılaşmadığını bildiren katılımcılara göre kendilerini bu vakaların yönetimine daha az hasır hissetmesi ve bu konuda kendilerine daha az güvenmeleri ve uygulamadaki engellerin daha fazla olduğunu düşünmelerinin nedeni olarak sürecin yönetimi esnasında ortaya çıkan sağlık çalışanı, mağdur veya çalışma ortamı kaynaklı ortaya çıkan sorunları deneyimlemiş olmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Örgün eğitim önemli olmakla birlikte [34], istismar ifşalarıyla ilgili mesleki deneyim, klinisyenlerin kadına yönelik yakın partner şiddetini ele almaya ne kadar hazır hissettiklerini etkileyen belki de en önemli faktördür. Katılımcı, arkadaş veya akrabaların kadına yönelik yakın partner şiddeti ile ilgili deneyimlerinin de hazırlıklı olma ile ilişkili olduğuna dair bazı göstergeler vardır, ancak kadına yönelik yakın partner şiddeti hakkında istismara uğramış kadınlarla konuşmuş olmakla aynı ölçüde değildir.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının; kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını polise bildirme (7. hipotez) ve kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme durumuna (8. hipotez) göre farklılık gösterdiğini ifade eden hipotezler reddedilmiştir (Sırasıyla $p=0,234$, $p=0,974$). Kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularının tespit edilmesi, olgulara gerekli tıbbi müdahalede bulunulması ve gerekli yönlendirmelerin sağlanması sağlık çalışanlarının en önemli görevlerindendir. Ülkemizde hekimlerin ve DSP'nin iş yoğunluğu, kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını yönetirken uygulayacağı adımlar konusundaki bilgi eksiklikleri, güvenlik endişeleri gibi nedenlerden dolayı kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda beklenildiği kadar bildirim olmamaktadır. Araştırmamızda meslekte çalışma yılı

arttıkça tespit edilen vaka sayılarının arttığı tespit edilmiştir ($r=0,256$, $p<0,001$); ancak buna rağmen meslekte tecrübe arttıkça polise ve sosyal hizmetlere bildirimde de artış olması beklenirken herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla $r=0,006$, $p=0,954$; $r=0,032$, $p=0,87$). Kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki bildirimlerin yeterli düzeyde olmamasının nedenleri olarak birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki sorumluluklarını yeterince bilmemeleri, konuyla ilgili TCK yasasını bilmemek, mesleki donanımlarındaki eksiklikler, kurumsal politikalar, ASM'lerdeki iş yükünün fazla olması, güvenlik ve korunma konusundaki endişeler olarak sıralanabilir.

5.8. Derinlemesine Görüşmeler

Bu tez çalışması sonucunda elde edilen bulgulara göre; kadına yönelik yakın partner şiddetine ilişkin bilgi ve tutumların arka planında, şiddet vakalarının tespit edilmesinin ve bildirimlerin önündeki engellerin yer aldığı gösterilmiştir.

Çalışmada şiddet vakaların tespit edilmesinin önündeki engellerin başında, birinci basamak sağlık çalışanlarının bu konuda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitim almayışı vurgulanmıştır. Katılımcılar bu konuda eğitim almak istediklerini, bu eğitimi almanın önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Silva ve ark tarafından 2020'de gerçekleştirilen nitel araştırmaya göre bizim çalışmamıza benzer olarak birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda eğitim ihtiyacının ön plana çıktığı belirtilmiştir [102]. Beynon ve ark. [103]'ün yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet konusunu nasıl açacaklarını ve yakın partner şiddetine uğrayan kadın durumu açıklarsa ne yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. Bu konuda verilecek eğitimin, olguları yönetmeye faydalı olabileceğini, duyarlılığı artırabileceğini ve farkındalığı geliştirebileceğini düşünmektedirler. Bildirilen bu eğitim eksikliği, potansiyel müfredat boşluklarına ve iş yerinde sürekli öğrenme fırsatlarına duyulan ihtiyaca işaret etmektedir. Bazı katılımcılar ise mezuniyet sonrası eğitim aldıklarını, bu eğitimlerin faydalı olduğunu ancak mutlaka tekrarlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Eğitim daha fazla bilgi, güven ve beceri gelişimiyle sonuçlansa da bu eğitimlerin tekrarlanması konuya ilgiyi canlı

tutması açısından önemlidir. Ancak tek başına eğitimin diğer yapısal destekler ve kurumsal politikalar olmaksızın, başarılı olması beklenmemelidir [104].

Şiddet vakaların tespit edilmesinin önündeki engellerin ikincisi, çalışma koşulları ile ilgili engellerdir. Katılımcılar ASM'lerde yeterli güvenliğin olmayışı nedeniyle bildirim yapmaktan çekindiklerini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ülkemizde güngeçtikçe artması, bu olguları yönetmede çalışanların kaygılarını arttırmaktadır. Cuesta ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise yine bizim araştırmamıza benzer olarak kadına yönelik yakın partner şiddetinin tespitinin ve bildiriminin önündeki engeller olarak; zaman eksikliği, protokollerin olmaması, eğitim olmaması, kaynak eksikliği, kullanıcılarla kıt mahremiyet, yüksek personel devir hızı ve yüksek iş yükü dahil olmak üzere bir dizi kurumsal engel olduğu belirlenmiştir [105].

Yakın partner şiddetine maruz kalan kadınlar herhangi bir sebeple sağlık kuruluşlarına başvurduklarında, sağlık çalışanlarının çok az kadına şiddeti düşündüren belirti ve semptomları sorduğu bildirilmektedir. Glass ve ark. [106] tarafından yapılan bir çalışmada, herhangi bir nedenle başvuran kadınların %25,0'inden daha azına acil servis personeli tarafından fiziksel, cinsel ve duygusal şiddeti sorulduğunu, akut travma ile başvuran kadınların ise sadece %39,0'una sorulduğunu göstermiştir.

Kadınlar sağlık çalışanıyla güvene dayalı bir ilişki kuramadığında, maruz kaldıkları istismarı paylaşmama eğilimindedir [107]. Wild ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre; aile içi şiddet hakkında bilgi alabilmenin önündeki ana engellerin ağır iş yükü, zaman ve mahremiyet eksikliği olduğu tespit edilmiş ve bununla birlikte sağlık çalışanları bu konudaki sevk hizmetlerinin yetersiz olduğunu, güvenliğin bulunmadığını ve bildirimlerin polis tarafından ciddiye alınmadığını bildirmiştir [108]. Çalışmada da görüşmeciler şiddet mağduru kadınların kendilerini rahatça ifade edebilmeleri için uygun ortamın ve iletişimin sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. ASM'lerde güven ortamının zamanla oluştuğu, bu güven ortamı sağlandıktan sonra şiddete uğrayan kadının yaşadıklarını sağlık personeli ile paylaştığı ifade edilmiştir.

Şiddet vakalarının tespit edilmesinin önündeki en önemli engellerden bir diğeri de mağdur ile ilgili faktörlerdir. Katılımcılar tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner şiddeti vakalarında doğru yönlendirmeleri yapmalarına rağmen; mağdur

kadınların tekrar şiddet görmekten ve şiddetin dozunun artacağından korkmaları, ekonomik özgürlüklerinin olmaması, bu durumun çözülmeyeceğine inanmaları gibi nedenlerle bildirim yapmaktan korktuklarını ve kaçındıklarını belirtmişlerdir. Bir diğer sorunlu alan toplumsal faktörlerdir. Toplumsal bakış açısı ve ailelerin şiddet olaylarına yaklaşımının bu vakalarının tespitinde ve bildirilmesinde gecikmelere neden olduğu belirtilmiştir. Sosyal desteğinin az olması nedeniyle şiddet gören kadının bildirim yapılmasını istememesi önemli engellerdendir.

Bu konuda yapılan çalışmalar yakın partner şiddetine uğrayan kadınların sıklıkla karşılaştığı ekonomik zorluklar, çocuk velayeti savaşları, korku duygusu, yetersiz sosyal destek dahil olmak üzere çok sayıda stres faktör nedeniyle bildirim yapılmasını istememektedir [109].

Katılımcıların kendi güvenliklerinden ve mağdurun güvenliğinden endişe etmelerinin, kurumlara bildirim yapma konusunda önemli engel oluşturduğu bildirilmiştir. Mağdurun şikayetçi olmaması durumunda bildirim yapılamamakta, ASM'lerde çalışanların kendilerini güvende hissetmemekte veya kurumlara sorunu çözme anlamında güvenmemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların beyanlarını tespit etmesini ve bunlara yanıt vermesini iyileştirmeye yönelik politikalar ve düzenlemeler getirilmelidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kadına yönelik şiddetle ilgili görevleri, doğru tanı koyma ile başlayan, bildirim yapma, tedavi etme, rehabilite etme ile devam eden bir mücadeledir. Kadına yönelik şiddet, bütüncül, çok yönlü ve tüm toplumun ortak ve kararlı hareket etmesini gerekli kılan bir yaklaşım gerektirmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının, kadına yönelik yakın partner şiddetine karşı tutum ve uygulamalarını; aynı zamanda bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız bu araştırmada nicel bileşene dahil olan 344 katılımcıdan ve nitel bileşene dahil olan 8 katılımcıdan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Sağlık çalışanlarının SÇKŞTÖ ortalamaları $104,2 \pm 8,6$ 'dır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, sağlık çalışanlarının şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu; ancak geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

2. Meslekte çalışma yılı ile son bir yılda tespit edilen vaka sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,256$, $p<0,001$).
3. Nicel bileşene dahil olan 344 katılımcının kendisinin yakın partner şiddetine uğramasının meslek yaşamına etkisi incelendiğinde 137 (%39,9)'si ve bir yakının yakın partner şiddetine uğramasının meslek yaşamına etkisini incelendiğinde 187 (%54,3)'si yakın partner şiddetine uğrayan kadınları tanımalarına yardımcı olacağını belirtmiştir.
4. Yaş değişkeni ile son bir yılda tespit edilen vaka sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,216$, $p<0,001$).
5. Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirme sayısı ile polise bildirme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,56$, $p=0,024$).
6. Araştırmamızda meslek yaşamında tespit ettikleri kadına yönelik yakın partner şiddetini polise bildiren 83 (%24,1) katılımcı olduğu tespit edilirken; Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildiren 29 (%8,4) katılımcı olduğu tespit edilmiştir.
7. Hem mezuniyet öncesi hem mezuniyet sonrası dönemde kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarıyla ilgili eğitim almış katılımcıların SÇKŞTÖ ortalamaları ($106,5\pm11,5$); sadece bir dönemde eğitim almış ($105,0\pm8,4$) veya hiç eğitim almamış katılımcıların ($103,5\pm8,2$) ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
8. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti konusundaki tutum ve uygulamalarının meslek gruplarına göre incelendiğinde profesyonel destekler alt boyutunda (hekim $2,4\pm0,7$; DSP $2,2\pm0,7$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,003$).

9. SÇKŞTÖ alt boyutlarının ortalama puanları mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,033$).

Nitel bileşene katılan katılımcılarla yapılan görüşmeler de nicel bileşende elde ettiğimiz verileri destekler niteliktedir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularının tespitinin önündeki engellerde öne çıkanlar; sağlık çalışanlarının bu konudaki eğitiminin yetersiz kalması, ASM'lerdeki hasta yoğunluğu nedeniyle bu konuya ayrılacak sürenin kısıtlı olması ve bu olguların gözden kaçması, kendilerinin ve şiddet mağdurlarının güvenliğinden endişe duymaları, şiddet mağdurlarının psikolojik, sosyal veya ekonomik sebeplerden şiddet durumunu gizleme isteği olarak öne çıkmaktadır.

Öneriler:

1. Sağlık çalışanları, yakın partner şiddeti vakalarının tespiti, şiddet mağduru kadına yaklaşım ve iletişim, kadına yönelik şiddet vakalarındaki hukuki yükümlülükler gibi konularda etkili eğitimler ile bilinçlendirilmeli ve desteklenmelidir. Eğitim içeriğinde;
 - Mezuniyet öncesi dönemde kadına yönelik yakın partner şiddeti olgusuyla karşılaşması olası bütün sağlık çalışanlarına verilecek eğitimde şiddetin nedenleri ve önlenmesi ile ilgili dersler müfredat programına alınmalı ve etkinliği sürekli kontrol edilmelidir.
 - Kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda verilen eğitimler aynı seviyede verilerek meslek grupları arasındaki bilgi farkı ortadan kaldırılmalıdır.
 - Çalışma yaşamında da kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda hizmet içi eğitim seminerleri verilmelidir ve sonuçları düzenli olarak kontrol edilmelidir.

2. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını tespit ederek gerekli yönlendirmeleri yapabilmesi için çalışma şartlarının bu gibi konulara gerekli vakti ayırabilecek şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.
3. Sağlık çalışanları kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını bildirirken kendilerinin ve mağdurların güvenliklerinden endişe etmeyecek şekilde düzenlemeler yapılması önemlidir.
4. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti vakalarını bildirirken kimlik bilgilerinin gizliliğinin sağlanması; sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasını sağlayarak vakaların tespit ve bildirim sayılarının da artmasını sağlayacaktır.
5. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik yakın partner şiddeti olgularını pratik şekilde bildirmelerini sağlayabilecek bir uygulama oluşturulup yaygınlaştırılması ve tespiti ve bildirimini gerçekleştirilmiş olan kadına yönelik yakın partner şiddeti vakalarının detaylı takibinin yapılmasını sağlayacak; benzeri aile hekimliği sisteminde kronik hastalıkları olan hastaların takibinde kullanılan bir şiddet izlem dosyası oluşturulması mağdurların ihtiyaç halinde yararlanması gereken sağlık, finansal ve adli desteklerin de sağlanmasını ve takibini kolaylaştıracaktır.
6. İleride yapılacak daha geniş kapsamlı ve çok merkezli ileri düzey çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır.
7. Kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık çalışanlarının tutum ve uygulamaları değerlendirilerek saptanan ihtiyaçlara yönelik çalışmalar yapılması kadına yönelik yakın partner şiddetinin çözülmesine katkıda bulunacaktır.
8. Kadına yönelik yakın partner şiddetin önlenmesi ve bu olguya etkin bir şekilde müdahale edilmesi için işlevsel, çok sektörlü, koordineli ve iyi finanse edilmiş bir sağlık sistemi çok önemlidir.



7. KAYNAKLAR

1. Krug, E.G., et al. World Report on Violence and Health. 2002 02.08.2022]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.
2. Polat, O., Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 2016. 22(1): p. 15-34.
3. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1993 03.08.2022]; Available from: https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf.
4. World Health Organization. Violence Against Women. 2021 03.08.2022]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
5. Bulut, M., R. Aslan, and H. Arslantaş, Kabul Edilmemesi Gereken Toplumsal Bir Gerçek: Yakın Partner Şiddeti. Sakarya Tıp Dergisi. 10(2): p. 334-347.
6. Gezgin Biçici, B., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği, in Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. 2011, Ege Üniversitesi: İzmir.
7. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. 2009.
8. Kaptanoğlu, Y., İ.A. Çavlin, and B. Akadlı Ergöçmen, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. 2015.
9. World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates 2018. 2021 11.08.2022]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
10. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadına Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Tüm Yönleriyle Araştırılarak Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu. Üçüncü Toplantı Tutanakları 2021 12.08.2022]; Available from: https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon_tutanaklari.goruntule?pTutanakId=2727.
11. Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği. CEİD İzler Hibe Programı Şiddetin İzleri Projesi Şiddeti Önlemede 6284 Sayılı Kanun Uygulamalarına İlişkin Veri Değerlendirme Raporu 2022 16.08.2022]; Available from: http://www.esitnesiller.org/wp-content/uploads/2022/07/SiddetinIzleri_Ankara-Kadina-Yonelik-Siddet-Raporu_2017-2021.pdf.
12. Taskiran, A.C., A. Ozsahin, and T. Edirne, Intimate Partner Violence Management And Referral Practices Of Primary Care Workers İn A Selected Population İn Turkey. Primary Health Care Research & Development, 2019. 20.
13. Page, A.Z. and M. İnce, Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme. Türk Psikoloji Yazıları, 2008. 11(22): p. 81-94.
14. Akkaya Şahin, G., Aile İçi Şiddet Kavramı ve Aile İçi Şiddetin Uluslararası ve Ulusal Hukuki Belgelerdeki Düzenlemesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.

15. Akın, M., Aile İçi Şiddet. Journal of Istanbul University Law Faculty, 2013. 71(1): p. 27-41.
16. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. 05.06.2022]; Available from: <https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/aismelkitabı.pdf>.
17. Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı. 2021 Yılı Faaliyet Raporu. 2021 05.08.2022]; Available from: <https://morcati.org.tr/wp-content/uploads/2022/05/Mor-C%CC%A7ati-2021-Yili-Faaliyet-Raporu.pdf>.
18. Gürhan, N., G. Erdoğan, and F. Seyran, Cinsel Şiddet. Meyad Akademi, 2020. 1(1): p. 59-65.
19. Özgentürk, İ., V. Kargın, and H. BALTACI, Aile İçi Şiddet Ve Şiddetin Nesilden Nesile İletilmesi. Polis Bilimleri Dergisi, 2012. 14(4).
20. Güler, N., Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler. 2010.
21. Ovacık, A.C., Aile İçi Şiddetin Erkek Çocuğun Şiddet İçeren Suç İşleme Davranışına Etkileri, in Psychology. 2008, İstanbul Üniversitesi.
22. Sarıbiyık, M., Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri. 2012, İnönü Üniversitesi.
23. Akkaş, İ. and Z. UYANIK, Kadına Yönelik Şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 2016. 6(1): p. 32-42.
24. Yorulmaz, D.S. and H. Karadeniz, Siber şiddetin önlenmesine yönelik tedbirler ve hemşirelerin rolü: geleneksel derleme. 2022.
25. TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020. 2016 2022]; Available from: <https://www.aile.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf>.
26. Çakır, Ö., et al., Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu. Toplum ve Demokrasi Dergisi, 2008. 2(4): p. 51-70.
27. Yanık, A., et al., Kadına Yönelik Şiddet Davranışlarının Değerlendirilmesi: Türkiye'den Kanıt. Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges), 2014. 4(4): p. 104-111.
28. World Health Organization. Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence. 2013 07.08.2022]; Available from: [file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/9789241564625_eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/9789241564625_eng%20(1).pdf).
29. Boyacıoğlu Bal, İ., Düünden Bugüne Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet ve Ulusal Kadın Çalışmaları: Psikolojik Araştırmalara Davet. Türk Psikoloji Yazıları, 2016. 19(Özel Sayı): p. 126-149.
30. Özbey, O., Kadına Yönelik Şiddet-Şiddetin Temelleri. Hukuk Gündemi, 2012. 1: p. 37-39.
31. Altun, M., Denizli İli Kırsalında Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Fiziksel Şiddet Görme Durumları Ve Kadınların Şiddete İlişkin Tutumları. 2006, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

32. Şimşek, H., Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011. 25(2): p. 119-126.
33. Öztürk, Ö., Ö. Öztürk, and B. Tapan, Kadına Yönelik Şiddetin Kadın Ve Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2016. 3(4): p. 139-144.
34. Küçük, N., Polislerin Kadına Yönelik Şiddete Ve Bu Tip Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. 2013, Marmara Üniversitesi (Turkey).
35. Uyar, E., Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları. 2019.
36. Aksoy İl, D., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutumlarının Belirlenmesi. 2019, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
37. Atman, Ü.C., Kadına Yönelik Şiddet; Cinsel Taciz/İrza Geçme. Sted Dergisi, 2003. 12(9): p. 333-335.
38. Gezen, M. and E.T. Oral, Kadın Sığınma Evinde Yaşayan Kadınlar ile Şiddet Gördüğü Evde Yaşamaya Devam Eden Kadınların Bağlanma Biçimlerinin ve Ruhsal Belirti Düzeylerinin İncelenmesi. Dusunen Adam, 2013. 26(1): p. 65.
39. Dickstein, L.J., Spouse Abuse and Other Domestic Violence. Psychiatric Clinics of North America, 1988. 11(4): p. 611-628.
40. World Health Organization. Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women. 2001 08.08.2022]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65893/WHO_FCH_GWH_01.1.pdf?sequence=1.
41. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. 2005 [cited 08.08.2022; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>.
42. Garcia-Moreno, C., et al., Prevalence Of Intimate Partner Violence: Findings From The WHO Multi-Country Study On Women's Health And Domestic Violence. The lancet, 2006. 368(9543): p. 1260-1269.
43. UN Women. The Shadow Pandemic: Violence Against Women During Covid-19. Available from: <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>.
44. Güler, N., H. Tel, and F.Ö. Tuncay, Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2005. 27(2): p. 51-56.
45. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019.
46. Kadın Cinayetleri 25.08.2022]; Available from: <https://kadincinayetleri.org/>.
47. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu Verileri. 2022 25.08.2022]; Available from: <https://kadincinayetlerininidurduracagiz.net/kategori/veriler>.
48. Dünya Ekonomik Forumu. Küresel Cinsiyet Eşitsizliği Raporu. 30 Mart 2021 12.08.2022]; Available from: <https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2021/in-full/economy-profiles#economy-profiles>.

49. Hekimler, A., İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin Kabul Edilişinin 60. Yıldönümünde Taşıdığı Anlam ve Önemi. Sosyal Bilimler Metinleri, 2009. 2009(1): p. 1-24.
50. Arikoğlu Ündücü, C., Kadına Yönelik Şiddetin Tarihi 1. Alternatif Politika, 2016: p. 1.
51. Kara, Ş. and Ş.B. ÖZVARIŞ, Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) ve Türkiye’de Cinsiyete Göre Ölüm ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi. Sağlık ve Toplum, 2022. 2022(32).
52. Tiryakioğlu, E.F., Türk Hukukunda Kadının Şiddete Karşı Korunması ve Devletin Pozitif Yükümlülükleri. 2015, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
53. Anıl, E., et al. Pekin+5: Birleşmiş Milletler’de Kadının İnsan Hakları ve Türkiye’nin Taahhütleri. 2001; Available from: http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/219_1.pdf.
54. Bakırcı, K., İstanbul Sözleşmesi. Ankara Barosu Dergisi, 2015: p. 133.
55. Akgül, A., Kadına Yönelik Şiddetin, Şiddeti Uygulayan ve Mekân Bağlamında İncelenmesi: Katledilmiş Kadınlar Örneği. 2021, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
56. Öztürk, Ö., Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. 2011, Marmara Üniversitesi (Turkey).
57. Ayşe, A., Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Turkish Journal of Public Health, 2012. 10(Özel Sayı): p. 43-60.
58. Akın, A., Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni, 2007. 26: p. 1-9.
59. Bayraktar, T., İstanbul Sözleşmesi ve 2017 Türkiye Gölge Raporuna İlişkin Bir Değerlendirme. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2018. 26(3): p. 87-111.
60. Kemaloğlu, M., Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi’nin (CEDAW) Türkiye Raporları ve Sivil Toplum Çerçevesinde Türkiye’de Kadının Durumunun Değerlendirilmesi. 2019, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
61. Acar, F., Türkiye’de Kadınların İnsan Hakları: Uluslararası Standartlar, Hukuk ve Sivil Toplum. Kadın Hakları Uluslararası Hukuk ve Uygulama, 2010. 13: p. 22.
62. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women Chapter IV. 17.08.2022]; Available from: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4#1.
63. Bilgin, Y., Sığınma evlerindeki kadınların kadına yönelik şiddet ve kadın sığınma evlerine bakışı: İstanbul örnekleme. 2015, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
64. Antınay, A.G. and Y. Arat, Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. 2007.
65. Ceylan, E., Türk Hukukunda Aile İçi Şiddet Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesiyle İlgili Yeni Düzenlemeler. 2013.
66. Yüksel, S.R., Türk Medenî Kanunu Bakımından Kadın-Erkek Eşitliği. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2014. 18(2): p. 175-200.

67. Türk Medeni Kanunu 2001; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>.
68. Şener, Ü., 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun Ne Getiriyor. TEPAV Değerlendirme Notu, 2012(201220): p. 1333026809-1.
69. Kadın Dayanışma Vakfı. Hakkımızda, Biz Kimiz. 14.08.2022]; Available from: <https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/biz-kimiz/>.
70. Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı. Hakkımızda 14.08.2022]; Available from: <https://morcati.org.tr/neler-yapiyoruz/biz-kimiz/>.
71. Erseçen, D. and Z. Tosun, Kadın Danışma Merkezi İşleyişi Eğitimi El Kitabı. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı, 2015.
72. Şen, A.A., Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Kurumlar Arası İşbirliği Süreci Ve 6284 Sayılı Yasanın Uygulanabilirliği. Motif Akademi Halkbilimi Dergisi, 2018. 11(22): p. 141-161.
73. Yassı, F., Boşanmış Kadınlar ve Eski Eş Şiddeti. 2014, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
74. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010. 2007.
75. Alpago, C., Kadına Yönelik Şiddet Ve Kadın Sığınma Evleri Olgusu. 2006, Fen Bilimleri Enstitüsü.
76. T.C. İçişleri Bakanlığı. Kadınların ve Kız Çocukların İnsan Hakları Genelgesi 2010 15.08.2022]; Available from: <http://www.kadindostukentler.com/content/docs/genelge-2010-10-kadınların-ve-kız-cocuklarının-insan-hakları.pdf>.
77. Pınar, K., et al., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018. 8(3): p. 115-122.
78. Yalçın, H., Kadına Şiddeti Önlemeye Yönelik Bir Eğitimin Etkisi: Karaman (Aile Hekimliği Birimleri) Örneği, in Sosyoloji Anabilim Dalı. 2018, T.C. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi.
79. Kandemirci, D. and D.Y. Kagnici, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Bas Etme: Çok Boyutlu Bir İnceleme. Türk Psikoloji Yazıları, 2014. 17(33): p. 1.
80. Aslan, F., Kadınlarda Şiddet Öyküsü 'Anket Çalışması', in Adli Tıp. 2012, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi.
81. Gawinski, B. and N. Ruddy, Ailenin Korunması: Aile İçi Şiddet ve Birinci Basamak Hekimi. Çeviri: HN Dağdeviren). McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A (Editörler). Aile yönelimli birincil bakım. İstanbul: Yüce Yayın. S, 2005: p. 377-99.
82. Duman, N.B., et al., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Algılayışı ve Etkileyen Faktörler. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2016. 13(4): p. 154-159.
83. Salaçın, S., Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Üstlenebilecekleri Roller. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, 2003.
84. Yazıcı, S. and R. Mamuk, Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımları. Bakırköy Tıp Dergisi, 2010. 6(2): p. 73-77.

85. Cerit, Ç. and A.Ö. Porsuk, Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Personelinin Tutumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021. 24(4): p. 563-570.
86. Dickson, F. and L.M. Tutty, The Development of a Measure of Public Health Nurses' Practice Responses to Women Who are Abused. *J Nurs Meas*, 1998. 6(1): p. 87-103.
87. Gutmanis, I., et al., Factors Influencing Identification of and Response to Intimate Partner Violence: A Survey of Physicians and Nurses. *BMC Public Health*, 2007. 7: p. 12.
88. Eysenbach, G., Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*, 2004. 6(3): p. e34.
89. Tekin, H.H. and H. TEKİN, Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme. *İstanbul University Journal of Sociology*, 2006. 3(13): p. 101-116.
90. Yayla, İ.D., Hekim Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyleri. 2009, Marmara Üniversitesi.
91. Gutmanis, I., et al., Factors Influencing Identification of and Response to Intimate Partner Violence: a Survey of Physicians and Nurses. *BMC Public Health*, 2007. 7(1): p. 1-11.
92. Lovi, R., M. Hutchinson, and J. Hurley, Inclusion of Intimate Partner Violence-Related Content Within Undergraduate Health Care Professional Curriculum: Mixed Methods Study of Academics' Attitudes And Beliefs. *Contemporary nurse*, 2018. 54(6): p. 592-602.
93. Evans, D.P., et al., Intimate Partner Violence: Barriers to Action and Opportunities for Intervention Among Health Care Providers in São Paulo, Brazil. *Journal of interpersonal violence*, 2021. 36(21-22): p. 9941-9955.
94. Taşçı, N., Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları. 2003, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
95. Kıyak, S. and B. Akın, Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2010. 12(2).
96. Kaya, B., Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Eş Şiddeti Konusunda Tutum Ve Uygulamaları: Mardin İli Örneği. 2019, Marmara Üniversitesi (Turkey).
97. ORHAN, A.S. and Z. GÖLBAŞI, Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Konusundaki Görüş ve Uygulamaları. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2011. 13(3).
98. Kurt, G., Sağlık Personelinin İstismar, İhmal ve Aile İçi Şiddet Deneyim ve Algıları. 2017, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
99. Can, K.M., Sağlık Çalışanının Aile İçi Şiddet Olgusuna Bakış Açısı. 2010, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı.
100. Zafer, H., Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu (TCK M. 280). *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 2013. 71(1): p. 1327-1352.

101. Çatak, A.T., Birinci Basamakta Çalışan Hekim, Ebe Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma Ve Bildirim Konusundaki Tutum Ve Davranışları. 2015.
102. Silva, A., et al., Perceptions of Primary Health Care Workers Regarding Violence Against Women. *Rev Esc Enferm USP*, 2022. 56: p. e20210097.
103. Beynon, C.E., et al., Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC public health*, 2012. 12(1): p. 1-12.
104. Rodriguez, M.A., et al., Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Jama*, 1999. 282(5): p. 468-474.
105. Saletti-Cuesta, L., L. Aizenberg, and I. Ricci-Cabello, Opinions and Experiences of Primary Healthcare Providers Regarding Violence Against Women: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Family Violence*, 2018. 33(6): p. 405-420.
106. Glass, N., S. Dearwater, and J. Campbell, Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 2001. 27(2): p. 141-149.
107. Ramsden, C. and M. Bonner, A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 2002. 10(1): p. 31-39.
108. Wild, K.J., et al., Responding to Violence Against Women: A Qualitative Study with Midwives in Timor-Leste. *Women and Birth*, 2019. 32(4): p. e459-e466.
109. Roberts, J.C., L. Wolfer, and M. Mele, Why victims of intimate partner violence withdraw protection orders. *Journal of Family Violence*, 2008. 23(5): p. 369-375.

8. EKLER

EK-1. NİCELİKSEL BİLEŞEN VERİ TOPLAMA FORMU

İstanbul'da Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti Konusunda Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Dr. Esra Karaca tarafından, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve protokol hükümleri dahilinde, Prof. Dr. Sevgi Canbaz'ın danışmanlığında tıpta uzmanlık tezi araştırması olarak yürütülmektedir.

Bu çalışma İstanbul'da birinci basamakta çalışan doktorlar, hemşireler ve ebelerin kadına yönelik yakın partner şiddeti hakkındaki tutum ve uygulamalarını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu tanımda yer alan yakın partner; yakın ilişkide olunan, mevcut veya eski eşler ile flört partnerlerini kapsamaktadır. Bu çalışmaya katılımda tamamen gönüllü olmak esastır. Bilgiler kim olduğunuzu açığa çıkarmayacak şekilde toplanacak, elde edilen yayın sizinle ilgili hiçbir kimlik bilgileri tespit edilmeyecek şekilde yayınlanacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum, istediğim zaman geri çekilebileceğimi anlıyorum. Tarafımca veya iznimle birlikte verilen bilgilerin, benim tanımlayamayacağım şekilde araştırma süresince bir tezde, sunumda ve dergilerde yayınlanabileceğini kabul ediyorum.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Ekibi

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

a. Kadın b. Erkek

3) Medeni durumunuz:

a. Evli b. Bekâr c. Boşanmış/ Dul

4) Mesleğiniz:

a. Uzman Dr.
b. Pratisyen Dr.
c. Hemşire
d. Ebe
e. Diğer:.....

5) Meslekteki yılınız:.....

6) Çalıştığınız ilçe:.....

7) Öğrencilik yıllarınızda kadına yönelik şiddet konusunda bir eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

8) Mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda hiç eğitim aldınız mı?

1) Evet (Nerede-tarih:...../.....) 2) Hayır

9) Çalışma yaşamınızda herhangi bir kadın, yaşadığı yakın partner şiddetiyle ilgili sizinle konuştu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise, son bir yıl içinde kaç kez kadına yönelik yakın partner şiddet olayı ile karşılaştınız?.....

10) Meslek yaşamınızda kadına yönelik yakın partner şiddeti olayı nedeniyle polisi aramak durumunda kaldınız mı?

- 1) Evet (.....kere) 2) Hayır

11) Meslek yaşamınızda kadına yönelik yakın partner şiddeti olayı nedeniyle Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nü aramak zorunda kaldınız mı?

- 1) Evet (.....kere) 2) Hayır

12) Kendinizin yakın partner şiddetine maruz kalmanız durumu, mesleki yaşamınızda yakın partner şiddeti konusuna yaklaşımınızı etkiler mi?

- 1) Hayır etkilemez.
2) Böyle bir konuyla uğraşırken kaygım artar.
2) Bu konudan kaçınırım.
3) Aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımama yardımcı olur.
4) Hiçbir etkisi olmaz.
5) Diğer (Belirtiniz.....)

13) Bir arkadaşınızın ya da akrabanızın yakın partner şiddeti yaşamış olması, sizin mesleki yaşamınızda yakın partner şiddeti konusuna yaklaşımınızı etkiler mi?

- 1) Hayır etkilemez.
2) Böyle bir konuyla uğraşırken kaygım artar.
3) Bu konudan kaçınırım.
4) Aile içinde şiddete uğrayan kadınları daha kolay tanımama yardımcı olur.
5) Hiçbir etkisi olmaz.
6) Diğer (Belirtiniz.....)

Size gerçek yaşamı yansıtan bir senaryo veriyoruz. Lütfen aşağıdaki ifadeleri bu senaryo doğrultusunda şu anki günlük mesleki uygulamalarınızı ya da böyle bir durumla karşılaştığınızda nasıl davranacağınızı göz önüne alarak yanıtlayınız.

Senaryo

A.B., gebedir ve yeni yürümeye başlayan bir çocuğu bulunmaktadır. A.B. sessiz, içine kapanık görünmekte ve çok yorgun olduğunu söylemektedir. A.B. ev ve çocuk bakımında hiç kimseden yardım almadığını, hepsini tek başına yaptığını ifade etmektedir. Kocasının temizliğini, çocuğun gürültü yapmasını kontrol altına almasını A.B.'den beklemektedir. Ayrıca A.B., kocasının sürekli onu eleştirdiğini belirtmektedir. Kocasını onu arabayla bırakmadığı sürece evden dışarıya çıkamamaktadır. Bununla birlikte, çocuk her yaramazlık yaptığında, kocası ona kızdığı için çocuğu nasıl sakın tutabileceği A.B.'nin en büyük korkusudur. A.B., bu konudan bahsederken çok huzursuz görünmektedir. Annesi, kız kardeşi ve eski iki arkadaşı ile aynı şehirde yaşadığı halde, A.B. artık onları pek fazla görememekte ve komşularını tanımamaktadır. Çalıştığınız kurumda A.B. ya da onun gibi bir kadın ile ilgilenirken, aşağıdaki ifadelere ne derecede katılıp katılmadığınızı lütfen belirtiniz.

Lütfen sizin yanıtınızı en iyi yansıtan ifadenin yanındaki kutucuğa "X" işareti koyarak ya da tüm kutuyu karalayarak işaretleyiniz. Kurşun kalem ya da tükenmez kalem kullanabilirsiniz.

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1) Bu konu özel bir aile sorunu olduğundan karışmamalıyım.				
2) Şiddet konusunda konuşmak isterim, ama ne söyleyeceğimi bilmiyorum.				
3) Kadına yönelik şiddet konusunda konuşabilme becerime güveniyorum.				
4) Yardım istemediği sürece onun için yapabileceğim bir şey yok.				
5) Rutin olarak bütün görüşmelerde kadına yönelik şiddet konusunu açarım.				
6) Kadına kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormak istemem, çünkü bana anlatmaya hazır olduğunu düşünmüyorum.				
7) Şiddete uğrayan kadınlara yardım edemeyeceğimi hissediyorum.				
8) Şiddet ile ilgili kadına soru sormaktan çekinirim, çünkü böyle bir durumla baş edebilmek için tecrübem hiç yok/çok az var.				
9) Durumu daha da kötüleştirme olasılığı nedeniyle, müdahale etmekten çekinirim.				
10) Kocasının ona vurup vurmadığını doğrudan sorarım.				
11) Bu kadına doğru yardıma ulaşmada destek olabileceğimi düşünüyorum.				
12) Ona kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormayı unutabilirim.				
13) Kadınlara şiddet hakkında soru sormam gerektiğinde kendime güvenirim.				
14) Şiddete uğramış ya da şiddete uğrama riski olan kadınlara, kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormada kendimi hazırlıklı hissedirim.				
15) Şiddete uğramamış ya da şiddete uğrama riski olmayan kadınlara, kendisine yönelik şiddet konusunda soru sormada kendimi hazırlıklı hissedirim.				
16) Şiddete uğradınız mı soruma "hayır" yanıtı veren kadınla konuşmaya kendimi				

hazır hissederim.				
17) Şiddete uğradınız mı soruma "evet" yanıtını veren kadınla konuşmaya kendimi hazır hissederim.				
18) Şiddet konusunu açarak onu zor durumda bırakmam.				
19) Şu anda kadının içinde bulunduğu koşullar değişse bile, kendimi ona yardım edebilecek yetkinlikte hissediyorum.				
20) Kadının bir daha gelmeme olasılığını düşünerek, kadına yönelik şiddeti sormaktan çekinirim.				
21) Ona kadına yönelik şiddet ile ilgili yazılı bilgi ve/veya diğer uygun kaynakları verebilirim, ama durumu hakkında konuşmam.				
22) Kadına yönelik şiddetin sıklıkla yaşandığını ancak kadınların bu konuda konuşmaya çekindiklerini belirterek konuyu açarım.				
23) Şiddete uğramadığımı belirten kişilerle de kadına yönelik şiddet konusunda bilgi paylaşımına hazırım.				

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
24) Kadınlar yaşadıkları şiddeti anlattıklarında, onları dinleyebileceğimi düşünüyorum.				
25) Kadın yaşadığı şiddeti bana anlattıktan sonra, gereksinimlerini belirlemek için konuşmayı sürdürürüm.				
26) Kadın, sorunuyla benim istediğim biçimde baş etmeye hazır olmasa bile, görüşme süresince onu destekleyebileceğimi düşünüyorum.				
27) Uygun eğitim almadığım için kadına yönelik şiddeti sormaktan çekinirim.				
28) Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde mücadele edebilmeleri için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.				
29) Kadına yönelik şiddetle etkili bir biçimde mücadele edebilmem için meslektaşlarımla bu gibi durumları tartışmaktan çekinmem.				
30) Bazı kişiler için kadına yönelik şiddet kültürel olarak kabul edilebilir olduğundan, bu konuda onlarla konuşmaya çekiniyorum.				
31) Bugün, olası bir şiddet vakasıyla ilgilenecek vaktim yok.				
32) Kadına yönelik şiddet konusunu sorgularken kendi güvenliğimden endişe ederim.				
33) Yardım sağlamada toplumsal kaynaklar yeterli olmadığı için kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormaktan çekinirim.				
34) Kadına yönelik şiddeti sorarken olası yasal sonuçları düşünürüm.				
35) Yasal olarak polise bildirmek zorunda kalabileceğim için kadına yönelik şiddetle ilgili soru sormaya çekinirim.				
36) Şiddet hakkında konuşacak zamanım olmadığı için kendimi engellenmiş hissederim.				
37) Aynı zamanda ailenin diğer üyeleriyle de ilgilendiğim için kadına yönelik şiddet ile ilgili soru sormaktan çekinirim.				
38) Kadına yönelik şiddetin etkili bir tedavisi olmadığı için herhangi bir yardım önerisinde bulunmam.				
39) Kadına yönelik şiddeti sorabilmem ve şiddet gören kadına yardımcı olabilmem konusunda arkadaşlarım, danışmanlarım, yöneticilerim yeterli desteği sağlarlar.				

40) Bu kadının şiddetle başa çıkabilmesi için gerekli kaynaklara ulaşmasına yardımcı olabileceğimi düşünüyorum.				
41) Çalışma ortamımdaki meslektaşlarımla kadına yönelik şiddet konusunda geliştirilecek programların planlanması ve değerlendirilmesi sürecinde iş birliği içindeyim.				
42) A.B gibi olguları yönetme konusunda uzman görüşü alma olanağım var.				



EK-2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Yapılandırılmış görüşmede kullanılacak form;

1. Öğrencilik yıllarınızda ve/ veya mezuniyet sonrasında kadına yönelik yakın partner şiddeti konusunda bir eğitim aldınız mı?
2. Eğer eğitim aldıysanız aldığınız eğitimden bahsedebilir misiniz? (yeterlilik, nitelik) Eğer eğitim almadıysanız nasıl bir eğitim almak isterdiniz?
3. İşinizin bir parçası olarak herhangi bir kadın, yakın partner şiddeti hakkında sizinle konuştu mu?
 - a) Yanıtınız evet ise olguyu nasıl yönettiniz?
 - b) Olguyu tespit etme ve bildirme sırasında karşılaştığınız zorluklar nelerdi?
 - c) Sizce bunların çözülmesi için neler yapılabilir?
4. Meslek yaşamınızda karşılaştığınız kadına yönelik yakın partner şiddeti olayı sonrası polisi aramak durumunda kaldınız mı? Bu süreç nasıl işledi?
5. Meslek yaşamınızda karşılaştığınız kadına yönelik yakın partner şiddeti olayı sonrası Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nü aramak zorunda kaldınız mı? Bu süreç nasıl işledi?
6. Bir arkadaşınızın ya da akrabanızın aile içinde yakın partner şiddeti yaşamış olması, sizin mesleki yaşamınızda şiddet konusuna yaklaşımınızı etkiler mi?

Yanıtınız evet ise, nasıl etkiler?
7. Kadına yönelik şiddetin erken saptanmasında, ne tür engeller ile karşılaşıyorsunuz?
8. Kadına yönelik şiddet sizce nasıl daha kolay saptanabilir?

EK-3. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME ONAM FORMU

ÇALIŞMA KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU (1 sayfadır)

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Dr. Esra KARACA tarafından, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve protokol hükümleri dahilinde, Prof. Dr. Sevgi CANBAZ'ın danışmanlığında tıpta uzmanlık tezi araştırması olarak yürütülmektedir.

Bu çalışma İstanbul'da birinci basamakta çalışan doktorlar, hemşireler ve ebelerin kadına yönelik yakın partner şiddeti hakkındaki tutum ve uygulamalarını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu tanımda yer alan yakın partner; yakın ilişkide olunan, mevcut veya eski eşler ile flört partnerlerini kapsamaktadır.

Bilgiler kim olduğunuzu açığa çıkarmayacak şekilde toplanacak ve görüşme esnasında kendinizin seçtiği bir kod adı verilecek, bu çalışmadan elde edilen yayın sizinle ilgili hiçbir kimlik bilgisi tespit edilmeyecek şekilde yayımlanacaktır. Araştırma kapsamında herhangi bir parasal yük altına girmeyeceğiniz gibi, size bir ödeme de yapılmayacaktır.

Görüşmeler kendinizi güvenli hissettiğiniz bir ortamda, izin verirsiniz ses kaydı alınarak, izin vermezseniz not alınarak yapılacaktır. Ses kayıtları araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacak, kimliğinizi açık edebilecek hiçbir bilgi bilimsel amaçlarla dahil olmak üzere kullanılmayacaktır. Araştırma sonrasında ses kayıtları yok edilecektir. Araştırmadaki görüşme yaklaşık 40-60dk sürecektir

Sizin bu çalışmaya katılmanızı ve deneyimlerinizi paylaşmanızı diliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir sorunuz olursa Dr. Esra KARACA'ya esra.karaca.91@istanbul.edu.tr e-posta adresinden veya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalından ulaşabilirsiniz. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Çalışmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum, istediğim zaman geri çekilebileceğimi anlıyorum. Tarafımda veya iznimle birlikte verilen bilgilerin, kimlik bilgilerim gizli tutulacak şekilde çalışma süresince bir tezde, sunumda ve dergilerde yayımlanabileceğini kabul ediyorum.

Yukarıdaki alana kişi kendi el yazısı ile "OKUDUM ANLADIM ONAYLIYORUM" yazarak imzalayacaktır. (Bu Onam Formu bir nüshası yetkililerde, diğeri ilgilide kalacak şekilde iki nüsha halinde hazırlanır.)

Bilgilendirme yapanın

Adı Soyadı :

Sicil No :

İmza :

Bilgilendirme yapılanın

Adı Soyadı :

T.C Kimlik No :

İmza :

Ek-5. Tez Orjinallik Raporu

Tez			
ORJİNALLİK RAPORU			
% 13	% 13	% 4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4	
2	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1	
3	nursing-ataunipress.org İnternet Kaynağı	<%1	
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1	
5	uhsk.org İnternet Kaynağı	<%1	
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1	
7	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1	
8	fakirkene.blogspot.com İnternet Kaynağı	<%1	
9	malatyapencere.com İnternet Kaynağı	<%1	