

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA'DA BELEDİYELERE BAĞLI KADIN
SIĞINMAEVLERİNDE BARINAN KADINLARIN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ

Dr. Hüsna ÇEVİK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Selda TEKİNER

ANKARA

2020

KABUL VE ONAY

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Hüsna Çevik	Sınav tarihi: 28 / 08 / 2020
Anabilim/Bilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Dr.Öğr.Üyesi A.Selda TEKİNER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: ANKARA'DA BELEDİYELERE BAĞLI KADIN SİĞİNMAEVLERİNDE BARINAN KADINLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı
Dr.Öğr.Üyesi A.Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi
Prof.Dr.Altuğ KUT
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi..

Jüri Üyesi
Dr.Öğr.Üyesi A.Gülşen Ceyhan PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim sürecinde tanımaktan ve beraber çalışmaktan dolayı büyük mutluluk ve onur duyduğum, tez çalışmamın gerçekleşmesinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve desteğini hissettiğim değerli danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi A.Selda Tekiner'e, gerek aile hekimliği disiplinine gerekse AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na ve bizlere vermiş oldukları emekleri için değerli hocalarım Prof. Dr.Mehmet Ungan'a ve Dr.Öğr.Üyesi A.Gülşen Ceyhun Peker'e;

Birlikte çalıştığım süre içinde dostluklarını ve özverilerini her zaman hissettiğim arkadaşlarım Dr.Nazife Alpman, Dr.Esma Karaduman, Dr.Hafize Yeğin, Dr.Meryem Uslucan, Dr.Fatma Nur Pampal Durnagölü, Dr.Yusuf Alper Ütük, Dr.Baran Degirmenci, Dr.Selahattin Kılıç, Dr.Serhat Aygun ve tüm asistan arkadaşlarıma, uzmanlarıma ve anabilim dalımız personeline;

Bu tezin hazırlanmasında kullanılan verilerin güven ve samimiyetle oluşturulmasına katkı sağlayan, ümitlerini ve hayallerini görmekten son derece mutlu olduğum ve gerçekten hayran olduğum güçlü kadınlara ve bu ortama girerek kadınlarımızla görüşmeme imkan sağlayan T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi, T.C. Çankaya Belediyesi, T.C. Keçiören Belediyesine; sayın Ülkü Karaalioğlu, Şenay Yılmaz, Seray Yılmaz, Elif Naz Çenik, Nazmiye Çalık, Nebahat Başbüyük, ve tüm birim çalışanlarına; sadece iş yeri olarak görmedikleri bu sığınmaevlerini bir yuva haline getirdikleri ve kadınlara mücadelelerinde destek oldukları için tüm sığınmaevi çalışanlarına;

İstatistik sürecinde yardımlarını esirgemeyen sayın Nazmiye Kurşun'a;

Tezimin redaksiyonunu yapan kuzenim Setenay Karaçay Ünen'e;

Tezimin sosyolojik bileşenlerine dair değerli fikirlerini paylaşan Fırat Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Beyzade Nadir Çetin'e;

Eğitim ve meslek hayatımda en büyük destekçilerim olan sevgili annem Zühal Sarıca, abim Serhad Sarıca ve tezimin gelişiminde büyük katkıları olan akademik rol modelim sevgili babam Prof.Dr.Musa Sarıca'ya;

Tez sürecime katkıda bulunan ve hayatımın her anını özel kılan eşim Op.Dr. H.Bilgehan Çevik'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Hüsna ÇEVİK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay	i
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Tablolar Dizini	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kadına Yönelik Şiddet	3
2.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri	6
2.2.1. Fiziksel Şiddet	7
2.2.2. Ekonomik Şiddet	7
2.2.3. Psikolojik Şiddet	8
2.2.4. Cinsel Şiddet	8
2.2.5. Siber Şiddet	9
2.3. Kadına Yönelik Şiddette Aile Hekimliği/Birinci Basamak Hekimlik, Şiddetin Tespiti ve Bildirimi	9
2.4. Kadına Yönelik Şiddeti Önlemeye Yönelik Hareketler ve Oluşumlar	14
2.4.1. Sığınmaevi Öncesi Hizmetler.....	16
2.4.2. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)	17
2.4.3. Kadın Sığınmaevleri	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler	20
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer	20
3.3. Araştırma Evreni	20
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.5. Veri Toplama Aracı	22
3.6. İstatistiksel Analiz	24
4. BULGULAR	25

5. TARTIŞMA	81
6. SONUÇ	108
ÖZET	113
SUMMARY	115
KAYNAKLAR	117
EKLER	130
EK-1. Etik Kurul Onayı	130
EK-2. Araştırmada Kullanılan Anket Formu	131
EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu	136



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KSGM	: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TCK	: Türk Ceza Kanunu
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.	Katılımcıların evlenme şekillerinin dağılımı	27
----------	--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 2. Katılımcıların çalışma durumlarının dağılımı	27
Tablo 3. Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin özellikleri	29
Tablo 4. Katılımcıların şiddete maruz kalma durumu ve kadın sığınmaevine ilişkin verilerin dağılımı	31
Tablo 5. Katılımcıların şiddete maruz kaldığını aile hekimi ile paylaşma durumlarının dağılımı	33
Tablo 6. Katılımcıların şiddet sonrası yardım talep başvuruları ve ilgili düşünceleri	35
Tablo 7. Konunun aile hekimliği alanı dışında olduğu düşüncesiyle şiddet gördüğü bilgisini aile hekimi ile paylaşmayan kişilerin psikolog/psikiyatriste başvurma durumunun dağılımı	37
Tablo 8. Katılımcıların yaşadığı bölgeye göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin psikolojik destek verebileceğini söyleme durumunun dağılımı	38
Tablo 9. Katılımcıların evlenme şekline göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı	39
Tablo 10. Katılımcıların öğrenim durumuna göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı	40
Tablo 11. Katılımcıların yaşadığı aile tipine göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı	41
Tablo 12. Katılımcıların yaşadığı yere göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı	42
Tablo 13. Katılımcıların eşinin/partnerinin alkol/madde bağımlısı olma durumuna göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı	43
Tablo 14. Katılımcıların öğrenim durumuna göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile	44

	hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı.....	
Tablo 15.	Katılımcıların aile tipine göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı	45
Tablo 16.	Katılımcıların yaşadığı yere göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı	46
Tablo 17.	Katılımcıların eşinin/partnerinin alkol/madde bağımlısı olma durumuna göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı	47
Tablo 18.	Katılımcıların eşi/partneri ile öğrenim düzeyinin karşılaştırması	47
Tablo 19.	Katılımcıların evlenme şekline göre evlilik süresinin dağılımı	48
Tablo 20.	Katılımcıların eşinin/partnerinin alkol/madde bağımlısı olma durumu, eşin öğrenim durumu ve yaşanan yere göre eşin/partnerin çocuğa/çocuklarına şiddet uygulama durumunun dağılımı	48
Tablo 21.	Katılımcıların öğrenim durumuna göre kadın sığınmaevinden nasıl haberdar olunduğunun dağılımı	49
Tablo 22.	Katılımcıların fiziksel şiddet görme ile cinsel şiddet görme durumunun karşılaştırması	50
Tablo 23.	Katılımcıların siber şiddet görme durumuna göre eşlerinin/partnerlerinin yaşının dağılımı	50
Tablo 24.	Şiddete katlanma nedeni aile/toplum baskısı olma durumuna göre öğrenim durumu ve evlenme şeklinin dağılımı	51

1. GİRİŞ

Birleşmiş Milletler (BM) kadına yönelik şiddeti “İster kamusal ister özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ızdırap veren veya verebilecek olan, cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma” şeklinde tanımlamaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Şiddeti Önleme Küresel Durum Raporu verilerine göre her üç kadından biri yaşamının bir noktasında eşi/partneri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır (2). Türkiye’de ise Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü’nün (KSGM) 2015 tarihli Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırma Raporu’na göre evli kadınların %36’sı fiziksel, %12’si cinsel, %44’ü duygusal, %30’u ekonomik şiddet biçimlerinden en az birine maruz kalmaktadır (3). Eş/partner şiddeti kadınlarda kısa ve uzun vadede fiziksel, ruhsal, cinsel sorunlara ve üreme sağlığı problemlerine yol açmaktadır. Aynı zamanda çocuklarını da etkilemekte; kadın, aile ve toplumda derin ekonomik ve sosyal problemlere yol açmaktadır (4).

DSÖ sağlığı, “Yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, bireyin bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlinde olması” şeklinde tanımlamaktadır (5). DSÖ verilerine göre şiddet gören kadınlarda depresyon, azalmış benlik saygısı, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk gibi mental bozuklukların yanı sıra kırık, çıkık, organ yaralanmaları, kalıcı sakatlıklar, cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar gibi fiziksel patolojiler yüksek oranlarda görülmekte ve kadın ölümlerine neden olabilmektedir (3, 6). Kişinin beden, ruh ve sosyal sağlık bileşenlerinden herhangi birinde ortaya çıkacak sorunların önlenmesi Aile Hekimliği/Birinci Basamak hekimliğinin temel taşı olan koruyucu hekimlik uygulamalarını yakından ilgilendirmektedir (7). Aile Hekimliği/Birinci Basamak sistemi ülkemizdeki en yaygın ve ulaşılabilir sağlık hizmet ağı olup hastaların ilk başvuru basamağı olması beklenmektedir. Bu hususta, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artış gösteren Kadına Yönelik Şiddet/Aile

İçer Şiddet mağdurlarının yardım ve yönlendirme talebi ile aile hekimlerine başvurmaları makul görünmektedir.

Şiddete uğrayan kadınlar ve çocukları için barınma imkânı sağlayan Kadın Sığınmaevleri, güvenli bir ortamda kadınların yeniden sosyal hayata katılmalarını hedefleyen ve buna yönelik çalışmalar yürüten kuruluşlardır (4).

Bu bağlamda sığınmaevleri şiddet mağdurunun son durağıdır. Modern tıpta birincil koruma, yani bir hastalık ya da sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce verilmesi gereken hizmetler, kadına yönelik şiddet için de geçerlidir. Bu sebeple bu bireyler için sığınmaevi öncesi birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılabilecek ve onların hayatlarına dokunabilecek aile hekimliğinin önemi öne çıkmaktadır. Sığınmaevlerinde barınan kadınların sığınma aşamasına kadarki sürede aile hekimliği sisteminden faydalanıp faydalanmadıkları ve sisteme güvenleri ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Bu araştırma, sığınmaevinde barınan kadınların bakış açısıyla aile hekimliği pratiğinde yapılabileceklerin tespitine yönelik ülkemizdeki ilk çalışmadır. Çalışma Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Ankara Büyükşehir Belediyesi ile ilçe belediyelerince açılan, yüksek güvenliikli olmayan Kadın Sığınmaevlerinde (T.C. Çankaya Belediyesi, T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevleri) barınan kadınların bilgilerine ve gözlemlere dayandırılmıştır. Kadınların sosyodemografik özellikleri ile sığınmaevine başvurmadan önceki süreçte aile hekimlerine başvurma ve şiddet gördükleri bilgisini paylaşma sıklıklarının belirlenmesi, hekime ve aile hekimliği sistemine yönelik düşüncelerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Böylece, kadınların gözünden şiddetle başa çıkılmasında aile hekimliği sisteminin olumlu ve olumsuz yönlerinin tespit edilmesini ve bu sayede aile hekimliği sisteminin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunularak mevcut sisteme ışık tutulmasını amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadına Yönelik Şiddet

DSÖ şiddeti: “Fiziksel gücün kasıtlı olarak bir tehdit veya eylem biçiminde kullanılmasının, kişinin kendisinde, başka bir kişide ya da grup veya toplulukta, yaralanma, ölüm ya da psikolojik zarara; gelişim bozukluğuna veya yoksunluğa yol açması ya da yol açma olasılığı bulunması durumu” olarak tanımlamaktadır (5). Şiddet tarafı, boyutu ve türü fark etmeksizin bir hak ihlali olup toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle şiddet mağdurları çoğunlukla kadınlar olmaktadır. Toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirildiğinde, şiddetten etkilenen tarafın genellikle kadın olmasının, cinsiyet eşitsizliğine neden olan söylemlerin, kabullerin, geleneksel değerlerin şiddeti besleyen unsur olarak işlev görmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Maalesef günden güne artmakta olan kadına şiddet olguları, farklı disiplinler açısından incelenerek olası nedenleri ve muhtemel çözüm yolları üstünde durulması gereken bir konudur.

Genellikle fiziksel ve psikolojik, zaman zaman da ekonomik ve cinsel temelli ortaya çıkan şiddet, kişinin hayat kalitesine de büyük oranda zarar vermektedir. Maalesef birçok şekilde ortaya çıkan şiddete hemen her toplumda kadınlar maruz kalmaktadır. Dünyanın her yerinde bu kadınlar, şiddetin neden olduğu sosyal, fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel olumsuz sonuçlarla yüz yüze gelmektedir. Eş veya birlikte yaşanan kişilerden (partner, kardeş, baba...) görülen şiddetin, kadınların hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı üzerinde birçok geri dönüşsüz etkileri olmaktadır. Kadına yönelik şiddet; toplumsal, dini, kültürel veya coğrafi sınırı olmayan bir insanlık sorunudur (5). Bu nedenle şiddeti önlemeye yönelik çabalar, ekonomik ve toplumsal cinsiyet eşitliği gibi daha büyük sosyal belirleyiciler de dahil olmak üzere, şiddet riskini artıran bir dizi etkenle mücadele edecek kapsamda olmalıdır. Şiddetin önlenmesi çabaları bireylere, ilişkilere ve tüm topluma yönelik olmalı ve okullar, işyerleri, sivil toplum kuruluşları (STK) ve ceza hukuku gibi toplumun farklı sektörleriyle işbirliği içinde sunulmalıdır (6).

Bir insanlık sorunu hâline gelen kadına yönelik şiddet için, devlet ve sivil toplum kuruluşları bununla ilgili çalışmalar yapmakta ve kadına şiddeti önleme politikaları yürütmektedir. Bu bağlamda devlet ve sivil toplum kuruluşlarınca, kadına yönelik şiddetin toplumsal bir sorun olarak değerlendirilip çözüme yönelik çabaların ortaya koyulması, yaptırımlar getirilmesi ve temelde bu yaptırımların toplumsal bir anlayış değişikliği sağlaması amaçlanmaktadır (3).

Son yüzyılda küresel olarak artan kadın hareketlerinin çabaları özellikle 1960'larda etkin olmaya başlamış ve kadına yönelik şiddet toplumların gündemine giriş yaparak insan hakları ihlallerinden biri olarak kabul görmüştür. Ülkemizde ise kadına yönelik şiddet özellikle 1980'li yılların sonuna doğru gündeme gelmiştir. Toplumların gündemine giren kadına yönelik şiddet konusu hakkında yapılan araştırmalar sayesinde, şiddetin yaygınlığına, sebeplerine ve sonuçlarına ilişkin büyük ölçüde bilgi ortaya çıkarılmıştır (4).

Şiddetin kadına yönlendirilmesinde birçok neden gösterilmektedir. Bunların temelinde sosyal ve kültürel faktörler yattığı bilinmektedir (8). Kadına yönelik şiddetin nedenleri arasında, başta psikolojik nedenlerin geldiği bildirilmiştir. Bunlara, eğitim ve çalışma hayatındaki başarısızlık, çözüm bulma becerisinde noksanlık, öfke kontrolünde yetersizlik, sosyal beceri ve iletişim eksikliği, aşırı alınganlık, ötelenmişlik ve yalnızlık duyguları, özgüven eksikliği, aşırı baskıcı veya rahat aile tutumları, ilgi yoksunluğu, şiddete maruz kalma veya tanık olma, istismar edilme, madde ve alkol bağımlılığı örnek olarak gösterilmiştir (9). Psikiyatrik neden olarak ise antisosyal kişilik bozukluğu gibi hastalıklar kadına yönelik şiddetin nedenleri arasında gösterilmiştir (10).

Kadına yönelik şiddetin toplumsal nedeni olarak, geleneksel cinsiyetçi tutum suçlanmaktadır. Maalesef kadına yönelik şiddetin arka planında kültürel ve toplumsal destek olması şiddetin başlıca nedenlerindendir. İnsanlığın varoluşundan beri şiddet olgusunun devam etmesinin nedeni ise nesiller arası kültürel aktarım olarak bildirilmiştir (11).

Şiddeti ortaya çıkaran toplumsal nedenler arasında özellikle erkek cinsiyet açısından mazur görülmesi, kadına karşı oluşan önyargılar, medya araçlarının olumsuz etkisi, ekonomik problemler, eğitim sistemindeki problemler, tahammülsüzlük ile kimi arkadaş grupları gösterilmiştir (9).

Ruhsal veya fiziksel olarak şiddet gören mağdur kadın, toplum içindeki statüsüne zarar vereceğini düşünerek, yaşadığı şiddeti gizleyerek ve çevresiyle olan ilişkilerini kısıtlayarak kendini toplumdan soyutlamaya başlar (11).

Kadına yönelik şiddet ile ilgili yapılan araştırmalar hem dünyada hem de ülkemizde sorunun önemini göstermektedir. Eş/partner şiddeti vakalarının yalnızca küçük bir yüzdesi rapor edilmekte, dolayısıyla epidemiyolojik veriler daha çok tahminlere dayanmaktadır (12). DSÖ 2010 Şiddet ve Sağlık Raporu verilerine göre dünya genelinde kadınların %10-69'u hayatlarının bir döneminde eşi/partneri tarafından fiziksel saldırıya uğramaktadır (1). Dünyada kadına şiddet oranları bakımından da önemli farklılıklar görülmektedir. Örneğin Kuzey Hindistan'da kadınların %17'sinin fiziksel şiddete, %22'sinin cinsel şiddete; bunun yanında Londra'nın doğusunda kadınların %61'inin aile içi şiddete, %87'sinin ise cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Nikaragua'da kadınların %52'sinin şiddet gördüğü, Japonya'da ise kadınların %67'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (13). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kadınlara karşı cinsel saldırıların yaklaşık %20'sinin, fiziksel saldırıların %25'inin ve takip (*stalking*) olaylarının %50'sinin rapor edildiği tahmin edilmektedir (14). Erkeklerle karşı daha az eş/partner şiddeti vakası bildirilmiştir. Anket çalışmalarından elde edilen sınırlı verilere göre, çoğunluğun dışında cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimi olan kişiler arasında eş/partner şiddeti görülme oranı daha yüksektir. Özellikle transseksüel ya da cinsiyet kimliği uyumsuzluğu olan bireylerin akranlarına göre daha yüksek oranlarda şiddet yaşadığı görülmektedir (15, 16).

ABD'de 2011 yılında gerçekleştirilen Ulusal Yakın Partner ve Cinsel Şiddet Araştırması sonuçlarına göre her üç kadından biri ve her dört erkekten biri yaşamları boyunca bir partneri tarafından taciz, fiziksel şiddet ve/veya

takibe (*stalking*); kadın ve erkeklerin yaklaşık yarısı ise psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Aynı araştırmaya göre bireyler genellikle ilk yakın partner şiddetini ergenlik döneminde yaşadığından, birincil korunmaya yönelik çalışmalar erkenden başlamalıdır. Cinsel şiddet mağduru kadınların %80'inde 25 yaş öncesi, %40'ında ise 18 yaş öncesi istismar gerçekleşmektedir. Erkek mağdurların %30'unda ise cinsel istismar 10 yaşından önce gerçekleşmektedir. Kadınların %50'sinden fazlasında cinsel istismar partneri veya aile yakınları tarafından gerçekleştirilirken, erkek mağdurların yaklaşık %50'sinde cinsel istismarı aile yakınları gerçekleştirmiştir (17).

Şiddeti, ilk akla geldiği gibi sadece “fiziksel zarar” olarak açıklamak yeterli değildir. Ruhsal anlamda da kişide ya da toplumda değişken sürelerde veya kalıcı etkileri olabilmektedir (18).

2.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Toplumun her kesiminde karşılaştığımız şiddet değişik biçimlerde meydana gelmekte ve kimi zaman da ölümcül sonuçlara yol açmaktadır. Dünya genelinde yapılan araştırmalar her üç kadından birinin farklı şiddet türlerinde istismar edildiğini göstermektedir (19). Kadına yönelik şiddet dendiğinde ilk akla gelen dayak, yaralama ve cinayet gibi fiziksel şiddet tipleri olsa da şiddetin başka türleri de bulunmaktadır. Bu nedenle şiddeti sadece fiziksel bir müdahale olarak tanımlamak yetersiz olacaktır. Şiddetin psikolojik ve cinsel içerikli de olabileceği unutulmamalıdır (20).

Her tür şiddetin temelinde korku temelli baskıyla kadını kontrol etmek vardır. Maalesef araştırmalar, kadınların genellikle kendilerine yakın olan insanların (eş, partner, baba) saldırılarına maruz kaldıklarını göstermektedir. Kadına yönelik şiddet çalışmalarında da görülebileceği üzere fiziksel şiddetin yanı sıra sosyal, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet olguları da göz önünde bulundurulmalıdır (21).

2.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, toplumda en çok bilinen kadına yönelik şiddet biçimidir. Bu durum, fiziksel gücün kasıtlı olarak zarar verme, yaralama, sakatlama veya ölüme neden olma potansiyeli ile kullanılmasıdır. Genel mânâda kaba kuvvet ile korkutma, baskılama veya ceza aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanabilir. Fiziksel şiddet itme, ısırma, boğma, sarsma, tokatlama, yumruklama, yakma ve daha pek çok fiziksel zararı içerir. Sıklıkla eş/partner veya eski eş/eski partner nedenli gözlenir. En çok maruz kalınan şiddet türü olmasına rağmen çeşitli nedenlerle genellikle gizli tutulur. Bu gizleme çabasına rağmen, yapılan araştırmalara göre kadına yönelik şiddetin fiziksel boyutu azımsanmayacak kadar fazladır (1, 22). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre özellikle geleneksel ataerkil aile yapılarının olduğu yerlerde cezalandırma veya terbiye yöntemi olarak fiziksel şiddet uygulandığı ortaya çıkmıştır. Şiddet gören bireylerin bir kısmı şiddeti mazur görmekte ve aynı şiddeti başkalarına da uygulamaktadır ve öğrenilmiş bir davranış olarak bu döngü devam etmektedir (23).

2.2.2. Ekonomik Şiddet

Temelde mevcut maddi kaynakların kadın üzerinde tehdit, baskı veya yaptırım aracı olarak kullanılması, ekonomik şiddet olarak tanımlanmaktadır. Kadının çalışmasına mâni olmak, gelir ve kazancını elinden almak, maddi açıdan erkeğe bağımlı olmasını sağlamak gibi davranışlar ekonomik şiddettir. Bu davranışların benimsetildiği kız çocukları, çoğunlukla eğitim anlamında geride bırakılarak çalışma hayatına sokulmamaktadır. Eğitimden mahrum bırakılan kadınların yaşam alanlarında da emeği sömürülmekte, sadece ev eksenli çalıştırılmakta ve maddi özgürlük yaşamalarına izin verilmemektedir (24). Mülk edinmelerinde ve mirasın paylaşımında eşitliğin sağlanması, istihdam politikalarında kadınların sorunlarının dikkate alınması, yöneticiler eliyle ekonomik şiddetin önlenmesinde atılacak önemli adımlardır. Ayrıca kadınlara eğitim fırsatı sunacak, haklarını verecek ve toplumda dışlanmalarını önleyecek tüm inanç ve tutumları değiştirecek toplumsal

müdahaleler yapılmalıdır. Cinsiyetler arasında eşitlik sağlandığında, ekonomik şiddet artık söz konusu olmayacaktır (25).

2.2.3. Psikolojik Şiddet (Duygusal Şiddet)

Psikolojik şiddet, bireyin hislerinin, üzerinde baskı oluşturabilmek adına tutarlı bir şekilde sömürülmesidir. Bireye yönelik duygusal baskı oluşturmak, bireyi sindirmek ve aşağılamak, ona yaptırım uygulamak için uygulanan her türlü baskı psikolojik şiddet olarak tanımlanmaktadır (19). Bir diğer tanıma göre psikolojik şiddet, tehdit veya zorlayıcı davranışlarla şiddet mağdurunun travmatize edilmesidir. Fiziksel veya cinsel şiddet tehdidi, mağduru baskı altına alıcı jestler ve sözler kullanılması, aşağılama, kişinin neler yapabileceğini ve yapamayacağını kontrol etme, kurbanı arkadaşlarından ve ailesinden soyutlama, *stalking* ile şiddet mağduruna korku yaşatma gibi pek çok örneği içerebilir (1, 14). Kültüre ve yaşanan yere göre psikolojik şiddet algısı farklılık göstermektedir. Örneğin, Afrika'da kadının evden çıkmasına izin vermemek psikolojik şiddet olarak tanımlanırken, Vietnam'da eşini cinsel ilişkiye zorlayan bir kocanın davranışları psikolojik şiddet olarak tanımlanmıştır (26).

2.2.4. Cinsel Şiddet

Cinselliğin kadına yönelik gözdağı, yaptırım ve denetleme aracı olarak kullanılması cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır. Cinsel şiddet, kadının istemediği herhangi bir şekilde cinsel ilişkiye zorlanması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bunlar başkalarıyla cinsel birlikteliğe zorlanma, çocuk doğurmaya zorlanma veya engel olunması, istemediği biriyle zorla evlendirilme, çocuk yaşta evlendirilme, kürtaja zorlanma, taciz ve tecavüz olarak örneklendirilebilir (19). Cinsel şiddet koitustan bağımsız olarak (fiil tamamlanmış olsun veya olmasın) bir kişiyi cinsel bir eylemde bulunmaya zorlamak için fiziksel güç kullanımı; cinsel temas yoluyla istismar; hareketin doğasını anlama yetisi bulunmayan veya hastalık, sakatlık, alkol veya çeşitli ilaçların etkisinde olan kişilerle cinsel eylem veya gözdağı ve tehdit yoluyla cinsel eylemi içerir (1). Tecavüz kadına yönelik şiddetin olabilecek en kötü

örneklerinden biridir. Hayatları boyunca her altı kadından birinin tecavüze uğradığı tahmin edilmektedir (5).

2.2.5. Siber Şiddet

Çağımızda gelişen bilişim teknolojileriyle beraber, şiddet maalesef dijital alanda da artış göstermektedir. Temel olarak bilgisayar ve cep telefonu aracılığıyla gerçekleştirilen siber şiddet birçok şekilde ortaya çıkabilir. Saldırganın tekrarlı olarak tehdit mesajı, iftira içeren mesaj göndermesi, siber *stalking* (ısrarlı takip), rıza dışı pornografi (veya 'intikam pornosu'), pornografik içerikli medya paylaşımı, cinsiyet temelli hakaretler, tecavüz ve ölüm tehditleri, dijital ortamda nefret söylemleri ve taciz gibi örnekler verilebilir (27).

2.3. Kadına Yönelik Şiddette Aile Hekimliği/Birinci Basamak Hekimlik, Şiddetin Tespiti ve Bildirimi

Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians; WONCA) tarafından Aile Hekimliği, "Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür. Buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyarlar. Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyoekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Genel pratisyen ya da aile hekimi, mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir." şeklinde tanımlanmaktadır (7). Bu tanım

doğrultusunda, aile hekimlerinin eş/partner şiddetine uğramış kadınlara karşı sorumluluğu olduğu aşikârdır.

Kadına yönelik şiddet sadece kadınları değil, genel anlamda toplumları da sarsıcı şekilde etkileyen ciddi bir sorundur. Birçok araştırma şiddetin türünden bağımsız olarak, kadın sağlığı üzerinde olumsuz yönlerinin olduğundan bahsetmektedir. Şiddet fiziksel, cinsel ve psikolojik birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. Bunlara kemik kırıkları, kalıcı yüz yaralanmaları, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar, kronik pelvik ağrı, dispareni gibi jinekolojik bozukluklar, istenmeyen gebelikler, tekrarlayıcı üriner sistem enfeksiyonları, anksiyete bozukluğu, depresyon, intihara meyil, ağrı sendromları ve uyku bozukluğu, gastrit ve gastro-özefageal reflü hastalığı gibi gastrointestinal sistem hastalıkları örnek verilebilir ve bu hastalıkların şiddet mağduru kadınlarda, şiddete maruz kalmamış kadınlara kıyasla daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (13, 28-30). Gebelikte eş şiddetine maruz kalmış kadınların düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı %16 daha fazladır ve indüklenmiş düşük (küretaj) geçirme ihtimalleri şiddete maruz kalmayan kadınlardan iki kat fazladır. Eş şiddetine maruz kalmış kadınların popülasyona göre depresyon ve alkol kullanım bozukluğu yaşama ihtimali iki kat, intihar girişiminde bulunma ihtimali 4,5 kat artmaktadır (31).

Eş/partner şiddeti küresel bir sorun olup etnik köken, sosyoekonomik durum, yaş, cinsiyet, cinsel tercih ayırt etmeksizin her gruptan insanı etkileyebilir. Buna rağmen mağduriyet için bireysel risk faktörleri kadın olmak, genç yaş, eş/partner şiddeti hikâyesi, alkol veya madde kullanımı, çocukken şiddete tanık olmak veya şiddete uğramak, depresyon öyküsü veya mental hastalık varlığı, travma sonrası stres bozukluğu, eğitim ve öğrenim düzeyinin düşük olması, işsizlik, düşük gelir grubunda olmak şeklinde sıralanabilir. Eşler arasında gelir, eğitim ve iş durumu farklılığı olması, aşırı kıskançlık ve sahiplenme davranışı, erkek dominansı ilişkisi kökenli risk faktörleridir. Toplum kaynaklı risk faktörleri ise sosyal etkileşimleri şekillendiren kurumların veya topluluk normlarının eksikliği, eş/partner şiddetine karşı toplumsal yaptırımların zayıflığı, kadınların itaatkâr olması ve çalışmaması gerektiği gibi

geleneksel cinsiyet normları, erkek/aile onuru ve kadın/iffet kavramları şeklinde sıralanabilir (32-35).

Şiddeti düşündüren öykü ve bulgularla başvuran her hastanın şiddete maruz kalmış olabileceği düşünülmelidir. Klinisyeni harekete geçirmesi gereken durumlar: yaralanmaların tutarsız açıklamalarının olması; baş, boyun, diş, genital bölge yaralanmaları; savunma pozisyonundan kaynaklı ön kol yaralanmaları; acil servis ziyaretlerinin sık olması; gebelik takiplerine geç başlanması; tekrarlayan düşükler; reçete edilen ilaçlara uyumsuzluk gösterilmesi; sosyal izolasyon; uygunsuz duygulanım (hastanın aniden ağlaması, göz temasından kaçınması ya da ifadesiz tavır takınması); soyunma, genital ve/veya rektal muayenede isteksizlik olarak sıralanabilir (36). Şiddet gören kadın bazen mağduriyetini gizlemek adına, bazen de baskı nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuruda gecikmekte veya hiç başvurmamaktadır. Sağlık hizmetlerine geç başvuru şiddetin göstergelerinden biri olabilir. Bu gibi geç başvurularda, şiddet vakalarının atlanmaması için genel fizik muayene detaylıca yapılmalıdır (37).

Eş/partner şiddetinin saptanmasında şikâyeti veya muayene bulgusu olsun ya da olmasın, tüm kadınların rutin taranması önerilmektedir. McLeer ve ark. acil servise başvuran kadınlarla gerçekleştirdikleri çalışmalarında rutin tarama protokolü öncesi eş/partner şiddetine uğrayan kadın prevelansını %5,6 bulunmuşken, tarama sonrası prevelansı %30 olarak tespit etmişlerdir (38). Şiddetin sorgulandığı ortam oldukça önemli olup klinisyen, hastanın rahat ve güvende hissetmesini sağlamalıdır. Kadına partneri, arkadaşları veya aile üyelerinin huzurunda şiddete maruz kalıp kalmadığına ilişkin soru sorulmamalı, gizlilik ilkelerine uyulmalı, hastaya hangi davranışının şiddete neden olduğu gibi suçlayıcı ve şiddeti normalleştiren sorular sorulmamalı, eşini/partnerini neden terk etmediği ya da şiddet uygulayan partnere neden geri döndüğü sorulmamalıdır. Aile içi şiddet, istismar edilmiş ve kurban gibi kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. Hastanın kendi kelime seçimlerinin tercih edilmesi veya incinmiş, korkmuş, kötü muameleye uğramış, şiddet yaşamış gibi kelimeler seçilmesi önerilmektedir (39-41).

6284 sayılı yasa ve buna bağılı çıkarılan yönetmelikler ile şiddetin önlenmesi ve şiddet sonrası ortaya çıkan problemlerin yönetimi için izlenecek yollar belirlenmiştir. Bunlar şiddeti önleyici müdahale, şiddetin farkındalığını artırma, ilgili uzmanların eğitimi, ilişkili tedavi programları, mağdurca alınabilecek psikolojik ve yasal hizmetler, ulaşılması kolay acil yardım hatlarının oluşturulması, şiddet mağdurlarına tazminat ve adli destek olarak sıralanabilir. Aynı kanunda, şiddet varlığında veya olası şiddet tehlikesinde bu durumun kamu görevlilerince öğrenildiği takdirde, kamu görevlilerinin bu durumu resmi makamlara bildirmekle yükümlü olduğundan bahsedilmiştir. Ayrıca Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 280. maddesi sağlık çalışanlarının şiddet mağduriyetini en kısa zamanda yetkili mercilere bildirmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu durumun yetkili mercilere bildirilmemesi hâlinde sağlık çalışanları bir yıla kadar hapis ile cezalandırılabilir (42). Sağlık çalışanının mesleki etik açısından şiddet mağduruna gerekli tıbbi müdahale ve yardımı yapıp hastanın mahremiyetini koruması beklenir ancak bu durumda ihbar yükümlülüğünün mesleki etiğin önüne geçtiği bildirilmektedir (43). Bu durum sağlık çalışanını ihbar ve mahremiyet ikilemi içinde bırakmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu, 2017 yılında Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddetin Tanı-Tedavi ve Yönlendirilmesi broşürünü yayımlamıştır. Bu broşüre göre şiddet mağdurunun durumunun tespit edilip ihbar edilmesi hâlinde, mağdur şikâyetinden vazgeçse bile dava devam edeceğinden, mağdur adli rapor tutulması ile başlayacak süreçler hakkında detaylıca bilgilendirilmelidir. Ancak bazı durumlarda yargı sürecinin başlamasının kadına zarar verebileceği bildirilmiştir. Bu zararlar kadının ekonomik bağımsızlığını yitirmesi, gidecek bir yerinin olmaması, tekrar şiddet ortamına dönmek zorunda kalması, dava sürecinin psikolojisini kaldıramayacak olması şeklinde sıralanmış ve bu gibi durumlarda ihbarın mağdura daha fazla zarar vereceği kanaatinin hekimde oluşması hâlinde, mağdurun beyanının tutanakla tespiti ile mahremiyet yükümlülüğünün yerine getirilebileceği bildirilmiştir. Hekimin bu gibi durumlarda adli olgu ihbarının hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileyeceğine dair bir tutanak hazırlayıp hasta dosyasına koyması ve hekimin, ihbarı hastanın sağlık koşulları uygun

oluncaya kadar ertelemesi önerilmektedir. Bu tutanak olası herhangi bir adli olay için hekim ve mağdur açısından bir güvencedir. Bunların sonucunda ihbar zorunluluğunu düzenleyen TCK'nin 280. maddesi ve 6284 sayılı yasa, hekimin hastanın daha fazla zarar göreceğini düşündüğü koşullarda uygulanmaz. Yaşamsal tehdidin varlığında ise ihbarda bulunmak mecburiyeti oluşmaktadır (44).

KSGM'nin Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi-Sağlık Çalışanları Kılavuzu'na göre sağlık çalışanları şiddet gören ve/veya görme riski bulunan kadınlara yönelik sorunu tanıma, risk analizi yapma, tıbbi ve psikolojik destek sağlama gibi hizmetler vermekle yükümlüdür. Aynı zamanda şiddet uygulayıcısına da muayene ve tedavisini sağlamak için ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirerek tedavi hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet eşitliği ve şiddeti önlemeye yönelik bilgilendirme ve farkındalık eğitimleri verildiği bildirilmektedir. Şiddet mağduru kadına verilecek sağlık hizmetlerinin kadın merkezli olması gerektiği ve bunların toplumsal cinsiyete duyarlı, temel hak prensiplerine dikkatli, kadınların ihtiyaç ve taleplerini göz önünde tutarak verilmesi gerektiği belirtilmiştir (45).

Aile hekimlerinin sağlık hizmet sunumunda ilk temas noktası olması, kolay ulaşılabilirlik ve süreklilik arz etmesi, bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım göstermesi, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alması önemli özelliklerindendir (7).

Birinci basamak sağlık hizmeti veren görevliler için şiddet mağduru kadınlara yaklaşımda rehber olabilecek sevk şemaları planlanmıştır (45). Şiddeti belgelemek için tutanak tutulması ve uygun koşulda bildirimde bulunulması mağdur kadının hukuki mücadelesinde ilk basamaktır. Birinci basamağa başvuran kadında şiddet şüphesi var ve kadın bunu ifade etmiyor ya da edemiyorsa, hekim risk değerlendirmesi yaparak kadını hakları ve gerekli olabilecek başvuru yerleri konusunda bilgilendirip durumun yakın takibi amacıyla hastayı tekrar kontrole çağırmalıdır.

2.4. Kadına Yönelik Şiddeti Önlemeye Yönelik Hareketler ve Oluşumlar

Kadına yönelik şiddetle mücadelenin uluslararası sahada kendine yer bulması BM tarafından 1975 senesinde Mexico City’de gerçekleştirilen Birinci Dünya Kadın Konferansı ile başlamıştır. Konferansı takip eden on yılın (1975–1985) eşitlik, kalkınma ve barış hedefleriyle Kadın On Yılı ilan edilmesi önemli bir adım olmuştur. 1979 senesinde BM Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW) genel kurulca kabul edilmiş ve günümüze kadar Türkiye dahil 165 ülke tarafından imzalanmıştır. Bu sözleşmede şiddet, “Kadınların, erkeklerle eşit olarak hak ve özgürlüklerini kullanmalarını ciddi şekilde engelleyen bir ayrımcılık biçimi” olarak tanımlanmıştır ve bu sözleşme, taraf devletlere cinsiyete dayalı her türlü şiddet eylemiyle mücadele amacıyla uygun tedbirlerin alınması yükümlülüğünü getirmiştir. 1980 senesinde Kopenhag’da düzenlenen İkinci Dünya Kadın Konferansı’nda kadınların durumunun iyileştirilmesine yönelik hareket planı kabul edilmiştir. 1985 senesinde Kadın On Yılı’nın başarılarını değerlendirmek amacıyla Nairobi’de Üçüncü Dünya Kadın Konferansı gerçekleştirilmiştir ve “Kadının İlerlemesi İçin Nairobi İleriye Yönelik Stratejileri” kabul edilmiştir (46).

Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi 20 Aralık 1993 tarihinde kabul edilmiş olup kadına yönelik şiddet konusunda önemli bir uluslararası belgedir. Bu bildirmede psikolojik, fiziksel, cinsel, ekonomik şiddet gibi şiddetin farklı şekillerine değinilmiş ve taciz, tecavüz, temel ihtiyaçlardan yoksun bırakma, kız çocuklarının cinsel istismarı gibi pek çok konu kadına yönelik şiddet başlığı altında değerlendirilmiştir. Bu bildirme, temel insan hakları olan eşitlik, güvenlik, özgürlük, bütünlük ve onura ilişkin hakların tüm dünyada kadınlara uygulanmasını hedeflemektedir. Bu bildirmede kadınların temel hak ve özgürlükleri tekrar ve ısrarla belirtilmiş, devletlerin kadına yönelik şiddetin önlenmesi hususunda politikalar geliştirmesi ve Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi’ni (CEDAW) henüz katılmadıysa onaylamalarını zorunluluk olarak bildirmiştir (47, 48).

1995 senesinde Pekin’de gerçekleştirilen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda ise kadının güçlendirilmesi, cinsiyet eşitliğine yönelik düzenlemelerin yapılması gibi konularda ülkeler taahhütte bulunmuştur ve kadına yönelik şiddetin kadınların temel hak ve özgürlüklerini kullanmalarının önünde engel oluşturduğu vurgulanmıştır. 2000 senesinde “Pekin+5” olarak da anılan “Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış” konulu BM Genel Kurul Özel Oturumu New York’ta düzenlenerek toplumsal cinsiyet eşitliğinin her alanda sağlanmasına yönelik önemli kararlar alınmıştır (46).

11 Mayıs 2011’de Avrupa konseyi tarafından “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)” İstanbul’da imzalanmıştır ve Türkiye sözleşmeyi ilk onaylayan devlet olmuştur. Sözleşmede, kadına yönelik şiddetin kadın ve erkek arasındaki eşitsizliğin bir sonucu olduğu ve kadın ile erkek arasında yasal ve fiili eşitliğin sağlanmasının kadına yönelik şiddeti önlemede kilit noktası olduğu vurgulanmıştır. İstanbul Sözleşmesi, toplumsal cinsiyet tanımına yer veren ilk uluslararası düzenlemedir. İstanbul Sözleşmesi’nde yapılan tanımlamaların TBMM tarafından yapılan çevirisinde aile içi şiddet, “aile içerisinde veya hanede veya mağdur faille aynı evi paylaşırsa da paylaşmasa da eski veya şimdiki eşler veya partnerler arasında meydana gelen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik şiddet eylemi anlamına gelir” şeklinde tanımlanmıştır ve bu tanımlama ile özellikle kullanılan partner ifadesiyle, evlilik birliği olmasa dahi aynı haneyi paylaşan ya da daha önce paylaşmış olan kişilerin de fail ya da mağdur kabul edilebileceği söylenebilir. İstanbul Sözleşmesi taraf devletlere toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılmasına yönelik birçok olumlu yükümlülük getirmektedir. Aynı zamanda bu sözleşmede sığınmaevlerinin niteliği ve sayısının artırılması, şiddet mağduru kadınlara güvenli bir yaşam kurması için gerekli desteklerin verilmesi yönünde destekleyici unsurlar bulunmaktadır (42, 48, 49).

Dünyada günümüzdeki anlamıyla kadın sığınmaevi/sığınaklarının ilk örneği 1971’de İngiltere, Londra’daki Chiswick Kadın Sığınağı’dır [Chiswick

Women's Refuge] (50). Ardından 1973'te ABD'de ve Kanada'da, 1974'te Almanya'da, 1976'da Fransa'da, 1977'de İsviçre ve Norveç'te kadın sığınmaevleri açılmıştır (50-52).

Türkiye'de ise 1980'lerde "Dayağa Karşı Kadın Dayanışması", "Bağır Herkes Duysun", "Bedenimiz Bizimdir-Cinsel Tacize Hayır", "Mor İğne" kampanyaları gibi kadın hareketleri sonrası, kadına yönelik şiddet tartışılabilmeye başlanmıştır (53). Ülkemizde 1990 yılında Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Bakırköy ve Şişli Belediyeleri tarafından ilk kadın sığınmaevleri açılmıştır (54). Ardından 1993 yılında Kadın Dayanışma Vakfı tarafından Ankara'da ve 1995 yılında Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı tarafından İstanbul'da kadın sığınmaevleri açılmıştır (55).

2019 yılı itibariyle ülkemizde yüzden fazla kadın sığınmaevi bulunmaktadır. Aynı yılda Ankara'da Ankara Büyükşehir Belediyesi, Çankaya Belediyesi, Yenimahalle Belediyesi ve Keçiören Belediyesi'ne bağlı dört adet ve T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı dört adet kadın sığınmaevi bulunmaktadır.

2.4.1 Sığınmaevi Öncesi Hizmetler

Şiddet mağduru kadınların sığınmaevine ulaşma sürecinde en önemli ilk basamak iletişim kanalları, bölgesel ve ulusal kadın yardım hatlarıdır. Ülkemizde Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı "ALO 183 Sosyal Destek Hattı" aile, kadın, çocuk, engelli, yaşlı, şehit yakınları ile gaziler ve gazi yakınlarına yönelik hizmetlere ilişkin rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunmak amacıyla kurulmuştur. Ayrıca ihmal, istismar ve şiddet vakaları veya töre ve namus cinayetlerinin önlenmesi için tedbir mahiyetindeki ihbarlar da alınmakta, durumun aciliyeti göz önünde bulundurularak vakanın bulunduğu ilde görevli Acil Müdahale Ekip Sorumlusuna ve/veya kolluk kuvvetlerine bildirim yapılmaktadır. Bu hat 7/24 ücretsiz hizmet vermektedir (56).

Bakanlığa bağlı ulusal hat dışında Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu'nun "Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı (0212 656 96 96/0549 656 96 96)" bulunmaktadır. Yine aynı şekilde kadına yönelik şiddete karşı

rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunulmaktadır. Bu hat da 7/24 ücretsiz hizmet vermektedir (57).

Şiddet mağduru kadınların telefonla, internet üzerinden ya da yüz yüze başvurabileceği, genellikle gönüllü kadınlar tarafından danışma ve rehberlik hizmetlerinin verildiği Kadın Danışma Merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezler başvuran kadının şiddetle mücadelede ihtiyaç duyabileceği hukuki ve psikolojik danışmanlık, sığınma ve sağlık desteği sağlar (3). Şiddet mağduru kadınlara yönelik, şiddetle mücadelede ihtiyaç duyulan konularda ücretsiz destek, bireysel veya grup hâlinde psikolojik destek ve bilgilendirme, baroların kadın hukuku birimlerine yönlendirme, sağlık danışmanlığı, ekonomik bağımsızlık ve iş bulma desteği verir, şiddetle ilgili kamuoyu araştırmaları yapar ve elde edilen istatistikleri paylaşır (58).

2.4.2. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)

2012 yılında 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un 14. maddesi gereğince Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerde şiddet mağduruna yönelik "barınma hizmeti, geçici ekonomik destek, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, yaşam tehdidi bulunması hâlinde geçici koruma altına alınmasının takibi ve izlenmesi, kreş yardımı, hukuki destek, tıbbi destek, istihdama yönelik destek, eğitim-öğretim konusunda destek" gibi konularda hizmetler sunulmaktadır (59). Şiddet mağduru kadınlara yönelik tüm hizmetlerin tek çatı altında toplanması amacıyla açılan ŞÖNİM'ler 22 Ocak 2019 itibarıyla, 79 ilde hizmetlerini sürdürülmektedir (60). Bu merkezler T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı olup 7/24 hizmet vermektedir.

2.4.3. Kadın Sığınmaevleri

Ülkemizdeki tüm kadın sığınmaevleri 6284 sayılı kanun uyarınca T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı ŞÖNİM'lere bağlanmıştır. ŞÖNİM'ler başvuru sonrası ilk değerlendirmeleri yapar, mağdurun ihtiyaçlarını belirler, gereklilik hâlinde geçici barınma sağlar ve

kolluk kuvvetleri yardımıyla ilgili mağdurları bakanlık, belediye veya STK'lere bağlı sığınmaevlerine yerleştirir. Kadın Konukevlerinin Açılması ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik'te "şiddete uğrayan ya da uğrama tehlikesi bulunan bütün kadınlar ve beraberindeki çocukları hiçbir ayırım yapılmadan konuk evine kabul edilir," denmektedir. Bu kabul süreci ŞÖNİM'ler aracılığıyla yapılmaktadır.

Sığınmaevlerinde verilen danışmanlık hizmetleri temelde şiddete maruz kalmış kadına ve çocuklarına profesyonel danışmanlık hizmeti vermek ve gerekli tüm hizmetler hakkında bilgi eksikliğini gidermeyi amaçlar (61). Bunun yanında şiddete uğramış kadın ile birlikte olan 18 yaş altı çocuklarına da danışmanlık hizmeti verilmektedir. Sığınmaevlerinin gizliliği ve güvenliği hakkında mağdura bilgi verilir. Amaç kadının, beraberindeki çocukların ve sığınmaevinde barınan herkesin gizliliğini ve güvenliğini idame ettirmektir. Yönetmelik gereği yargı yetkisinin kullanıldığı durumlar hariç olmak üzere, hiçbir kamu görevlisi konukevinde kalan kadınlara ilişkin kişisel bilgileri talep edemez. Sığınmaevleri ziyaretçi kabul etmez, iletişim bilgilerini gizli tutar, tabela asmaz, yazışmalarda ŞÖNİM adresi kullanır ve barınanların isimlerini belirtmez (62). Gizliliğin ihlali hâlinde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddeleri uygulanır.

Sığınmaevlerinde verilen hukuki danışmanlık temelde kadınların temel yasal hakları konusunda bilgilendirilmelerini içerir. 6284 sayılı kanun kapsamında en çok ihtiyaç duyulan hizmetlerin boşanma, koruma talebi, evden uzaklaştırma, nafaka, velayet ve ücretsiz avukat desteği olduğu görülmüştür (63).

Sığınmaevleri şiddet mağdurlarına fiziki ve psikolojik tıbbi destek de sağlamaktadır. Acil ya da basit müdahaleler sığınmaevi hemşirelerince yapılmakta iken daha kapsamlı müdahaleler için tam teşekküllü sağlık kuruluşuna yönlendirme yapılmaktadır. Kadına yönelik şiddetin tespiti ve önlenmesinde sağlık kuruluşları çok önemlidir.

Sığınmaevlerinde barınan şiddet mağduru kadın ve yanındaki çocuklarına 6284 sayılı kanun uyarınca geçici ekonomik destek verilmektedir (63). Kadınların şiddetle mücadelesinde ekonomik destek çok önemli yer

tutmaktadır. Kamu kurumlarınca geçici ekonomik destek sağlanmasının yanında, iş danışmanlığı desteği ve meslek edindirme kurslarına yönlendirme yapılmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 21.03.2019 tarihinde 56786525-050.04.04/21640 sayılı, 07/129 kararla onaylanmıştır (Ek-1).

Alan araştırması için Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı Kültür ve Sosyal İşler Dairesi Başkanlığı Kadın ve Aile Şube Müdürlüğü, T.C. Çankaya Belediye Başkanlığı Kadın ve Aile Hizmetleri Müdürlüğü, T.C. Keçiören Belediye Başkanlığı Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer

Bu araştırma T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevi'nde 1 Nisan 2019–31 Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini 1 Nisan 2019–31 Mayıs 2019 tarihleri arasında Ankara Büyükşehir Belediyesi Kadın Sığınmaevi, Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevi, Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevi'nde barınan, 18-65 yaş aralığında, aktif alkol ve/veya madde kullanımı olmayan, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu yönünde tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı bulunmayan kadınlar oluşturmuştur. Çalışma tarihlerinde sığınmaevlerinde barınan tüm kadınlar çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onayları alınarak çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile görüşülerek evren sayısı üzerinden örneklem hesaplanmıştır (Görüşme tarihi: 08.03.2019).

Ankara’da belediyelere bağılı dört adet kadın sığınmaevi (T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Yenimahalle Belediyesi Kadın Sığınmaevi) bulunmaktadır. T.C. Yenimahalle Belediyesi Kadın Sığınmaevi, yüksek can güvenliğı riski taşıyan kadınların barınması nedeniyle çalışma izni vermemiştir. T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevi ve T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevi’nde barınan kadınlar çalışma evrenini oluşturmuştur. Bu Kadın Sığınmaevlerinde Mart 2019 itibariyle edinilen bilgiye göre toplam 61 kadın barınmaktadır.

Evrendeki birey sayısı bilindiğinde örneklem hesabı formülünden yararlanılarak çalışmaya dahil edilecek kadın sayısı hesaplanmıştır (64).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görölüş sıklığı

q: İncelenen olayın görölmeiğ sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

Yukarıdaki formül ışığında:

N: 61 kadın; t: 1,96 [%95 güvenirlilik aralığında ($\alpha=0,05$)’de serbestlik derecesi teorik t değeri tablosundan bulunmuştur.]; p: İncelenen olayın görölüş sıklığı; şiddet gören kadınların bu durumu hekimleri ile paylaşma oranlarının literatür taramaları sonucunda McCauley ve ark. “Inside “Pandora’s box” abused women’s experiences with clinicians and health services” başlıklı makalesinde %33 olduğı görölümüştür (65) ve örneklem hesaplanırken p:0,33 alınmıştır.; d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma %5 alınmıştır. Bu formül ile örneklem büyüklüğü 52 kadın olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın Ankara ilindeki belediyelere bağlı tüm kadın sığınmaevlerinde yapılması planlanmıştır fakat Yenimahalle Belediyesi Kadın Sığınmaevi yüksek can güvenliği riski taşıyan kadınların barınması nedeniyle çalışma izni vermemiştir. Bu çalışma sadece Ankara ilindeki kadın sığınmaevlerinin bir kısmını kapsadığından örneklem tüm ili veya ülke genelini yansıtmamaktadır. Ayrıca kadın sığınmaevlerinde barınan kadınların buralarda ortalama 6 ay yaşadıkları göz önüne alındığında, sadece çalışma döneminde sığınmaevinde barınan kadınları kapsayan kesitsel bir araştırma olmuştur. Çalışmanın yalnızca belediyelere bağlı sığınmaevlerinde gerçekleştirilmesi nedeniyle T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve STK'lere bağlı Kadın sığınmaevleri arasında karşılaştırma yapma imkânı sağlamamaktadır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Araştırma kapsamında katılımcıların kendilerinin ve eşlerinin/partnerlerinin sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni hâli, birliktelik süresi, birliktelik/evlilik yaşı, öğrenim düzeyi, meslek, çocuk sayısı, aile tipi, yaşanan bölge, göç öyküsü), eşte/partnerde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık ve alkol/madde bağımlılığı, katılımcıların şiddete maruz kalışına ilişkin sorular (şiddet görme süresi, şiddet tipi, şiddet-çocuk ilişkisi, şiddete katlanma nedeni), kadın sığınmaevlerine ilişkin sorular (kadın sığınmaevinden nasıl haberdar olunduğu, başvurmaya nasıl karar verildiği, ne kadar süredir sığınmaevinde kalındığı, kaçınıcı kez sığınmaevinde kalındığı, sığınmaevinden memnuniyet), aile hekimliği sistemine ilişkin sorular [aile hekimine gitme sıklığı, şiddet görüldüğünün aile hekimi ile paylaşılıp paylaşılmadığı, paylaşılmadı ise nedenleri, paylaşıldı ise nasıl yönlendirildiği, şiddetin önlenmesinde aile hekiminin katkısı, aile sağlığı merkezinde (ASM) kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgilendirilme tercihi] ve psikolog/psikiyatrist başvurusu, polis başvurusu, kimden/kimlerden yardım talebinde bulunulduğu, şiddeti önlemek için neler yapılabileceği şeklinde 40 kapalı uçlu, 3 açık uçlu soru olmak üzere 43 sorunun bulunduğu bir anket (yarı yapılandırılmış

görüşme formu) tasarlanmıştır (Ek-2). Şiddet tipi, şiddete katlanma nedenleri, kadın sığınmaevinden nasıl haberdar olduğu, şiddet aile hekimi ile paylaşılmadı ise nedenleri ve kimden/kimlerden yardım talebinde bulunulduğu sorulan kapalı uçlu sorularda, katılımcılara birden fazla seçenek işaretleyebilme imkânı verilmiştir. Açık uçlu sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar görüşme esnasında kaydedilmiş ve mülakat sonrasında detaylı analizleri yapılarak gruplandırılmıştır. Araştırma nitel ve nicel ögeler içermekte olup kadınların düşünce ve deneyimlerinin ortaya çıkarılmasına yönelik derinlemesine mülakat yöntemi kullanılması uygun görülmüştür. Kadınlarla görüşme yapılmadan önce aydınlatılmış onam formu kendilerine okunarak ve kadınların okuması sağlanarak onam alınmış ve mülakat öncesinde araştırmanın konusu ve amacı, gizlilik esaslarının sağlanarak tıpta uzmanlık tezinde kullanılacağı, rahatsızlık duydukları anda görüşmeyi sonlandırabilecekleri bilgisi verilmiş ve onam formu imzalatılarak görüşmelere başlanmıştır.

Form açık uçlu sorular içermesi nedeniyle, sorumlu araştırmacı Hüsna Çevik tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Aydınlatılmış onam formunda araştırmanın amaçları açık şekilde belirtilmiştir (Ek-3). Araştırmada hem kadına yönelik şiddetin paternine yönelik niceliksel bileşen ortaya konmuş hem de kadınların şiddet algısı ve birinci basamak sağlık sistemine yönelik düşünceleri niteliksel bileşen yoluyla elde edilmiştir.

Anket açık uçlu sorular da içerdiğinden derinlemesine görüşmeler (derinlemesine mülakat yöntemi) ile kadınların sığınmaevine başvuru süreçleri, şiddetin önüne geçilmesi için yapılabileceklerle ilişkin düşünceleri ve aile hekimliğinin bu süreçteki rolü hakkında düşüncelerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır. Açık uçlu sorularda kadınların ifadeleri ayrıntılı olarak alınmıştır. Gizlilik nedeniyle kadınların gerçek isimleri saklı tutulmuş ve isim ve soyisimlerinin ilk harfleri değiştirilerek kullanılmıştır. Yaşadıkları ve çalıştıkları yere dair herhangi bir ipucu oluşturulmaması amacıyla şehir ve bölge bilgileri kullanılmamıştır. Sonuçların işlenmesi esnasında kadınların vermiş olduğu cevaplar kategorize edilmiş ve tematik analiz yöntemiyle

temalar oluşturularak veriler değerlendirilmiştir. Tematik çerçeve doğrultusunda doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için medyan (minimum–maksimum), nominal değişkenler ise kişi sayısı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir.

Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasındaki farkın önemliliği, t testi/Mann-Whitney U Testi ile araştırılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasındaki farkın önemliliği Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)/Kruskall Wallis Testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare/Fisher's Exact Testi ile değerlendirilmiştir. $P<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma süresince 1 Nisan 2019–31 Mayıs 2019 tarihleri arasında T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevi, T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevi'nde barınan 61 yetişkin bireye anket formu anlatılarak Dr. Hüsna Çevik eşliğinde doldurulması istenmiştir. 2 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 4 kadın yabancı uyruklu olmaları ve Türkiye'deki aile hekimliği sisteminden haberdar olmamaları nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışma 55 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Katılımcıların 52'si eş/partner şiddeti nedeniyle, 3'ü ebeveyn/kardeş şiddeti nedeniyle sığınmaevine gelmiştir. Çalışmaya katılan 55 kadının yaş ortalaması $35,76 \pm 10,88$ (ortanca: 34, minimum: 19, maksimum: 59), 52 eşin/partnerin yaş ortalaması ise $41,44 \pm 10,93$ (ortanca: 39,5; minimum: 22, maksimum: 63) olarak belirlenmiştir.

Eş/partner şiddeti nedeniyle sığınmaevinde barınan 52 kadının evlilik/birliktelik süresinin ortalaması $10,93 \pm 8,26$ yıl (ortanca: 10,5 yıl; minimum: 0,08 yıl, maksimum: 41 yıl) olarak belirlenmiştir. Eş/partner şiddeti nedeniyle sığınmaevinde barınan 52 kadının evlenme/birliktelik yaş ortalaması ise $22,21 \pm 6,29$ (ortanca: 20,5 yaş; minimum: 13 yaş, maksimum: 41 yaş) bulunmuştur.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 6 başlık altında değerlendirilmiş ve her başlıkta yer alan özelliklere göre sonuçlar sayısal değer (n) ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir (Tablo 1). Medeni duruma göre halen en büyük grubun evli (%50,9) olduğu, bunu boşananların izlediği (%29,1), imam nikâhlı birliktelikler de (%3,6) evli olarak değerlendirildiğinde evlilik oranının %54,5'e çıktığı görülmektedir.

Öğrenim düzeyinde ise sadece okuryazar olanlarla üniversite mezunları katılımcıların düşük dilimlerini oluştururken (%9,1 ile %10,9), çoğunluğu ilkokul ve ortaokul mezunlarının oluşturduğu (%58,2) görülmektedir. Katılımcıların aile tipinin büyük oranda çekirdek aile olduğu (%65,5) ve kent merkezinde yaşadıkları (%76,4) ortaya çıkmıştır. Diğer

yandan katılımcılarda büyük oranda göç olmadığı (%78,2); göç edenlerin (%21,8) ise yarısının köyden kente, yarısının da kentten köye göç ettikleri görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

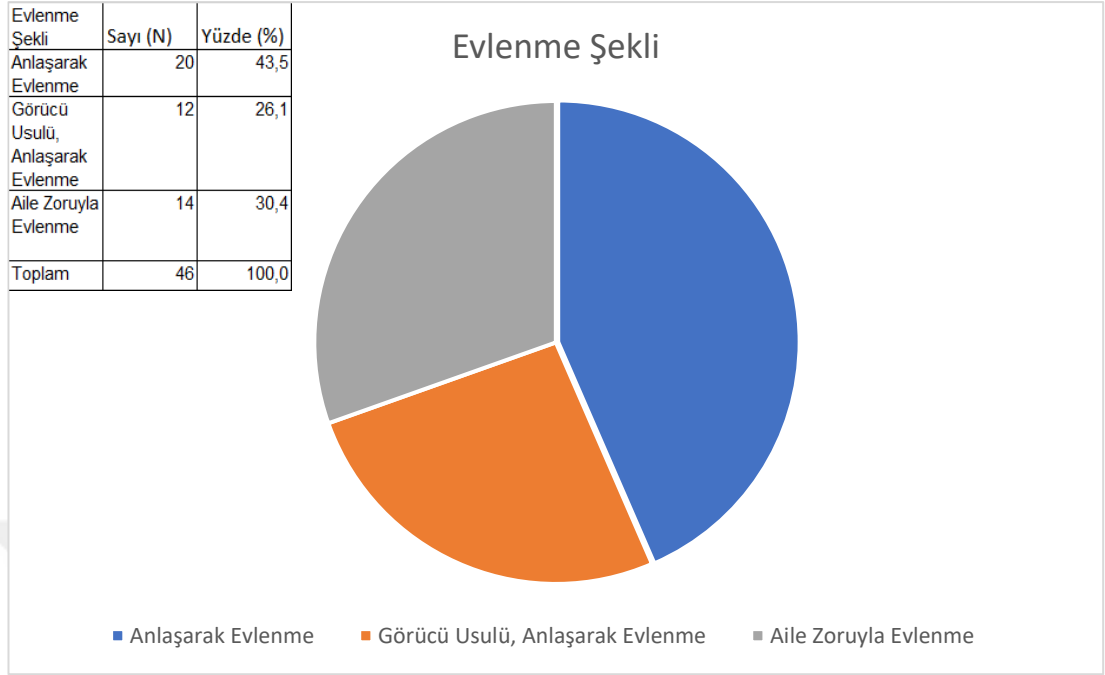
Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
1. Medeni Durumu		
Bekâr	9	16,4
Boşanmış	16	29,1
Evli	28	50,9
İmam nikâhı ile birliktelik	2	3,6
Toplam	55	100,0
2. Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar	5	9,1
İlkokul mezunu	17	30,9
Ortaokul mezunu	15	27,3
Lise mezunu	12	21,8
Üniversite mezunu	6	10,9
Toplam	55	100,0
3. Aile Tipi		
Çekirdek aile	36	65,5
Geniş aile (Eşin ailesiyle birlikte yaşama)	19	34,5
Toplam	55	100,0
4. Yaşanan Bölge		
Kent merkezi	42	76,4
Kırsal alan	13	23,6
Toplam	55	100,0
5. Göç Öyküsü		
Göç var	12	21,8
Göç yok	43	78,2
Toplam	55	100,0
6. Göç Şekli		
Kentten Göç	6	50,0
Kırsaldan Göç	6	50,0
Toplam	12	100,0

İstatistiksel analizlerde katılımcı sayısının sınırlı olması nedeniyle öğrenim grubu 3 ana başlık altında toplanmıştır:

- ✓ Okuryazar ve ilkokul mezunu (%40 n=22),
- ✓ Ortaokul mezunu (%27,3 n=15),
- ✓ Lise ve üniversite mezunu (%32,7 n=18).

Şekil 1’de görüldüğü üzere; boşanmış, evli veya imam nikâhı ile birliktelik yaşayan 46 kadının %43,5’i (n=20) anlaşarak, %26,1’i (n=12) görücü usulü ve anlaşarak evlenmiş, %30,4’ü (n=14) aile zoruyla evlendirilmiştir.

Şekil 1. Katılımcıların evlenme şekillerinin dağılımı



Katılımcıların çalışma durumları sığınmaevi başvurusundan önce ve sonra olarak iki zaman diliminde ve mesleklerine göre değerlendirilip her başlıkta yer alan özelliklere göre sonuçlar sayısal değer (n) ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların çalışma durumlarının dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
1. Kadınların Sığınmaevine Başvurmadan Önce Çalışma Durumu		
Çalışıyor	27	49,1
Çalışmıyor	28	50,9
Toplam	55	100,0
2. Sığınmaevine Başvurmadan Önce Çalışan Kadınların Meslekleri		
İşçi	22	81,5
Serbest meslek	5	18,5
Toplam	27	100,0
3. Sığınmaevinde Barınırken Çalışma Durumu		
Çalışıyor	17	30,9
Çalışmıyor	38	69,1
Toplam	55	100,0
4. Sığınmaevinde Barınırken Çalışan Kadınların Meslekleri		
İşçi	17	100,0
Toplam	17	100,0

Çalışan ve çalışmayan katılımcıların dağılımı sığınmaevi başvurusu öncesi eşitken sığınmaevinde barınan katılımcıların büyük çoğunluğunun (%69,1) çalışmadığı görülmektedir. Sığınmaevinde barınma öncesi çalışan katılımcıların çoğunluğunu (%81,5) işçilerin oluşturduğu; sığınmaevi sonrası çalışmaya devam eden katılımcıların ise hepsinin işçi oldukları görülmektedir. İşçi olarak çalışan kadınların meslekleri temizlik personeli, satış personeli, garsonluk, kuaförde yardımcı elemanlık, fabrika işçiliği, eczacı kalfalığı, aşçılık, sekreterlik ve hasta bakıcılığı olarak belirtilmiştir. Serbest meslek sahibi kadınların meslekleri muhasebecilik, çiftçilik ve pazarcılık şeklinde sınıflanmıştır.

Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin özellikleri 9 başlık altında incelenmiş ve her başlıkta yer alan özellikler sayısal değer (n) ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu (%44,2), sadece okuryazar olanlarla üniversite mezunu katılımcıların düşük dilimleri oluşturduğu (%7,7 ile %3,8) görülmektedir.

Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin çoğunluğunun çalıştığı (%76,9) öğrenilmiştir. Çalışanların çoğunluğunu işçilerin (%50) ve sonrasında serbest meslek sahiplerinin (%37,5) oluşturduğu görülmektedir. İşçi olarak çalışan eşlerin/partnerlerin mesleklerinin inşaat işçiliği, temizlik personeli, garsonluk, fabrika işçiliği, satış personeli, hasta bakıcılığı olduğu; serbest meslek sahibi eşlerin/partnerlerin mesleklerinin çiftçilik, marangozluk, lokantacılık, fırıncılık, kasaplık, nakliyecilik, çiçekçilik, pazarcılık, mobilyacılık olduğu öğrenilmiştir.

Katılımcıların sadece %19,2'sinde eşi/partneri ile akrabalık saptanmıştır. Ayrıca %21,2'sinin eşinde/partnerinde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Katılımcıların alkol ve/veya madde bağımlısı olan eşlerinin/partnerlerinin (%38,5), %70'inin alkol ve %30'unun hem alkol hem de madde bağımlısı olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların eşlerinin/partnerlerinin özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
1. Eşin/Partnerin Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar	4	7,7
İlkokul mezunu	23	44,2
Ortaokul mezunu	7	13,5
Lise mezunu	16	30,8
Üniversite mezunu	2	3,8
Toplam	52	100,0
2. Eşin/Partnerin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	40	76,9
Çalışmıyor	12	23,1
Toplam	52	100,0
3. Çalışan Eşlerin/Partnerlerin Meslekleri		
İşçi	20	50,0
Serbest meslek	15	37,5
Memur	5	12,5
Toplam	40	100,0
4. Eş/Partner ile Akrabalık		
Akrabalık var	10	19,2
Akrabalık yok	42	80,8
Toplam	52	100,0
5. Eşte/Partnerde Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık		
Psikiyatrik hastalık var	11	21,2
Psikiyatrik hastalık yok	41	78,8
Toplam	52	100,0
6. Eşte/Partnerde Alkol ve/veya Madde Bağımlılığı		
Bağımlılık var	20	38,5
Bağımlılık yok	32	61,5
Toplam	52	100,0
7. Bağımlılık Tipi		
Alkol	14	70,0
Alkol ve madde	6	30,0
Toplam	20	100,0
8. Şiddetin Başlama Zamanı (Evlilikle İlişkisi)		
Evlilik öncesi	7	13,5
Evlilik sonrası ilk 2 yıl içinde	42	80,8
Evlilik sonrası 2-5 yıl	2	3,8
Evliliğin 5. yılından sonra	1	1,9
Toplam	52	100,0
9. Şiddetin Başlama Zamanı (Çocukla İlişkisi)		
Çocuk sahibi olmadan	47	90,4
Gebelik esnasında	1	1,9
Çocuk sahibi olduktan sonra	4	7,7
Toplam	52	100,0

Katılımcıların %80,8'inde şiddetin evliliğin ilk iki yılı içinde başladığı öğrenilmiştir. Katılımcıların %90,4'ünde şiddetin çocuk sahibi olmadan başladığı öğrenilmiştir. Çocuk sahibi olan katılımcıların çocuklarının tamamı eşleri/partnerleri tarafından psikolojik şiddete maruz kalmışken, çocukların yaklaşık yarısının (%48,9) fiziksel şiddete de maruz kaldığı öğrenilmiştir.

İstatistiksel analizlerde katılımcı sayısının sınırlı olması nedeniyle öğrenim grubu 3 ana başlık altında toplanmıştır:

- ✓ Okuryazar ve ilkokul mezunu (%51,9 n=27),
- ✓ Ortaokul mezunu (%13,5 n=7),
- ✓ Lise ve üniversite mezunu (%34,6 n=18).

Kadınların %81,8'inin (n=45) çocuk sahibi olduğu ve çocuk sayılarının 1 ile 7 arasında değiştiği (ortanca: 1) görülmüştür.

Kadınların şiddete maruz kalma süresi ortalama $11,33 \pm 8,47$ yıl (minimum 0,08 yıl, maksimum 41 yıl) olarak belirlenmiştir. Maruz kalınan şiddet tipi fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik ve siber şiddet olarak sınıflandırılmış ve birden fazla şıkkın işaretlenebildiği anket sorusu ile sorgulanmıştır. Neredeyse tüm kadınların psikolojik şiddetle birlikte başka bir şiddet tipine daha maruz kaldığı öğrenilmiştir (Tablo 4). Siber şiddete uğrayan kadınlar 21-54 yaş aralığındadır.

Birden fazla şıkkın işaretlenebildiği anket sorusu ile katılımcıların şiddete katlanma nedenleri sorgulandığında; çocuk sahibi olmayı şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %72,7 iken ekonomik zorlukları şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %70,9; aile ve toplum baskısını şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %58,2; yaşam hakkı tehdidi nedeniyle şiddet uygulayandan korkarak şiddete katlanma nedeni ise %61,8 olarak tespit edilmiştir. Hiçbir katılımcı, inancı şiddete katlanma nedeni olarak belirtmemiştir.

Kadın sığınmaevlerinden nasıl haberdar olunduğunun sorulduğu ve birden fazla şıkkın işaretlenebildiği anket sorusuna göre, kadın sığınmaevlerinden en yüksek oranda çevreden sözel bilgilendirme aracılığıyla (%34,5) ve kolluk kuvvetleri aracılığıyla (%34,5) haberdar olduğu; bunları televizyon (27,3), internet (%21,8) ve kamu kurum ve kuruluşlarındaki ilanların (18,2) izlediği görülmektedir. Kadın sığınmaevlerinden hekim aracılığıyla haberdar olan kadın oranı ise %7,3'tür.

Tablo 4. Katılımcıların şiddete maruz kalma durumu ve kadın sığınmaevine ilişkin verilerin dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
1. Şiddet Tipi		
Fiziksel şiddet	48	87,3
Cinsel şiddet	42	76,4
Psikolojik şiddet	54	98,2
Ekonomik şiddet	47	85,5
Siber şiddet	16	29,1
2. Şiddete Katlanma Nedeni		
Ekonomik zorluklar	39	70,9
İnanç	0	0
Çocuk sahibi olmak	40	72,7
Aile ve toplum baskısı	32	58,2
Şiddet uygulayandan korku (Yaşam hakkı tehdidi)	34	61,8
3. Kadın Sığınmaevinden Haberdar Olma Şekli		
İnternet aracılığıyla	12	21,8
Televizyon aracılığıyla	15	27,3
Radio aracılığıyla	2	3,6
Gazete aracılığıyla	8	14,5
Çevre aracılığıyla sözel bilgilendirilme	19	34,5
Kamu kurum ve kuruluşlarındaki ilanlar	10	18,2
Hekim aracılığıyla	4	7,3
Polis aracılığıyla	19	34,5
4. Kadın Sığınmaevine Başvurmaya Nasıl Karar Verildiği		
Ağır fiziksel şiddet görülmesi	34	61,8
Şiddet uygulayanın ölüm tehdidinde bulunması	13	23,6
Evden atılma / Barınma ihtiyacı	25	45,5
Psikolojik şiddete dayanmak istememesi	15	27,3
Cinsel şiddete uğraması	3	5,5
5. Önceki Hayata göre Sığınmaevinden Memnuniyet		
Daha kötü	2	3,6
Aynı	1	1,8
Daha iyi	52	94,5
Toplam	55	100,0

Açık uçlu olarak kadın sığınmaevine başvurmaya nasıl karar verildiğinin sorgulandığı anket sorusuna verilen cevaplar değerlendirilmiştir. Kadınlara bu soru yöneltilirken, “Bardağı taşıran son damla neydi?” sorusu sorularak açıklama yapmaları istenmiştir. Alınan yanıtların görüşmeler sonrası detaylı analizi yapılarak:

- Ağır fiziksel şiddet görülmesi
- Şiddet uygulayanın ölüm tehdidinde bulunması
- Evden atılma / Barınma ihtiyacı
- Psikolojik şiddete katlanmak istenmemesi
- Cinsel şiddete uğranması

şeklinde 5 başlık altında toplanmıştır. %61,8 ile en fazla alınan yanıtın ağır fiziksel şiddete maruz kalma olarak bildirildiği görülmüştür (Tablo 4). İkinci sırada ise %45,5 sıklık ile barınma ihtiyacı bildirilmiştir.

Kadınların sığınmaevinde kalma sürelerinin ortalama $4,38 \pm 3,95$ ay (ortanca: 3,5 ay; minimum 0,25 ay; maksimum 24 ay) olduğu, kadınların %40'ının (n=22) daha önce de 1 ila 7 kere sığınmaevinde kaldığı görülmüştür.

Kadınların sığınmaevinden memnuniyeti sorulduğunda %94,5'i önceki hayatlarına göre daha iyi olduğunu belirtmiştir.

Aile hekimliğine ilişkin veriler Tablo 5'te görülmektedir. Katılımcıların sığınmaevine başvurmadan önce bağlı olduğu aile hekimliği birimine sıklıkla (%50,1'i ayda bir ve daha sık) gittikleri öğrenilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların şiddete maruz kaldığını aile hekimi ile paylaşma durumlarının dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
1. Sığınmaevine Başvurmadan Önce ASM'ye Başvuru Sıklığı		
Hiç gitmiyor	1	1,8
Ayda 1 ve daha sık	28	50,1
1-3 ayda 1	16	29,1
3-6 ayda 1	3	5,5
6-12 ayda 1	7	12,7
Toplam	55	100,0
2. Kadınların Şiddet Bilgisini Aile Hekimi ile Paylaşma Durumu		
Paylaşmış	6	11,1
Paylaşmamış	48	88,9
Toplam	54	100,0
3. Aile Hekimlerinin Kadınlara Şiddete Maruz Kalıp Kalmadığını Sorma Durumu		
Sormuş	6	11,1
Sormamış	48	88,9
Toplam	54	100,0
4. Kadınların Şiddet Gördükleri Bilgisini Aile Hekimleri ile Paylaşmama Nedenleri		
Utanma	15	31,3
Hekimin tepkisinden çekinme	7	14,6
Hekimle iletişim eksikliği	17	35,4
Hekimin cinsiyeti (Hekimin erkek olması)	5	10,4
Şiddet uygulayandan korkulması	8	16,7
Şiddet uygulayanın sağlık kuruluşuna başvurulmasını/yalnız başvurulmasını engellemesi	4	8,3
Paylaşılanların gizli tutulacağına inanmama	9	18,8
Ailenin dağılacağından korkma, kendisini ayrılığa hazır hissetmeme	3	6,3
Konunun aile hekimliğinin alanına girmediğinin düşünülmesi	10	20,8
Polis müdahalesinden korkma	0	0
5. Aile Hekimi Tarafından Yönlendirilme		
Yönlendirmede bulunmadı	4	57,1
Psikiyatriste yönlendirdi	1	14,3
Kadın danışma merkezi ve/veya ŞÖNİM'e yönlendirdi	2	28,6
Toplam	7	100,0

Şiddet gördüğünü aile hekimi ile paylaşan 6 kadın ve şiddet uygulayandan korku nedeniyle şiddet gördüğünü aile hekimiyle paylaşmamasına rağmen hekim tarafından yönlendirilen 1 kadının nasıl yönlendirildikleri sorulduğunda kadınların %57,1'i (n=4) aile hekiminin yönlendirmede bulunmadığını; %14,3'ü (n=1) psikiyatriste yönlendirdiğini; %28,6'sı (n=2) kadın danışma merkezi ve/veya ŞÖNİM'e yönlendirdiğini bildirmiştir.

Katılımcıların şiddet gördükleri bilgisini aile hekimleri ile paylaşmama nedenleri birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği anket sorusu ile sorgulanmış ve birçok farklı neden saptanmıştır. En sık nedenlerin kadınların

utanması (%31,3) ve hekimle iletişim eksikliği (%35,4) olduğu görülmüştür. Kadınların %14,6'sı hekimin tepkisinden çekinme; %10,4'ü hekimin erkek olması nedeniyle rahat hissedememe; %16,7'si şiddet uygulayandan korku; %8,3'ü şiddet uygulayanın sağlık kuruluşuna başvurulmasını veya yalnız başvurulmasını engellemesi; %18,8'i paylaşılanların gizli tutulacağına inanmama; %6,3'ü ailenin dağılacağından korkma ve kendisini ayrılığa hazır hissetmeme nedeniyle; kadınların %20,8'i ise (n=10) konunun aile hekimliğinin alanı dışında olduğunu düşünme nedeniyle, şiddet gördükleri bilgisini aile hekimi ile paylaşmadıklarını belirtmiştir. Kadınların hiçbirisi polis müdahalesinden korkmayı neden olarak göstermemiştir.

Kadınların şiddet sonrası yardım talep başvuruları ve ilgili düşünceleri 6 başlık altında değerlendirilmiş ve her başlıkta yer alan özelliklere göre sonuçlar sayısal değer (n) ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların şiddet sonrası yardım talep başvuruları ve ilgili düşünceleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadınların Psikolog ve/veya Psikiyatrist Başvurusu		
Başvurmuş	24	43,6
Başvurmamış	31	56,4
Toplam	55	100
Kadınların Polis Başvurusu		
Başvurmuş	47	85,5
Başvurmamış	8	14,5
Toplam	55	100
Kadınların Yardım Talebinde Bulunduğu Kişi/Kurumlar		
Aile	38	71,7
Hekim (Aile Hekimi dışındaki hekimler)	25	47,2
Arkadaş Çevresi	13	24,5
Polis	47	88,7
Adli Makamlar	5	9,4
Kadın Danışma Merkezi ve/veya ŞÖNİM	9	17
ALO 183 Sosyal Destek Hattı	2	3,8
Din Adamları veya O Alandaki Otorite	0	0
Aile Hekiminin Şiddetin Önlenmesinde Katkısı		
Yardımlı Olmaz	14	25,5
ASM'de Psikolojik Destek Sağlanması	19	34,5
Şiddet Maruziyeti Sorgulaması ve Gerekli Yönlendirmelerin Yapılması	36	65,5
Toplum Eğitimi	2	3,6
ASM'de Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Bilgilendirilme Tercihi		
Yalnızca Yazılı	12	21,8
Yalnızca Sözel	0	0
Yazılı & Sözel	43	78,2
Toplam	55	100
Kadınların Şiddetin Önlenebilirliğine İlişkin Düşünceleri		
Şiddet Önlenemezdi	11	20
Aile Desteği ile Önlenebilirdi	25	45,5
Eş/partnerin Psikolojik Yardım Alması ile Önlenebilirdi	19	34,5
Eş/partnerin Bağımlılık Tedavisi Alması ile Önlenebilirdi	8	14,5
Toplum Eğitimi ile Önlenabilir	6	10,9

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%43,6) sığınmaevine gelmeden önce psikolog ve/veya psikiyatrist başvurusu olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %85,5'inin sığınmaevine gelmeden önce polis başvurusu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların şiddet nedeniyle aile hekimi dışında birinden yardım isteyip istemedikleri birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği anket sorusu ile sorgulanmış ve büyük çoğunluğun (%96,4) yardım talebinde bulunduğu saptanmıştır. Yardım talebinde bulunan 53 kadının %71,7'si ailesinden; %47,2'si diğer hekimlerden (ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı); %24,5'i arkadaş çevresinden; %88,7'si

polisten; %9,4'ü adli makamlardan; %17'si Kadın Danışma Merkezleri, ŞÖNİM ve/veya STK'lerden; %3,8'i ALO 183 Sosyal Destek Hattı'ndan yardım talebinde bulunmuşken katılımcıların hiçbiri din adamları veya o alandaki otoriteden yardım talebinde bulunmamıştır.

Kadınlara açık uçlu olarak “Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminizin nasıl bir katkısı olabilirdi?” sorusu yöneltildiğinde alınan yanıtların görüşmeler sonrası detaylı analizi yapılarak:

- Aile hekiminin yardımı olamayacağı,

- ASM'de psikolojik destek sağlanması (Aile hekimi veya psikolog tarafından),

- Aile hekimi veya aile sağlığı elemanının kadına yönelik şiddeti sorgulaması ve gerekli durumlarda yönlendirme yapması,

- Toplum eğitimi (ASM'de kadınlara ve erkeklere yönelik toplumsal cinsiyet eşitliği, şiddet ve yaptırımları, kadın hakları gibi konularda seminerler düzenlenmesi) şeklinde 4 başlık altında toplanmıştır.

Katılımcıların %25,5'i (n=14) şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin yardımı olamayacağını bildirmiştir. %34,5'i (n=19) ASM'de psikolojik destek sağlanmasını; %65,5'i (n=36) aile hekimi veya aile sağlığı elemanının şiddeti sorgulaması ve gerekli durumlarda yönlendirme yapmasını; %3,6'sı (n=2) ise ASM'de toplum eğitimine yönelik seminerler verilmesini talep etmiştir.

Kadınların %65,5'inin (n=36) talebi olan aile hekimliğinde şiddet hakkında sorgulama ve gerekli durumlarda yönlendirme yapılması için ne şekilde bilgilendirilmeyi tercih ettikleri sorulmuştur. Yazılı yönlendirmenin bekleme salonunda, kadınlar tuvaletinde, hekimin ve aile sağlığı elemanının odasında aile içi şiddet ile ilgili afişler, broşürler bulunması olduğu belirtilmiştir. Sözel bilgilendirmenin ise hekimin rutin muayene sırasında şiddete maruz kalıp kalınmadığını sorgulaması ve gerekli yönlendirmeleri yapması olduğu belirtilmiştir. Kadınların %21,8'i (n=12) yazılı olarak; %78,2'si (n=43) ise yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmek istediğini bildirmiştir. Kadınların büyük bir kısmı açık olarak şiddete uğrayıp uğramadıkları sorulmasa bile, “Evde her şey yolunda mı?” sorusunun kendilerine cesaret

vereceğini ve bu sayede şiddet gördüklerini hekimle paylaşıp yardım isteyebileceklerini bildirmiştir.

Katılımcılara açık uçlu olarak şiddeti önlemek için ne yapılabileceği sorusu yöneltilmiştir. Alınan yanıtların görüşmeler sonrası detaylı analizi yapılarak:

- Şiddet önlenemezdi,
- Aile desteği ile önlenebilirdi,
- Eşin/partnerin psikolojik yardım alması ile önlenebilirdi,
- Eşin/partnerin bağımlılık tedavisi alması ile önlenebilirdi,
- Toplum eğitimi ile önlenebilir (Toplumsal cinsiyet eşitliği bilincinin tüm topluma yayılması sayesinde) şeklinde 5 başlık altında toplanmıştır.

Katılımcıların yaklaşık yarısının (%45,5) şiddetin aile desteği ile önlenebileceğini bildirdiği görülmüştür. Katılımcıların %20'si (n=11) şiddetin önlenemeyeceğini; %34,5'i (n=19) eşin/partnerin psikolojik yardım alması ile önlenebileceğini; %14,5'i (n=8) eşin/partnerin bağımlılık tedavisi alması ile önlenebileceğini; %10,9'u (n=6) ise toplum eğitimi ile şiddetin önlenebileceğini belirtmiştir.

Tablo 7'de görüldüğü üzere, konuyu aile hekimliğinin alanı olmadığını düşündüğü için aile hekimi ile paylaşmayan kişilerin %80'i (n=8), bu düşünceye sahip olmayan kadınların ise %34,2'si (n=13) sığınmaevinde barınmaya başlamadan önce psikolog ve/veya psikiyatriste başvurduğunu belirtmiştir. Şiddeti aile hekimliği alanı dışında gören kişilerin psikolog ve/veya psikiyatriste başvurma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır (p=0,01).

Tablo 7. Konunun aile hekimliği alanı dışında olduğu düşüncesiyle şiddet gördüğü bilgisini aile hekimi ile paylaşmayan kişilerin psikolog/psikiyatriste başvurma durumunun dağılımı

Şiddet aile hekimliği alanı dışında olduğu için aile hekimimle paylaşmadım	Psikolog/psikiyatrist başvurusu				
	Olan		Olmayan		p**
	n	%*	n	%*	
Evet	8	80,0	2	20,0	0,01
Hayır	13	34,2	25	65,8	

* Satır yüzdesi; ** Fisher's Exact Test

Ayrıca kişilerin yaşadığı bölgeye göre (kent/kırsal) sığınmaevinde barınmaya başlamadan önce psikolog ve/veya psikiyatriste başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 8’de görüldüğü üzere, kentsel alanda yaşayan kişilerin %28,6’sı ($n=12$), kırsal alanda yaşayan kişilerin %53,8’i ($n=7$) şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminden psikolojik destek beklentisi olduğunu belirtmiştir. Kırsal alanda yaşayan kadınların aile hekiminden psikolojik destek beklentisinin kentsel alanda yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yaşanan bölge ile aile hekiminden psikolojik destek beklentisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların yaşadığı bölgeye göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin psikolojik destek verebileceğini söyleme durumunun dağılımı

	Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminden psikolojik destek beklentisi				
	Var		Yok		p**
Yaşanan Bölge	n	%*	n	%*	
Kentsel	12	28,6	30	71,4	0,11
Kırsal	7	53,8	6	46,2	

* Satır yüzdesi, ** Fisher’s Exact Test

Tablo 9’da görüldüğü üzere, kişilerin evlenme şekline göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Görücü usulü ve aile zoruyla evlendirilen kadınların aile desteği ile şiddetin önlenebileceğine katılma oranının (%50; %57,1), anlaşarak evlenenlerden (%30) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların evlenme şekline göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı

Şiddeti önlemek için ne yapılabiliirdi?	Evlenme şekli						İstatistikler	
	Anlaşarak		Görücü, anlaşarak		Aile Zoru		χ^2	p
Aile desteği	n	%*	n	%*	n	%*		
Evet	6	30,0	6	50,0	8	57,1	2,75	0,25**
Hayır	14	70,0	6	50,0	6	42,9		
Eşin psikolojik yardım alması								
Evet	9	45,0	4	33,3	5	35,7	0,52	0,76**
Hayır	11	55,0	8	66,7	9	64,3		
Eşin bağımlılık tedavisi alması								
Evet	3	15,0	2	16,7	1	7,1	-	0,74***
Hayır	17	85,0	10	83,3	13	92,9		
Toplunun eğitimi								
Evet	2	10,0	1	8,3	-	-	-	0,60***
Hayır	18	90,9	11	91,7	14	100,0		
Engellenemezdi								
Evet	5	25,0	2	16,7	3	21,4	-	0,90***
Hayır	15	75,0	10	83,3	11	78,6		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, *** Fisher's Exact Test

Ayrıca anlaşarak evlenen kadınların %5'inde (n=1), görücü usulü ve anlaşarak evlenen kadınların %16,6'sında (n=2), aile zoruyla evlendirilen kadınların %50'sinde (n=7) eşler arasında akrabalık varlığı bildirilmiştir. Kişilerin evlenme şekli ve eşler arası akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,007$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; aile zoruyla evlendirilen kadınlarda eş ile akrabalık sıklığı, anlaşarak evlenen ($p=0,007$) ve görücü usulü evlenen ($p=0,008$) kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10'da görüldüğü üzere, kişilerin öğrenim durumuna göre şiddetin önlenmesinde aile desteği, eşin psikolojik yardım alması ve şiddetin engellenemeyeceği düşünceleri arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Öğrenim durumuna göre eşin psikolojik yardım alması ile şiddetin önlenileceği düşüncesi istatistiksel anlamlılık göstermemekle birlikte ($p>0,05$); lise+üniversite mezunlarının %50'sinin psikolojik desteğin faydalı olacağını belirtip bu ifadeye daha yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

Kişilerin öğrenim durumuna göre şiddetin önlenmesinde toplum eğitiminin faydalı olacağı düşüncesi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,01$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; lise+üniversite mezunlarının şiddetin önlenmesinde toplum eğitiminin faydalı olacağına katılma oranı okuryazar+ilkokul mezunlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,013$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10. Katılımcıların öğrenim durumuna göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı

Şiddeti önleme için ne yapılabiliirdi	Öğrenim durumu						χ²	p
	Okuryazar/ ilkokul		Ortaokul		Lise ve üzeri			
	n	%*	n	%*	n	%*		
Aile desteği								
Evet	12	54,5	4	26,7	9	50,0	3,02	0,22**
Hayır	10	45,5	11	73,3	9	50,0		
Eşin psikolojik yardımı								
Evet	6	27,3	4	26,7	9	50,0	2,82	0,24**
Hayır	16	72,7	11	73,3	9	50,0		
Eşin bağımlılık tedavisi								
Evet	3	13,6	4	26,7	1	5,6	-	0,26***
Hayır	19	86,4	11	73,3	17	94,4		
Toplunun eğitimi								
Evet	-	-	1	6,7	5	27,8	-	0,01***
Hayır	22	100,0	14	93,3	13	72,2		
Engellenemezdi								
Evet	4	18,2	6	40,0	1	5,6	-	0,06***
Hayır	18	81,8	9	60,0	17	94,4		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, *** Fisher's Exact Test

Tablo 11'de görüldüğü üzere, kişilerin yaşadığı aile tipine göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumlar arasında eşin/partnerin psikolojik yardım alması, eşin/partnerin bağımlılık tedavisi alması, toplumun eğitimi ve şiddetin engellenemeyeceği düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eşinin/partnerinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınların %63,2'si ($n=12$); çekirdek aile olarak yaşayanların %36,1'i ($n=13$) şiddeti önlemek için aile desteğinin faydalı olacağını belirtmiştir. Eşinin/partnerinin ailesi ile birlikte yaşayan kişiler, istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde fazla sıklıkta aile desteğinin şiddeti önleyebileceğini belirtmiştir (p=0,05).

Tablo 11. Katılımcıların yaşadığı aile tipine göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı

Şiddeti önleme için ne yapılabilir	Yaşanan aile				İstatistikler	
	Çekirdek n	%*	Eş ailesi ile n	%*	χ^{2**}	p
Aile desteği						
Evet	13	36,1	12	63,2	3,66	0,05**
Hayır	23	63,9	7	36,8		
Eşin psikolojik yardımı						
Evet	14	38,9	5	26,3	0,89	0,35**
Hayır	22	61,1	14	73,7		
Eşin bağımlılık tedavisi						
Evet	6	16,7	2	10,5	-	0,70***
Hayır	30	83,3	17	89,5		
Toplumun eğitimi						
Evet	4	11,1	2	10,5	-	1,0***
Hayır	32	88,9	17	89,5		
Engellenemezdi						
Evet	8	22,2	3	15,8	-	0,73***
Hayır	28	77,8	16	84,2		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher's Exact test

Tablo 12’de görüldüğü üzere, kişilerin yaşadığı yere göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 12. Katılımcıların yaşadığı yere göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı

Şiddeti önleme için ne yapılabiliirdi	Yaşanan yer				İstatistikler	
	Kentsel		Kırsal		χ^{2**}	p
	n	%*	n	%*		
Aile desteği						
Evet	17	40,5	8	61,5	1,77	0,18**
Hayır	25	59,5	5	38,5		
Eşin psikolojik yardımı						
Evet	15	35,7	4	30,8	-	1***
Hayır	27	64,3	9	69,2		
Eşin bağımlılık tedavisi						
Evet	5	11,9	3	23,1	-	0,37***
Hayır	37	88,1	10	76,9		
Toplumun eğitimi						
Evet	5	11,9	1	7,7	-	1,0***
Hayır	37	88,1	12	92,3		
Engellenemezdi						
Evet	10	23,8	1	7,7	-	0,26***
Hayır	32	76,2	12	92,3		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher’s Exact test

Tablo 13’te görüldüğü üzere, eşi/partneri alkol ve/veya madde bağımlısı olan kişilerin %35,1’i (n=7), bağımlı olmayanların %3,1’i (n=1) şiddeti önlemek için alkol ve/veya madde bağımlılığı olan erkeklerin bağımlılık tedavisi almasının faydalı olacağını belirtmiştir. Eşi/partneri alkol/madde bağımlısı olan kişiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta eşinin bağımlılık tedavisi almasının şiddeti önleyebileceğini belirtmiştir ($p<0,001$). (Eşi alkol ve/veya madde bağımlısı olmadığı hâlde bağımlılık tedavisinin şiddetin önlenmesinde etkisi olacağını söyleyen katılımcı, sığınmaevinde barınan diğer kadınların hikâyelerinden yola çıkarak böyle bir düşüncesi olduğunu belirtmiştir).

Tablo 13. Katılımcıların eşinin/partnerinin alkol/madde bağımlısı olma durumuna göre şiddeti önlemek için yapılabileceğini düşündüğü durumların dağılımı

Şiddeti önleme için ne yapılabiliirdi	Eşin alkol/madde bağımlılığı				İstatistikler	
	Var		Yok		X ^{2**}	p
	n	%*	n	%*		
Aile desteği						
Evet	11	55,0	14	43,8	0,62	0,43**
Hayır	9	45,0	18	56,4		
Eşin psikolojik yardımı						
Evet	7	35,0	12	37,5	0,03	0,85**
Hayır	13	65,0	20	62,5		
Eşin bağımlılık tedavisi						
Evet	7	35,0	1	3,1	-	0,003***
Hayır	13	65,0	31	96,9		
Toplumun eğitimi						
Evet	-	-	3	9,4	-	0,27***
Hayır	20	100,0	29	90,6		
Engellenemezdi						
Evet	3	15,0	8	25,0	-	0,497***
Hayır	17	85,0	24	75,0		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher's Exact test

Kişilerin evlenme şekline göre (anlaşarak evlenme, görücü usulü ve anlaşarak evlenme, aile zoruyla evlendirilme) şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkısı olabileceği sorgulanmıştır. Kişilerin evlenme şekline göre şiddetin önlenmesinde aile hekiminin yardımı olamayacağı, psikolojik destek sağlayabileceği ve aile hekimliğinde kadınlara şiddete maruz kalınma durumunun sorgulaması ile gerekli yönlendirmelerin yapılabileceği düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Kişilerin evlenme şekline göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin toplumun eğitilmesinde rolü olacağı düşüncesinin değerlendirmesinde gruplara düşen kişi sayısı yeterli olmadığı için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 14'te görüldüğü üzere, kişilerin öğrenim durumuna göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin yardımı olamayacağı, psikolojik destek sağlayabileceği, aile hekimliğinde kadınlara şiddete maruz kalınma durumunun sorgulaması ile gerekli yönlendirmelerin yapılabileceği, aile hekimliğinin toplumun eğitimi aracılığıyla şiddetin

önlenmesinde katkı sağlayabileceği düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ayrıca kadınların %17'si ($n=9$) Kadın Danışma Merkezleri, ŞÖNİM ve/veya STK'lerden yardım talebinde bulunduğunu belirtmiştir. Kişilerin öğrenim durumuna göre Kadın Danışma Merkezleri, ŞÖNİM ve/veya STK'lere başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Katılımcıların öğrenim durumuna göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı

Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekimi	Öğrenim durumu						İstatistikler	
	Okuryazar/ ilkokul		Ortaokul		Lise ve üzeri		χ^2	p
	n	%*	n	%*	n	%*		
Yardıma olmaz								
Evet	4	18,2	3	20,0	7	38,9	-	0,312***
Hayır	18	81,8	12	80,0	11	61,1		
Psikolojik destek sağlayabilir								
Evet	7	31,8	8	53,3	4	22,2	3,62	0,16**
Hayır	15	68,2	7	46,7	14	77,8		
Sorgulama ve yönlendirme yapabilir								
Evet	18	81,8	8	53,3	10	55,6	4,36	0,11**
Hayır	4	18,2	7	46,7	8	44,4		
Toplumun eğitimine katkı sağlayabilir								
Evet	-	-	1	6,7	1	5,6		0,51***
Hayır	22	100,0	14	93,3	17	94,4		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, *** Fisher's Exact testi

Tablo 15'te görüldüğü üzere, eşinin/partnerinin ailesiyle yaşayan kişiler, çekirdek ailede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta aile hekimlerinin şiddeti önlemek için sorgulama ve yönlendirme yapabileceğini düşünmektedir ($p=0,03$).

Yaşanan aile tipine göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin yardımı olamayacağı düşüncesi, psikolojik destek sağlayabileceği düşüncesi ve toplum eğitimine katkı sağlayabileceği düşüncesi arasında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Katılımcıların aile tipine göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı

Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekimi	Yaşanan aile				İstatistikler	
	Çekirdek aile		Eşin ailesi ile		χ^2 **	p
	n	%*	n	%*		
Yardıma olmaz						
Evet	12	33,3	2	10,5	-	0,10***
Hayır	24	66,7	17	89,5		
Psikolojik destek sağlayabilir						
Evet	11	30,6	8	42,1	0,73	0,39**
Hayır	25	69,4	11	57,9		
Sorgulama ve yönlendirme yapabilir						
Evet	20	55,6	16	84,2	4,51	0,03**
Hayır	16	44,4	3	15,8		
Toplumun eğitime katkı sağlayabilir						
Evet	2	5,6	-	-	-	0,53***
Hayır	34	94,4	19	100,0		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher's Exact test

Tablo 16'da görüldüğü üzere, kişilerin yaşadığı yere göre (kent/kırsal) şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin yardımı olamayacağı düşüncesi, psikolojik destek sağlayabileceği düşüncesi, aile hekimliğinde kadınlara şiddete maruz kalınma durumunun sorgulaması ile gerekli yönlendirmelerin yapılabileceği düşüncesi ve toplum eğitime katkı sağlayabileceği düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Katılımcıların yaşadığı yere göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı

Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekimi	Yaşanan yer				İstatistikler	
	Kentsel		Kırsal		χ^{2**}	p
	n	%*	n	%*		
Yardımlı olmaz						
Evet	13	31,0	1	7,7	-	0,14***
Hayır	29	69,0	12	92,3		
Psikolojik destek sağlayabilir						
Evet	12	28,6	7	53,8	-	0,10***
Hayır	30	71,4	6	46,2		
Sorgulama ve yönlendirme yapabilir						
Evet	26	61,9	10	76,9	-	0,50***
Hayır	16	38,1	3	23,1		
Toplumun eğitime katkı sağlayabilir						
Evet	1	2,4	1	7,7	-	0,42***
Hayır	41	97,6	12	92,3		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher's Exact test

Tablo 17'de görüldüğü üzere, eşi/partneri alkol ve/veya madde bağımlısı olan kişiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta aile hekimlerinin şiddeti önlemek için sorgulama ve yönlendirme yapabileceğini düşünmektedir (p=0,03).

Eşin/partnerin alkol/madde bağımlısı olma durumuna göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin yardımı olamayacağı düşüncesi ve psikolojik destek sağlayabileceği düşüncesi arasında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Aile hekimliğinde toplum eğitime katkı sağlanarak şiddetin önlenebileceği düşüncesi için gözlere düşen kişi sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 17. Katılımcıların eşinin/partnerinin alkol/madde bağımlısı olma durumuna göre şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin nasıl bir katkı sağlayacağı düşüncesinin dağılımı

Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekimi	Eşi alkol/madde bağımlısı				İstatistikler	
	Evet		Hayır		χ^2 **	p
	n	%*	n	%*		
Yardıma olmaz						
Evet	3	15,0	11	34,4	0,23	0,12**
Hayır	17	85,0	21	65,6		
Psikolojik destek sağlayabilir						
Evet	7	35,0	11	34,4	0,002	0,96**
Hayır	13	65,0	21	65,6		
Sorgulama ve yönlendirme yapabilir						
Evet	17	85,0	18	56,3	4,62	0,032**
Hayır	3	15,0	14	43,8		
Toplumun eğitimine katkı sağlayabilir						
Evet	-	-	-	-	-	-****
Hayır	20	100,0	32	100,0		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher's Exact test, **** Gözlere düşen kişi sayısı yetersiz olduğu için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 18'de görüldüğü üzere, kadınların %34,6'sının (n=18) öğrenim düzeyi eşi/partneri ile aynı, %36,5'inin (n=19) öğrenim düzeyi eşi/partnerinden daha yüksektir.

Tablo 18. Katılımcıların eşi/partneri ile öğrenim düzeyinin karşılaştırması

Öğrenim düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eş/partner ile aynı	18	34,6
Eş/partnerden daha düşük	15	28,8
Eş/partnerden daha yüksek	19	36,5

Tablo 19'da görüldüğü üzere, anlaşarak evlenen kişilerin evlilik süresi diğer kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az; aile zoru ile evlenenlerin evlilik süresi ise diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,01$).

Tablo 19. Katılımcıların evlenme şekline göre evlilik süresinin dağılımı

Evlenme Şekli	Evlilik süresi (yıl)		p*
	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	
Anlaşarak (n=20)	8,02 $\pm$ 6,01	7,00	0,009
Görücü, anlaşarak (n=12)	13,08 $\pm$ 7,94	12,50	
Aile zoru ile (n=14)	16,50 $\pm$ 8,96	15,50	

*Kruskal-Wallis Testi, farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 20’de görüldüğü üzere, eşin/partnerin öğrenim durumu, eşin/partnerin alkol/madde bağımlısı olma durumu ve yaşanan yere göre eşin/partnerin çocuğa/çocuklarına şiddet uygulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 20. Katılımcıların eşinin/partnerinin alkol/madde bağımlısı olma durumu, eşin öğrenim durumu ve yaşanan yere göre eşin/partnerin çocuğa/çocuklarına şiddet uygulama durumunun dağılımı

Değişkenler	Eşin/partnerin çocuklara fiziksel şiddet uygulama durumu				İstatistikler	
	Evet		Hayır		χ^{2**}	p
	n	%*	n	%*		
Eş alkol/madde bağımlısı						
Evet	7	31,8	10	43,5	0,65	0,42
Hayır	15	68,2	13	56,5		
Eşin öğrenim durumu						
Okuryazar/ilkokul	14	63,6	10	43,5	2,21	0,33
Ortaokul	2	9,1	5	21,7		
Lise ve üzeri	6	27,3	8	34,3		
Yaşanan yer						
Kentsel	15	68,2	19	82,6	1,27	0,26
Kırsal	7	31,8	4	17,4		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi

Tablo 21’de görüldüğü üzere, katılımcıların öğrenim durumuna göre kadın sığınmaevinden haberdar olma şekli arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Katılımcıların öğrenim durumuna göre kadın sığınmaevinden nasıl haberdar olduğunun dağılımı

Kadın sığınmaevinden nasıl haberdar olduğu	Öğrenim durumu						İstatistikler	
	Okuryazar ve ilkokul		Ortaokul		Lise ve üzeri		χ^2	p
	n	%*	n	%*	n	%*		
İnternet								
Evet	5	22,7	4	26,7	3	16,7	-	0,84* **
Hayır	17	77,3	11	73,3	15	83,3		
Televizyon								
Evet	6	27,3	5	33,3	4	22,2	-	0,86* **
Hayır	16	72,7	10	66,7	14	77,8		
Radyo								
Evet	-	-	1	6,7	1	5,6	-	0,51* **
Hayır	22	100,0	14	93,3	17	94,4		
Gazete								
Evet	3	13,6	2	13,3	3	16,7	-	1***
Hayır	19	86,4	13	86,7	15	83,3		
Çevre								
Evet	10	45,5	5	33,3	4	22,2	2,34	0,30* *
Hayır	12	54,5	10	66,7	14	77,8		
Kamu								
Evet	2	9,1	5	33,3	3	16,7	-	0,17* **
Hayır	20	90,9	10	66,7	15	83,3		
Hekim								
Evet	1	4,5	2	13,3	1	5,6	-	0,66* **
Hayır	21	95,5	13	86,7	17	94,4		
Polis								
Evet	6	27,3	6	40,0	7	38,9	0,86	0,65* *
Hayır	16	72,7	9	60,0	11	61,1		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi, ***Fisher’s Exact testi

Tablo 22’de görüldüğü üzere, fiziksel şiddet görmeyen 7 kadının hiçbirisi cinsel şiddet de görmemiştir. Fiziksel şiddet gören kadınların %87,5’i (n=42) cinsel şiddet de görmüştür. Eşi/partnerinden fiziksel şiddet gören kadınlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta cinsel şiddet de görmektedir (p<0,001).

Tablo 22. Katılımcıların fiziksel şiddet görme ile cinsel şiddet görme durumunun karşılaştırması

Şiddet tipi	Eşinden/partnerinden cinsel şiddet gören				p*
	Evet		Hayır		
Eşinden/partnerinden fiziksel şiddet gören	n	%*	n	%*	<0,001
Evet	42	87,5	6	12,5	
Hayır	-	-	7	100,0	

* Sütun yüzdesi, ** Fisher’s Exact test

Tablo 23’te görüldüğü üzere, eşine siber şiddet uygulayan ve uygulamayan kişilerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,29).

Tablo 23. Katılımcıların siber şiddet görme durumuna göre eşlerinin/partnerlerinin yaşının dağılımı

Eşi/partnerinden siber şiddet görme	Eş/partner yaşı (yıl)		p*
	Ortalama ± SS	Ortanca	
Evet	37,93±9,13	39,00	0,29
Hayır	42,74±11,37	39,50	

* Mann-Whitney U testi

Tablo 24'te görüldüğü üzere, şiddete katlanma nedeninin aile ve/veya toplum baskısı olması ile kişilerin öğrenim durumu ve evlenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 24. Şiddete katlanma nedeni aile/toplum baskısı olma durumuna göre öğrenim durumu ve evlenme şeklinin dağılımı

Değişkenler	Şiddete katlanma nedeni aile/toplum baskısı				İstatistikler	
	Evet		Hayır		χ^2	p**
	n	%*	n	%*		
Öğrenim durumu						
Okuryazar ve ilkokul	12	37,5	10	43,5	4,45	0,10
Ortaokul	12	37,5	3	13,0		
Lise ve üzeri	8	25,0	10	43,5		
Evlenme şekli						
Anlaşarak	9	36,0	11	52,4	4,79	0,09
Görücü, anlaşarak	5	20,0	7	33,3		
Aile zoru ile	11	44,0	3	14,3		

* Sütun yüzdesi, ** Pearson Ki-kare testi

Araştırmanın niteliksel bileşenlerinin sunulacağı bu bölümde gizlilik esasları gözetilerek kadınların isim ve soyisimlerinin ilk harfleri değiştirilmiş ve doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Kelime sıralarında herhangi bir değişiklik yapılmamış, yalnızca yerel ağızlar ayıklanmış ve yazım kurallarına uygun hâle getirilmiştir.

Anlaşarak evlenen kadınların %25'i ($n=5$), görücü usulü evlenen kadınların %41'i ($n=5$), aile zoruyla evlendirilen kadınların ise %28'i ($n=4$) eşinin ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Evlenme şekli ile aile tipi arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmamakla birlikte ($p>0,05$), görücü usulü ile evlenen kadınların ve aile zoruyla evlendirilenlerin daha yüksek oranda eşin ailesiyle birlikte yaşandığı görülmektedir. Derinlemesine görüşmelerden edinilen bilgilerde görücü usulü veya aile zoruyla evlendirilmiş ve eşinin ailesiyle yaşayan kadınlarda, kadının yalnızca eşinden değil, ailesinden de şiddet ve baskı gördüğü görülmektedir. Aynı zamanda bu kadınlarda şiddeti erkeğin ailesinin desteklediği düşüncesinin daha yaygın olduğu aşağıdaki bazı ifadelerde dikkat çekmektedir:

31 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş ve eşinin ailesiyle birlikte yaşayan, 3 çocuk sahibi Y.S.: "... *Yapılabilecek çok şey vardı*

ama maalesef herkes buna göz yumdu. Göz yumuldu. Hamileyken şiddet gördüm, doğumdan hemen sonra lohusa döneminde şiddet gördüm. Defalarca şiddet gördüm. Ölümle tehdit edildim. Sadece eşim değil, ailesi de tehdit etti...”

38 yaşında, aile zoruyla 15 ve 26 yaşlarında iki kere evlendirilmiş, 1 çocuk sahibi G.Z.: “... İlk eşimde yine çok kötü şeyler yaşadım. Üzerime kadın getirdi, kaynanam huzur vermedi. Bir aydan sonra kaynanam sürekli huzursuzluk çıkardı. Bana âşık adam, beni çok seviyordu. ‘Sana tapıyorum,’ derdi. O adam gitti, bir canavar geldi. Niye? Annesinin laflarıyla. Evin bir oğluydu. Annesi dolduruyordu...”

27 yaşında, eşinin ailesiyle birlikte yaşayan N.T.: “... Ben boşanmak istiyordum, o baskıyı yaşayamıyordum artık. Kaynanamgil, eşim, sürekli baskı, zorbalık. Eşimi doldurup sürekli üzerime göndermesi. Son olayda da ben, ‘Artık boşanalım, böyle yürümüyor,’ dedim. Başladılar tehdit etmeye...”

Aile zoruyla evlendirilen kadınların şiddet görmelerine rağmen ailelerinden evliliği sürdürmeleri yönünde baskı ve istismara uğradıkları, çaresiz bırakıldıkları görülmektedir. Kadınlara çoğunlukla yuvasını dağıtmaması ve idare etmesi yönünde telkinde bulunulmuştur:

35 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş ve eşinin ailesiyle birlikte yaşayan, 4 çocuk sahibi G.M.: “... 5-6 sene önce tekrar gelmişim sığınmaevine. Boşanma davası açmıştım. Boşanma zarfı eşimin eline geçtiği zaman eşim ağabeyime gitmiş, doldurmuş. Ağabeyim benimle görüşmek istedi, gittim. İkisi birlikte bana şiddet uyguladılar. Eşimin onu doldurmasıyla öz ağabeyim beni dövdü. Ben de o zaman korkudan geri çektim davayı...”

35 yaşında, lise mezunu I.K. ayrılmak istediğinde ailesinden destek göremediğini şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Zamanında halamla ve babamla paylaştım, yıllar evvel. ‘Olmaz,’ dediler, ‘çocukların küçük, yerin eşinin yanındır.’ Kızlarımın büyümesini bekledim. Büyüdüğünde de ‘Boşanacağım,’ dedim ama hiç desteklemediler. ‘Ölmesini bekle’ dediler, ‘öldükten sonra rahat olacaksın.’ O ölmez, hepimizi de mezara sokar yemin ederim. Kendi ailem yanımda dursaydı zamanında ayrılabilirdim. Böyle

kapının önüne koyulmazdım. Şimdi kendi ailemle de aram kalmadı, eşimin ailesiyle de. Bir başıma kalakaldım...”

40 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş F.M. de ailesi ve yakın çevresinden destek bulamamasını şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Yardım talebim oldu, son zamanda komşularımdan oldu. Arkadaşlarla, annem babamla... Yani çırpındım, çırpındım açıkçası. Yardım dilendim. ‘Çocukların var, alttan al, aman sen yapma, aman şöyle aman böyle.’ Bir çare olmadı. Çaresiz kaldığım için buraya geldim...”

39 yaşında, ortaokul mezunu Z.C. kendi ailesi ve eşinin ailesinden yardım talebi olduğunda yalnız bırakıldığını şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Kendi aileme anlattım, kendi ailem yakın durmadı bize. ‘Bu yaşına gelmiş, kişiliği oturmuş bir insana biz ne yapalım,’ dediler. Onun kendi ailesi onun arkasında destek durdu...”

Kadınların bazı ifadelerinde şiddetin kuşaktan kuşağa aktarıldığı ve aile bireyleri tarafından normalleştirildiği görülmektedir. Şiddet gördüğünü aileleri ile paylaşan ve yardım talebinde bulunan kadınların bu konudaki bazı ifadeleri dikkat çekicidir:

54 yaşında, ortaokul mezunu H.A. ifadelerinde şiddetin normalleştirildiğini ve çözümün toplumun eğitilmesi olduğunu belirtmiştir: “... Tek kafa tutabilen, ayrılmayı başarabilen ben oldum. Ailemde şiddet kanıksanmış durumda. Ailenin erkekleri kadınlarına şiddet uyguluyor, kadınları bunu kader olarak görüyor. Ailemden çok yardım istedim. Kendi annem, ‘Biz de yaşadık, hâlâ yaşıyoruz bunları, kocandır, çocuklarının babasıdır, katlanacaksın,’ dedi hep. Şiddet, zihniyet değişmeden engellenemez. Toplumu eğiteceksin. Yoksa karşıdaki güçsüzü eziyor...”

31 yaşında, aile zoruyla evlendirilmiş, lise mezunu C.D.’nin ifadelerinde ailesi tarafından şiddetin normalleştirildiği görülmektedir: “... Annem, ‘Zamanında bizim de başımızdan geçti, idare et,’ dedi...”

27 yaşında, boşanmış E.T.: “... Eşim her türlü şiddeti uyguladı bana. Ailem hiç arkamda durmadı zaten. ‘Ayrılık yok, boşanmayacaksın,’ dediler. Adam ikna olunca anlaşmalı boşandık, bir parça çöpünü bile vermedi. Komşular bahsetti sonra sığınmaevlerinin varlığını, boşanınca. Cesaret

edemedim. ‘Olsun,’ dedim, ailemin yanına sığınmak istedim. Babam ‘Çocuklarını at, çocukları istemiyoruz, seni tekrar kocaya vereceğiz,’ dedi. Ben zor kurtarmışım kendimi ve yavrularımı, hâlâ bana çocuklarını at diyorlar. Mümkün mü? İşte o zaman mecbur kaldım buraya gelmeye...”

27 yaşında, aile zoruyla evlendirilmiş A.D. ailesinin şiddete karşı yanında olmadığından bahsederken, eşinin kendisine şiddet uygulamasının nedenini sağlıklı aile bağlarındaki eksiklik olarak belirtmiştir: “... Ailemden yardım istediğimde ‘Dayanmalısın, eşindir,’ dediler. Normal gördüler bunu. Şiddet aileden kaynaklı bir durumdu. Ailesi o kadar ilgisizdi ki, bu ve kardeşleri ortaokuldan itibaren bir başlarına büyümüşler. Arayıp soran yok, nasılsınız diyen yok. Anne babalıkları lafta bu insanların. Çocuklarını o yaşta başıboş bırakırsan ne olur? Sigara, alkol sonra da uyuşturucu bağımlısı olmuş hepsi. Düzgün bir ailesi olsaydı, kendi ailesinden ilgi ve sevgi görseydi belki her şey daha farklı olabilirdi...”

35 yaşında, ilkokul mezunu, 16 yıl boyunca eş şiddeti gören K.A.: “... Normal bir hayatmış gibi devam ettik. Her evde olan şeyler dedim, zamanla geçer dedim ama geçmedi. Çocuklar için katlandım bir de... Tek eşimden değil ki, ailesinden de çok çektim. Hakaretlerinden, beni içlerine almamalarından. Yabancı gibi attılar beni bir kenara. Hiç destek olmadılar... Her zaman kötü oldum, hiçbir yönümü beğenmediler benim.”

24 yaşında, üniversite mezunu H.İ.’nin ifadelerinde, eşinin evlilik öncesi çevresine uyguladığı sözel şiddetin erkek oluşu nedeniyle normalleştirildiği görülmektedir: “... Evlilik öncesi şiddette bulunmadı, böyle bir eğilimi olduğunu fark etmedim de. Ayrıca başkalarına karşı davranışlarını da her erkek gibi, normal olarak görmüştüm. Bayanlara karşı değil de, sinirlenince tepki verirdi. Ama size karşı yapacağını düşünmüyorsunuz. Evlendikten bir süre sonra başladı şiddet. Cinsel, psikolojik, ekonomik...”

Araştırma sonuçlarına göre kadınların %71,7’si (n=38) ailesinden; %47,2’si (n=25) hekimlerden; %24,5’i (n=13) arkadaş çevresinden; %88,7’si (n=47) polisten; %9,4’ü (n=5) adli makamlardan; %17’si (n=9) Kadın Danışma Merkezleri, ŞÖNİM ve/veya STK’lerden; %3,8’i (n=2) ALO 183 Sosyal Destek Hattı’ndan yardım talebinde bulunmuştur. 2 kadın şiddete

maruz kalmasına rağmen yardım talebinde bulunmama nedenini şu cümlelerle ifade etmiştir:

58 yaşında, ilkokul mezunu H.K.: *“... Aile içinde olan aile içinde kalır diye eski laflar var ya, ondan pek konuşamazdık böyle şeyleri...”*

34 yaşında, aile zoruyla 18 yaşında evlendirilmiş, 1 çocuk sahibi Ç.K.: *“... Komşuların hiç ilgisi yoktu. Eşim bana o kadar bağıırıyordu, çağırıyordu ama hiçbiri ilgilenmiyordu. Hiç karışmıyorlardı... Ailem zaten beni istemiyordu, hiç karışmıyorlardı. Bunu üzerime salan da onlar. Hem zorla verdiler hem üzerime saldılar. Kimse yoktu yardım isteyebileceğim...”*

Şiddet görüldüğünün paylaşılması, çevreden yardım talebi ve şiddetin önlenebilirliğine ilişkin dikkat çeken ifadeler ise aşağıda verilmiştir:

40 yaşında, ilkokul mezunu F.M. ifadelerinde ‘Aile içinde olan, aile içinde kalır’ anlayışı ile çevresi ile şiddet gördüğünü paylaşmamasını ancak profesyonel yardıma açık olduğunu, psikolojik destek almanın çözüm olabileceğini şu cümlelerle ifade etmektedir: *“... Biz kadınlar biraz daha kapatmayı, paylaşmamayı, duyurmamayı tercih ediyoruz ya. Konu komşu duyacak diye aklım çıkardı benim. Konu komşu duyacak diye sesimi çıkarmazdım... Eşim destek alsa, davranması gerektiği noktaları bilse, hatasını anlamaya çalışsa, en azından tek taraflı suçlamasa insanı bu noktada olmayız. Keşke aile terapisine gitmeyi kabul etseydi. Ben söyleyemediklerimi, yapmasını istediklerimi oturur yazardım. Ona bile derdi ki, ‘sen ev hanımı olacağına edebiyat öğretmeni olsaydın.’ Okumazdı... İşte onların düşünce tarzı bu, bizim düşünce yapımız bu. Çok farklı. Bizim gibi düşünmüyorlar. Aman ben erkeğim, yaparım. Ben sana bakıyor muyum? Bakıyorum. İhtiyaçlarını gideriyor muyum? Gideriyorum. E seni ele güne de muhtaç etmiyorum. Sen daha Allah’tan ne istiyorsun?...”*

27 yaşında, ilkokul mezunu E.T. bağımlılık tedavisi ve aile desteğinin faydalı olabileceğini belirtmiştir: *“... Ne zorluklar çektim hocam yıllarca. Boşanana kadar kimse de söylemedi bana sığınmaevlerini. Adam alkolik, madde kullanıyor, içer içer döverdi. Kafası güzel gelirdi eve, beni hırpalardı. Benim ailem arkamda durmadı zaten, dursalardı da bir şey değişir miydi bilmiyorum. Ama esas onun ailesinin karşı çıkması gerekirdi. İçmesine engel*

olmaları gerekirdi. Hastalıklı hâl aldığını görüyorlardı, tedaviye götürmeleri gerekirdi. Kimse umursamadı bizi...”

46 yaşında, ilkokul mezunu F.Y. ise aile desteği ile şiddetin önlenebileceğini belirtmiştir: “... Ailem arkamda dursaydı, beni yalnız bırakmasalardı belki şiddet önlenebilirdi...”

21 yaşında, lise mezunu Ş.Ş. fiziksel ve cinsel şiddet gördüğünü ailesi ile paylaşmasına rağmen yalnız bırakılması sonucu duyduğu hayal kırıklığı hissini şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Ailem bana destek olsaydı, anlattığımda yanımda dursalardı şiddet önlenebilirdi. ‘Sabret,’ dediler, dönmeme izin vermediler. Kayınpederim cinsel tacizde bulunmaya çalıştı bir kez. Bunu bile halama söylediğimde cevap aynı: ‘Sabret.’ Nasıl sabredilir böyle şeylere? Bana gebeyken zorla yük taşıttılar. Düşük tehdidi nedeniyle bir hafta hastanede yattım. Ona rağmen babam onların arkasında durdu. En zoruma giden şeylerden birisi de budur...”

42 yaşında, ilkokul mezunu Z.K. de eşinin psikolojik tedavi görmesinin şiddetin önlenmesinde faydalı olabileceğini şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Eşime iki kere uzaklaştırma emri çıkarıldı. Dinlemiyor. Dediğini okuyan bir insan. Tedavi görmesi lazım. Sevgi değil bu, takıntı. Kendisi tedavi görseydi ancak faydası olurdu...”

31 yaşında, aile zoruyla evlendirilmiş, lise mezunu C.D., ifadelerinde aile desteği ile şiddet önlenemese bile ilişkiyi sonlandırabileceğini belirtmiştir: “... Ailem arkamda dursaydı, dövmezdi. Dövse de gidecek yerim olurdu...”

33 yaşında, ailesinden şiddet gördüğü için çözümü 19 yaşında evlenmekte gören ancak eşinden de şiddet gören T.S.: “... Ailem bana destek olan bir aile olsaydı cesaret edemezdi böyle şiddet uygulamaya...”

26 yaşında, lise mezunu F.C., aile desteği ve bağımlılık tedavisiyle şiddetin önlenebileceğini bildirmiştir: “... Ailemden yardım istedim, onlar da ‘Kendin yaptın, kendin çek,’ dediler. Gidecek yerim yok, mecbur kaldım çekmeye. Bilseydim önceden sığınmaevlerini, buraya gelirdim, çekmezdim... Şiddeti önlemek için, kumar ve alkol bağımlılığı için destek alabilirdi, tedavi olabilirdi. Kendisi de söylüyordu, ‘Futbol bir, oyun iki benim hayatımda, sen bir hiçsin...”

24 yaşında, üniversite mezunu T.G. ise toplumsal bir sorun olan kadına yönelik şiddetin ancak zihniyet değişikliği ile engellenebileceğini belirtmektedir: “... Toplum olarak zihniyeti geliştirmek gerek. Başka yapılabilecek bir şey yok...”

34 yaşında, ilkokul terk M.T. de eşinin alkol bağımlılığı için tedavi görmesinin faydası olacağını düşünmektedir: “... Alkol bağımlılığı vardı. Psikolojisini de etkiliyordu. Akşam içiyordu, bambaşka biri. Sabah olunca sanki akşam yaşananlar hiç olmamış gibi. Hatırlamıyordu bile. Sanki akşamki adam değil de başka bir adam gelmiş gibi. Ama doktora gitmiyordu çok söylediğim hâlde. Her gece korkuyla yatardım içip içip gelecek, beni dövecek diye. Her gece de olurdu aynısı. Saçımdan tuttuğu gibi yataktan zorla kaldırıp girişirdi bana. Keşke tedavi alsaydı, daha farklı olurdu her şey...”

27 yaşında, üniversite mezunu Ş.D. psikolojik destek almanın çözüm olabileceğini şu ifadelerle bildirmektedir: “... Evliliği yoluna koyma adına ben eşime birlikte psikoloğa gitmeyi önerdim. Çok kötüydük, artık birbirimizin yüzüne bakmıyoruz. En ufak şeyimiz birbirimizin gözüne batıyordu. ‘Kızım adına gidelim, ayıp değil, günah değil, bu iyi bir şey, belki yuvamız kurtulur, atladığımız belki birçok şey var,’ dedim. ‘Eksimiz olmaz ama artımız olur,’ dedim ama o hiç yanaşmadı. Ben isterdim bu duruma gelmeden önce tedavi olalım. Gerekirse ben de, o da, ikimiz de. Kızımız için ne olursa olsun. Hiç yanaşmadı...”

Şiddetin önlenmesini sağlayacak olanın toplum eğitimi olduğunu belirten 26 yaşında, üniversite mezunu K.A., şiddet konusunda kendi farkındalığının da bir eğitim sonrası oluştuğundan bahsetmektedir: “... Ben 18 yaşındayken belediye çalışanları bir seminer verdi. İlk orada şiddet konusu konuşuldu. Ben ilk defa orada aldım bu bilinci. Öncesinde ben de bağırırdım küçük kardeşlerime, arada döverdim. O gün düşündüm, benim ne hakkım var bunu yapmaya? Bir daha ne fiziksel ne psikolojik, hayatımda kimseye şiddet uygulamadım...”

Araştırma sonuçlarına göre kadınların sığınmaevine başvurma nedeni sorulduğunda (“Sizin için sığınmaevine gelmenize neden olan, bardağı taşıran son damla neydi?” şeklinde sorulmuştur.) katılımcılar çoğunlukla

birden fazla neden belirtmiştir. Katılımcıların %61,8'i (n=34) ağır fiziksel şiddet görmesini; %23,6'sı (n=13) ölüm tehdidi almasını; %45,5'i (n=25) barınma ihtiyacını; %27,3'ü (n=15) psikolojik şiddete katlanamamasını; %5,5'i (n=3) tecavüze uğramasını neden olarak göstermiştir.

46 yaşında, ilkokul mezunu, 3. sığınmaevi deneyimini yaşayan H.Y., sığınmaevinde barınma ihtiyacının nedenlerini şu ifadelerle açıklamaktadır: *"... Kalmam gerekiyordu. Ölümle tehdit etti beni. İlkinde ölümle tehdit etti. İkincisinde kendim istemiştim, öldüresiye dövmüştü, ayrılmak istiyordum. Bu sefer de evden atılma nedeniyle geldim..."*

Araştırma sonuçlarına göre ekonomik zorlukları şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %70,9 olmuştur (n=39). Çocuk sahibi olmayı şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %72,7 (n=40), aile ve toplum baskısını şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %58,2 olmuştur (n=32). Şiddet uygulayandan korkuyu (Yaşam Hakkı Tehdidi) şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %61,8 (n=34) olarak belirlenmiştir. Kadınların çoğu birden fazla şıkkı şiddete katlanma nedeni olarak bildirmiştir. Kadınların bu konudaki ifadeleri aşağıda görülmektedir:

35 yaşında, ilkokul mezunu K.A.: *"...16 sene katlandım. Belki iyi bir hayatım olur, belki düzelir diye. Ama değişmedi..."* ifadeleriyle şiddetin geçici olacağına ve düzelebileceğine olan inancından bahsetmektedir.

44 yaşında, 14 yıllık evli, 3 çocuk sahibi D.Y. şiddete katlanmasındaki en büyük nedenin çocukları olduğunu ifade etmektedir: *"... Ben kendimden vazgeçtim onlar için. Her şeye çocuklarım için katlandım. Hâlâ da öyle..."*

53 yaşında, ortaokul mezunu A.K. de çocuk sahibi olmasının ve ekonomik özerkliği bulunmamasının ayrılma kararı alamamasında etkili olduğunu şu cümlelerle ifade etmiştir: *"... Çocuğum için izin verdim, babasız büyümesin, çok pişmanım. Genç olsaydım olaylar daha farklı olurdu. Benim ve kızımın geleceği daha parlak olurdu... Ekonomik gücüm olsaydı boşanmak daha kolay olurdu..."*

40 yaşında, 17 yaşındayken aile zoruyla evlendirilmiş, ilkokul mezunu F.M. de çocuk sahibi olması ve ekonomik bağımsızlığının bulunmaması

nedeniyle şiddete katlanmak zorunda kaldığını şu cümlelerle ifade etmektedir: “... *Hep çocuklarım için katlandım. Çocuklarım küçüktü. Çocuklara bakacak kimse yok, ben bıraksam gitsem olmayacak. Çocuklara bakacak maddi gücüm yok. Ha bugün ha yarın, ha bugün ha yarın, bugüne geldik...*”

Yapılan görüşmeler sonucu, evlenme şekillerine bakıldığında boşanmış, evli ve imam nikâhı ile birliktelik yaşayan 46 kadının %43,5'i (n=20) anlaşarak, %26,1'i (n=12) görücü usulü ve anlaşarak; %30,4'ü (n=14) aile zoruyla evlendirilmiştir. Akraba evliliklerinin evlilik yaşı küçüldükçe artması dikkat çekicidir. Yaş küçüldükçe görücü usulü ve aile zoruyla evlenme oranlarının da arttığı görülmüştür. 20 yaş altında evlenen 19 kadının yalnızca %26,3'ü (n=5) anlaşarak evlenmiştir. Kadınların %42,1'i (n=8) aile zoruyla, %31,5'i (n=6) görücü usulü ve anlaşarak evlenmiştir. 20 yaş altında evlenen 19 kadının %52,3'ü (n=11) eşin ailesiyle birlikte yaşamıştır. Genelde ise bu oran %34,5'tir. Aşağıda, kadınların zorla evlendirilmeye ilişkin ifadeleri yer almaktadır:

38 yaşında, aile zoruyla 15 ve 26 yaşlarındayken iki kere evlendirilmiş, 1 çocuk sahibi G.Z.: “... *İlk eşimle evlendiğimde görücü usulüydü, çocuktum. Benim aklım kesmiyordu ki, öyle bir düşüncem yoktu, 15 yaşındaydım. İkinci eşimle de annemin baskısı nedeniyle evlendim. O yüzden kırgınım aileme. 'Namazında, niyazında, evlenin gidin,' dediler. 26 yaşındaydım. Psikolojik şiddet uyguladı ailem o dönem bana...*”

40 yaşında, 17 yaşındayken aile zoruyla evlendirilmiş ilkokul mezunu F.M. o dönemki çaresizlik duygusunu şu cümlelerde dile getirmiştir: “... *Aile uygun gördü, biz de boyun eğdik...*”

54 yaşında, aile zoruyla 13 yaşındayken evlendirilmiş E.H.: “... *Babam doğruca beni götürdü evlendirdi. Ben kadın olmadan evlendim. Kan görmeden. İşkencelerle... 13 yaşında henüz çocuktum evlendiğimde. Her türlü şiddetten mağdurum ben. Kaynanamla kaynatamla aynı evdeydim. Onlardan, kocadan, hepsinden şiddet gördüm...*”

31 yaşında, 15 yaşındayken aile zoruyla evlendirilmiş, ilkokul mezunu G.A. evlenmeye mecbur bırakıldığı için vazgeçmek zorunda kaldığı

hayallerinden şu cümlelerle bahsetmektedir: “... Ben çok küçüktüm, ailemin zoruyla evlendim. Okulumdan çıkardılar, bir sürü hayalim vardı, hayalimdeki meslek... ‘Gideceksin, katlanacaksın, çekeceksin, çekmek zorundasın,’ dediler. Çocukların için her şeyi yapmak zorundasın, boyun eğmek zorundasın. Ama ben çocuklarım için ayrıldım aslında. Onlar çünkü çok kötü bir ortamda büyüyecekti... Bazen diyorum ki benim yaşıtlarım daha yeni evleniyorlar, yeni okul bitiriyorlar. Daha yeni iş hayatına atılıyorlar. Ben bir sürü şey yaşamışım, bitmiş gibi sanki her şey diyorum bazen... Elinizdeki kiyimetini bilin. Herkesin hiç görmezden gelip de yaşadığı şeyler belki bizim hayalimiz. Gerçekten, bir sofraya oturup yemek yemek, huzurla oturmak o sofraya, ne varsa evde. Bu bize lüks...”

Şiddet yaşamak yalnızca kadını değil, başta çocuklar olmak üzere evde yaşayan tüm bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Araştırma sonuçlarına göre çocuk sahibi olan 45 kadının eş/partnerinin çocuklarına fiziksel şiddet uygulama oranı %48,9 (n=22) iken çocukların %100’ü (n=45) psikolojik şiddete maruz kalmıştır. Kadınların ifadelerinde annesine yöneltilen şiddetin tanığı olan çocukların maruz kaldığı psikolojik şiddet de açıkça görülmektedir:

34 yaşında, aile zoruyla 18 yaşında evlendirilmiş, boşanma davası süren, 1 çocuk sahibi Ç.K.: “... Evlendikten sonra, çocuk iki yaşına girince şiddet başladı... Çocuk artık kulaklarını tıkıyordu, koltuğun arkasına geçip oturuyordu ağlıyordu. Çok korkuyordu. Beni sürekli ailemle, kendi canımla tehdit ediyordu. Tek düşündüğüm ondan kurtulmaktı, bir fırsat bekliyordum...”

28 yaşında, aile zoruyla 20 yaşında evlendirilmiş, boşanmış, 2 çocuk sahibi A.İ.’nin ifadelerinde şiddetin psikolojik olarak başlayıp fiziksel hâl aldığı görülmektedir. Gebelikte istismara uğrama sıklığının arttığını belirtmektedir. Aynı şekilde çocuklarının psikolojik şiddete maruz kaldığından bahsetmektedir: “... Bağırması oluyordu ama vurması evlendikten bir sene sonra başladı. Evi kırıp döküyordu. Kendine zarar veriyordu, kendini kesiyordu. Kızıma hamileyken başladı dövmeye. Gebeyken çok dövdü, arttı şiddeti. Çocuklarıma şiddet uygulamazdı, öyle bir baba değildi ama

çocukların yanında da yapıyordu. Bıçağı alıyordu, saldırıyordu üzerime. Çocuklarımın önünde hem de. O çocuklar da etkileniyordu hâliyle...”

44 yaşında, 14 yıllık evli, 3 çocuk sahibi D.Y.: “... Büyük kızım sürekli bana kızıyordu. ‘Niye bunları yaşıyorsun?’ Çünkü çocuklarımın yanında sürekli dövüyordu, bağırıyordu. Çocuklarıma da uyguluyordu bunu. Kızım da bana kızıyordu, ‘Niye çekiyorsun bunları, bizi de kurtarmıyorsun?’ diye...”

27 yaşında üniversite mezunu Ş.D.: “... Çocuğum da çok etkilendi. Onun önünde bağırıp çağırması psikolojik şiddet değil mi? Korktu, ağladı. Ne olursa olsun, bebek olsa bile algısı oluşuyor...”

40 yaşında, ilkokul mezunu F.M.: “... Sık değil. Ama şiddet ne kadar olursa olsun, hani deniyor ya, ‘Sinirlendim, öfkelen dim, o hatayı yaptım...’ Vardı şiddet çocuklarıma karşı...”

39 yaşında, ortaokul mezunu Z.C. şiddete karşı oldukları için çocuklarının da şiddet gördüklerinden bahsetmektedir: “... Çocuklarım beni koruduğundan şiddet oluyordu. ‘Korumayın annenizi,’ diye dövüyordu. Beni korumalarından rahatsız oluyordu...”

59 yaşında, lise mezunu B.D.: “... Çocuklarım çok etkileniyordu. Hem onlara şiddet uyguluyordu hem çocukların önünde beni dövüyordu. Bir gün öğretmeni beni görüşmeye çağırdı. ‘Sizin ailevi problemlerinizi mi var, bu çocuk zeki, başarılı bir çocuktı ama giderek geriye gitmeye başladı. Soruyorum, bir şey yok öğretmenim diyor ama ben anlıyorum. Evdeki olumsuz durumlar bu yaştaki çocukları çok etkiler,’ dedi...”

21 yaşında, lise mezunu Ş.Ş. şiddet gördüğünü ailesi ile paylaşmasına rağmen yalnız bırakıldığını, gebelikte de şiddet gördüğünü ve sonrasında çocuğuna şiddet uygulandığını şu cümlelerle ifade etmektedir: “... Evlendikten hemen sonra şiddet uygulamaya başladı. Ertesi günü ayrılmak istedim, evime dönmek istedim. Ailem izin vermedi. ‘Giden bir daha gelmez,’ dediler. Ben hamileyken de hiç kesilmedi. Bir gün dövdü yine, ağrım oldu, hastaneye götürmediler beni. Çocuğum oldu, lohusa hâlimle dövmeye devam etti. Bebeğimi korumaya çalıştım, kayınvalidem ona da şiddet uyguladı. Çocuğumun da şiddet gördüğünü görünce ve ben bunu engelleyemeyince dayanamadım artık. Sağlık kontrolü için çocuk doktoruna

götürdüğümde oradan söylediler sığınmaevlerini. Karakola yönlendirdiler, onlar da ŞÖNİM'e, oradan da İlk Kabul'e. Derken buraya geldik, çok şükür geldik. Çocuğum için, kendim için can derdine düşmeden ilgilimi verebiliyorum oğluma. Şimdi de kendi gördüğüm şiddet değil dert ettiğim, geçti gitti, buraya sığındık. Ama çocuğuma uyguladıkları şiddet hâlâ çok zoruma gidiyor..."

Kadınların %87,3'ü (n=48) fiziksel şiddet gördüğünü belirtmiş olup, birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği soruda %61,8'i (n=34) ağır fiziksel şiddet görmesi nedeniyle, %23,6'sı (n=13) şiddet uygulayanın ölüm tehdidinde bulunması nedeniyle sığınmaevine başvurmaya karar verdiğini belirtmiştir. Fiziksel şiddetin ölümcül boyutlara ulaştığına dair, bazı kadınların ifadeleri oldukça çarpıcıdır:

27 yaşında, boşanma sürecindeki N.T.: "... Bir gün ciddi kavga ettik. Beni boğdu, boynum mosmor. İki üç gün geçmiş, arıyor beni. 'Kalk git ablamın misafiri geliyor, sen de o ortamda bulun. Makyajını yap, süslen, boynunu kapat, kimseye belli etme, git oraya.' Dedim, 'Gitmek istemiyorum, zorla göndermeye çalışıyorsun.' Başladı tekrar 'Gideceksin, beni oraya getirme, geçen günden beter ederim seni, kapıya koyarım. Yemin ederim gelip oraya öldüreceğim seni.' Ve eşim gerçekten çok sinirli biri, dediğini yapıyor. Çok korkuttu beni, tehdit etti..."

27 yaşında, aile zoruyla evlendirilmiş A.D.: "... Evlenmeden önce de madde kullanıyormuş, o zaman bilmiyordum. Evlendikten sonra hem alkol hem madde bağımlılığını öğrendim. Evlenir evlenmez özellikle madde aldığı zamanlarda her türlü şiddeti uyguladı bana. 'Buradan gidemezsin, ölün çıkar,' derdi hep. Korkardım ama bu kadarını yapabileceğine inanmazdım. Sonunda dediğini yaptı. Bir gün yine öldüresiye dövdü beni, evden kaçtım. Aileme sığındım. O gün ailemden iki can aldı..."

37 yaşında, lise mezunu F.Ü. eşinin yaşattığı fiziksel ve psikolojik, çocuklarının yaşadığı psikolojik ve ailesinin yaşattığı psikolojik şiddet sonucu sığınmaevine başvurmasını şu ifadelerle anlatmıştır: "... Eşimle tartışmıştık. Beni defalarca aldattı, bunu biliyorum. Ama artık dayanamadım. Son aldatmasında tartıştık, beni öldüresiye dövdü. 'Çocukları burada bırakırsın,

babanın evine defolur gidersin,’ dedi. Çocuklar da ne yazık ki defalarca şahit oldu buna, keşke hiç şahit olmasalardı. ‘Ya bu duruma katlanacaksın ya da gideceksin,’ dedi. Ben de gitmeyi tercih ettim. Ayrılmaya karar verdim. Ailemin yanına gitmek istedim. Fakat çocuğumun birini istemediler...”

54 yaşında, aile zoruyla 13 yaşındayken evlendirilmiş E.H. yıllarca yaşadığı zorlu süreci şu ifadelerle anlatmaktadır: “... ‘Bana takılma ne olur, kurban olayım, ayağının altını öpeyim yapma,’ dedim. Yalvardım. ‘Sen de bana takılma öyleyse,’ dedi. ‘Ne olur yapma, ben orucum, Allah için yapma,’ dedim. Sandalyeyi aldı kafamda kırdı hocam. Nasıl kıyıyor çocuklarının anasına. Nasıl döneyim ben o eve, dönemem. Her gün yaşadım ben bu işkenceyi, her gün...”

26 yaşında, üniversite mezunu ve ailesinden gördüğü şiddet nedeniyle sığınmaevinde barınan K.A. babasından küçük yaşlardan itibaren fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddet görmüş. Ağabeylerinden yıllarca fiziksel ve cinsel şiddet görmüş. Gördüğü şiddeti şu ifadelerle anlatmıştır: “... Babam beni öldüresiye döverdi, kaç kez kaburgalarım kırıldı benim hocam. Ablamı ikinci kattan aşağı attılar, ölsün istediler üniversiteyi kazandığını duyunca. Böyle insanlar bunlar. Şiddet kendimi bildim bileli vardı. Benim okuma sebebim de oydu. Buradan kurtarmalıyım kendimi dedim. Beni burada ya sonunda öldüreceklerdi ya da intihar edecektim. Ben okumalıyım, okuyup kendimi ve kardeşlerimi kurtarmalıyım dedim...”

Kadınların %76,4’ü (n=42) cinsel şiddete maruz kalmış olup, %5,5’i (n=3) birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği soruda tecavüze uğraması nedeniyle sığınmaevine başvurduğunu bildirmiştir. Cinsel şiddete uğrayan kadınların ifadeleri aşağıda verilmiştir:

54 yaşında, ortaokul mezunu H.A. “... Evlendiğimde daha ben çocuktum. Tecavüz sonucu gebe kaldım her üç çocuğuma da...” cümleleriyle gördüğü cinsel şiddeti aktarmıştır.

58 yaşında, ilkokul mezunu H.K. gördüğü fiziksel ve cinsel şiddeti şu ifadelerle anlatmıştır: “... Şiddet, alkol ve başka şekilde zorlamaları oluyordu, cinsel. Ailesinde ne kadar tanıdık erkek varsa içkiliyken eve getiriyordu. Ben de artık dayanamaz hâle geldim gece yarısı erkeklerin eve gelmesinden...”

23 yaşında, kaçarak evlenen, evli kaldığı süre boyunca bir odada kilitli tutulup tecavüze uğrayan G.F. gördüğü fiziksel ve cinsel şiddeti şu ifadelerle anlatmaktadır: “... Bana işkence yapıyordu, bir odaya kilitledi. Her gün işkence yapıyordu, zorla ilişkiye giriyordu. Kafama vuruyordu, yumruk atıyordu. Dışarı çıkmama hiç izin vermedi. Annesi ve babası beni istemedi. Onlar da işkence yaptılar...”

29 yaşında, ilkokul mezunu, görücü usulü evlenmiş L.Y. gördüğü fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddeti anlatırken kendi gördüğü şiddetin yansıması olarak çocuklarına psikolojik şiddette bulunduğundan söz etmektedir: “... Çocuklarım için katlandım şiddete. Ailesinin de haberi vardı olan bitenden. Sürekli dayıları geliyordu, ona bağıryorlardı. ‘Çocuklarınız var, bir yerde durun, artık susun,’ diyorlardı ama sonra tabii evlerine gidiyorlardı. Gene şiddete devam. Kimse bir şey yapamıyordu ki. Gelip bağıryorlar, çağırıyolar, ‘Aklınızı başınıza alın,’ diyorlar, gidiyorlar. Adam gene kaldığı yerden devam ediyordu. Hiç huylu huyundan vazgeçer mi? Artık yeter, bittim dedim ben. Ben bunun yanında harcanacağım. Benim de bir canım var, her gece her gece aynı. Sabah kalkıyorum her yerim ağrıyor. Cinsel baskı da var. İstemediğim hâlde sürekli birlikte olmaya zorluyor, istemediğim şekillerde... Dedim bu mu beni yaratmış, yeter artık. Canıma tak etmişti, ben artık bunu çekemeyeceğim dedim. Ya intihar edeceğim, ya çocuklarıma zarar veriyorum benim psikolojim bozuluyor, çocuklarıma da yansıyor. Çocuklarıma da zarar veriyordum, olmuyordu yani. Çocuklar deli gibi olmuştu bizim içimizde. O yüzden sonlandırdım...”

Kadınların %98,2’si (n=54) psikolojik şiddete maruz kalmış olup, %27,3’ü (n=15) birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği soruda psikolojik şiddete artık dayanamaması nedeniyle sığınmaevine başvurduğunu bildirmiştir. Psikolojik şiddete uğrayan kadınların ifadeleri aşağıda verilmiştir:

26 yaşında, üniversite mezunu K.A. gördüğü şiddetin psikolojik yansımalarını şu sözlerle ifade etmiştir: “... Ben bu adam yüzünden yıllarca erkek arkadaşlarıma güvenemedim. Tüm erkekleri ağabeylerim, babam gibi bildim. Güvenilmez, beni incitecek dedim. Üniversitede Kadın Danışma’lara gittikçe, burada uzmanlarımla ve psikoloğumla konuştukça bazı şeyleri

anladım, güvenebilmeye başladım. Anormal olan benim babam ve ağabeylerimdi, dış dünyayı böylece yaftalamak doğru değildi...”

38 yaşında, aile zoruyla 15 ve 26 yaşlarında iki kere evlendirilmiş G.Z. eşinin patolojik kıskançlık davranışını şu cümlelerle ifade etmektedir: “... *Bir yandan öyle bir duygu durumu vardı ki, eşim beni kapıdan bacadan kıskanırdı, asla bırakmazdı. Zorla tesettüre soktu. Amcam beni niye başım açık görmüş, ben sütkardeşime niye el vermişim diye girişip dövüyordu mesela. Öyle aşırı bir kıskançlık. Babama, korkudan sarılamıyordum. Kapıya bacaya bakamıyordum. Öyle bir insandı, öyle bir ortamdı...*”

Kadınların %85,5'i (n=47) ekonomik şiddete maruz kalmıştır. İfadelerinde ekonomik bağımsızlığı olmayan kadınlar sıklıkla ekonomik açıdan zor durumda bırakıldıklarından söz etmiştir. Kadının çalışmasına izin verilmemesi, geçim sıkıntısı ve ev ihtiyaçları için gerekli paranın eşleri tarafından sağlanmaması başlıca örneklerdendir:

31 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş, 3 çocuk sahibi Y.S.: “... *Çok zorluk çektim. Çocuklarımla sorumlulukları benim üzerimdeydi. Onlarla ilgileneceksin, onların eksikliğini gidereceksin. Bunun için de harçlık bırakırdı ama asla yetmeyecek kadar...*”

34 yaşında, aile zoruyla 18 yaşında evlendirilmiş, 1 çocuk sahibi Ç.K.: “... *Harçlık vermiyordu, bir şey almıyordu. Markete gidiyorduk, burnumuzdan getiriyordu. Çocuğu orada hırpalıyordu...*”

24 yaşında, lise mezunu ancak çalışmasına eşi tarafından izin verilmeyen F.K. uğradığı ekonomik şiddeti anlatırken aynı zamanda ekonomik bağımsızlığı olması durumunda şiddet döngüsünün kırılabileceğinden şu ifadelerle bahsetmiştir: “... *Şiddet tabii ki önlenebilirdi. Ben de çalışmak istedim, o izin vermedi. Çalışabilseydim ekonomik bağımsızlığımı kazanırdım, şiddet döngüsünü bir yerde kırarak gücüm olurdu...*”

32 yaşında, sığınmaevine başvurmadan önce çalışmayan, lise mezunu K.K.: “... *Evdeyken de bir para verse hemen hesabını sorardı. ‘Parayı ne yaptın, nereye sakladın?’ Asla dediklerime inanmazdı. Evlilik bu*

değil mi? Ben sana vereceğim, sen bana vereceksin. Hayat müşterek ama müşterek değilmiş işte...”

46 yaşında, ilkokul mezunu, sığınmaevine başvurmadan önce çalışan H.Y. ekonomik şiddete karşı çıkması nedeniyle başlayan fiziksel şiddet, fiziksel şiddete karşı hukuki yola başvurmasıyla başlayan psikolojik şiddet ve evden ayrılıp sığınmaevine gelmesiyle başlayan siber şiddeti şu cümlelerle aktarmıştır: *“... İlk zamanlar elimden paramı da alıyordu. Sonra ben vermedim, reddettim. İlk bir sene vardı, ondan sonra parayı vermedim, dayak başladı. Eşimden davacı oldum ben, darp davası. Ceza aldı kendisi. Mahkeme açıldı, ceza aldı. Ondan sonra dayak olayı sonlandı, on yıldır fiziksel şiddet görmüyorum yani. Ama tehdit, zorbalık hep devam ediyor. Psikolojik olarak rahat bırakmadı ki beni, çok yıprattı. Ailesinin şiddeti de devam ediyor. Her gün her gün aynı aile şiddeti var. Direndim direndim ama olmadı. Buraya geldim. Halen, ‘Buluşalım, görüşelim,’ diyor, ulaşmaya çalışıyor, telefonla beni rahatsız ediyor, yeri geliyor tehdit ediyor...”*

26 yaşında, sığınmaevine başvurmadan önce çalışan fakat eşi çalışmayan I.Y. ekonomik şiddete uğradığını şu cümlelerle ifade etmiştir: *“... Eşimin fiziksel şiddeti yoktu. Eşim çalışmayarak şiddet uyguluyordu bana. Benim paramı da zorla elimden alıyordu...”*

47 yaşında, ortaokul mezunu H.C. maruz kaldığı psikolojik, ekonomik ve fiziksel şiddeti şu ifadelerle anlatmaktadır: *“... Bu adam bana evlilik süresince psikolojik ve ekonomik şiddet uyguladı. Evliliğin başında çalışıyordum, sonrasında çalışmama izin vermedi. Çocuk olduktan sonra esas agresif tavırlarını fark ettim. Ama düzelir, çocuğum için katlanmalıyım diye düşündüm hep. Bir de fiziksel şiddet yoktu ama ağzında hep tehdit, hep bir ‘Gidersen seni bitiririm’ lafı. Korktum bana zarar vermesinden. Nitekim öyle de oldu. Boşanıp çocuğumuzun velayeti de bana verilince, işte o gün ilk defa darp etti beni. Evime zorla girip öldüresiye dövdü...”*

54 yaşında, aile zoruyla 13 yaşındayken evlendirilmiş E.H. yaşadığı ekonomik şiddeti şu ifadelerle anlatmaktadır: *“... Birlikte tarlalara giderdik çalışmaya. Aldığım parayı eline vermeyi unutursam beni öldüresiye döverdi...”*

26 yaşında, üniversite mezunu, babası ve ağabeylerinden gördüğü şiddet nedeniyle sığınmaevinde barınan K.A. gördükleri ekonomik şiddeti şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Benim annem ve ablalarım çalışırdı tarlada tapanda, kazandıkları parayı getirip babama vermek zorundalardı. Üniversiteye gidene kadar ben de böyle yaptım. Orada bilinçlendim. Ne hakkı var benim parama el koymaya dedim. Bu adam bana babalık mı yapmış? Ben çıkarıp da paramı verir miyim ona? Karşı duruyorum artık. Kardeşlerimi ve annemi de bilinçlendirmeye çalışıyorum. Onlar da vermiyorlar artık. Verseler bile bir kısmını ayırıyorlar kenara...”

Kadınların %29,1'i (n=16) siber şiddete maruz kalmıştır. Kadınların ifadelerinde telefon aracılığıyla siber şiddet uygulandığı dikkat çekmektedir:

27 yaşında, boşanma sürecindeki N.T.: “... Ben sığınmaevine geldikten sonra da ulaştı telefonla. Başladı tehditler etmeye. ‘Sen oradan çıkacaksın, senin bilgilerin geliyor bize. Senin vaktin dolmuş orada, dışarı atacaklar,’ diyorlar. Korkutmaya çalıştılar...”

31 yaşında, boşanma sürecindeki G.A.: “... Sığınmaevine geldiğimden beri de telefonla rahatsız ediyor. Aslında yapmaması gerekiyor, benim koruma kararım var...”

Baba evinde şiddet gören kadınların bir kısmı şiddetten kurtulabilmek için evlilik yapmıştır. Eşleri tarafından da şiddete uğrayan kadınların bazılarında öğrenilmiş çaresizlik durumu görülebilmektedir:

13 yaşındayken aile zoruyla evlendirilmiş, 45 yaşında boşanıp tekrar ailesinin yanına dönmüş ve ailesinden şiddet görmesi sonucu komşularının polisi araması sayesinde sığınmaevine gelen S.T.: “... Boşandıktan sonra annemin yanına geçtim, köle gibi çalıştırdı beni. Sürekli lafta şiddet uyguladı, gücü yetse eminim döverdi de. Erkek kardeşim fiziksel şiddet de uygulardı. Ona da ses etmedi. Kızının iyiliğini düşünüyorsan koruyacaksın, değil mi? Benimki kader, babam dövdü, kocaya gittim, kocam dövdü. Adamdan sonunda ayrıldım, baba evine döndüm, babam ölmüştü, kardeşim dövdü. Ne yapsam olmadı, ne etsem yaranamadım...”

33 yaşında, ailesinden şiddet gördüğü için çözümü 19 yaşında evlenmekte gören ancak eşinden de şiddet gören T.S. yaşadıklarını şu

cümlelerle ifade etmiştir: “... Ben ağabeyim ve babamdan şiddet gördüğüm için, kaçmak için yaptım bu evliliği. O da bunun farkındaydı, ailemin yanına dönemeyeceğimi biliyordu. Bundan güç alarak şiddet uyguladı, fiziksel, cinsel... Sürekli tehdit etti, ‘Senden asla boşanmayacağım, beş yıl sürse de ayrılmayacağım. Seni süründüreceğim.’ Sonunda buraya sığındım. Kötü yazılmış kaderim...”

23 yaşında, ilkokul terk G.F.’nin ifadelerinde de öğrenilmiş çaresizlik görülmektedir: “... Ailem töredir. Babam beni sever, kıyamaz ama amcam beni bulursa öldürür. Adam beni kaçırdı, ben tecavüze uğradım, işkence ettiler. Ama bulursa ailem beni öldürecek. Namus temizleyecek. Sığınmaevinde kalmak zorundayım, ailem beni kabul etmiyor. Çok sıkıntıdayım. Bir türlü çözemiyorum. Mutlu olmak istiyorum, olamıyorum. Dayanamıyorum. Gidecek bir yerim yok, param yok. Diplomam yok diye beni işe almıyorlar. Çok sıkıntı yaşıyorum. Ailem, ‘Madem sığınmaevindesin biz seni böyle kabul etmiyoruz, git evlen,’ diyor. Ben burada kimseyi tanımıyorum ki, kiminle evleneyim?...”

Araştırma sonuçlarına göre kadınların %85,5’inin (n=47) sığınmaevine gelmeden önce polis başvurusu olduğu, %14,5’inin (n=8) ise polis başvurusu olmadığı görülmüştür. Polis başvurusu olan kadınların bazı olumsuz ifadeleri dikkat çekicidir:

35 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş ve eşinin ailesiyle birlikte yaşayan G.M. ifadelerinde kolluk kuvvetlerinin gerekli yönlendirmeyi yapmamasından yakınmaktadır: “... 10 sene önceydi. İlk sığınmaevine başvurma kararı verdiğimde bana çok kötü şiddet uygulamıştı. Kimse bilmezken ben sığınmaevine gidebilmek için karakola gittim ve karakol beni yönlendirmedi. Bana yardımcı olmadılar, ‘Bir şey olmaz, senin kocandır, geri dön. Geçer bunlar,’ dediler bana. Dayanamadım, ağlaya ağlaya söylememe rağmen hâlâ bana, ‘Şikâyetçi olacaksın, eşin duyacak,’ dediler. Hâlâ akıl sır erdiremiyorum nasıl böyle oldu, nasıl eve gönderdiler beni. Çaresizdim, hiç kimseye de gidemezdim. Yalvardım, yardım edin dedim, ‘Önce bir darp raporu alacaksın, sonra şikâyetçi olacaksın, sonra seni sığınmaevine götürebiliriz, önce bir araştırılacak,’ dedi polisler. Ben de,

‘Böyle bir şey olursa adam beni öldürür, şikâyetçi olup eve gideceğim, o da benim şikâyetimi duyacak. Yaşatmaz ki,’ dedim. Beni korkuttular karakolda. Dayanılmaz hâldeydim. Oradaki polis memuru bana dedi ki, ‘sen şikâyetçi olunca eşin bunu duyacak tabii ki ister istemez.’ Vazgeçirdiler beni. Evde bana zarar vermesin diye şikâyetçi olmaktan vazgeçtim. Geri döndüm o eve. Çaresizce eve dönmek zorunda kaldım. Şiddet görmeye mecbur kaldım. Maddi gelirim olmadığı için onun şiddetine maruz kaldım...”

13 yaşındayken aile zoruyla evlendirilmiş, bir dönem yurt dışında yaşamış S.T.: “... Yurt dışında dayak yediğimde komşular polisi aramışlar. Polis geldi beni götürmeye. Oranın polisi o kadar ilgili ki. Eşyalarımı toplarken dibimden ayrılmadı, kocası tekrar şiddet uygular düşüncesiyle. Ben başka odaya geçtikçe polis de benimle geldi, kapısında bekledi, adamı içeriye sokmadı. Türkiye’de de gittim polise kardeşimden dayak yiyince ama sığınmaevini bile söylemediler. Uzaklaştırma verdiler de kardeşim o eve gelmiyor mu, geliyor, yüz­süz. Her tarafımı morartmışsın, kemiklerimi kırmışsın, sen ne yüzle eve geliyorsun ki tekrar? Ama yüz­süz, arsız geldi. Polis o zaman, ‘Sen ailenden şiddet görüyorsun, sığınmaevine gidebilirsin,’ diyebilirdi ama demediler. Yıllar sonra başka kavgada tekrar komşular polisi aradılar da sığınmaevine gidebildim...”

Araştırma sonuçlarına göre eş/partner şiddetine maruz kalmış 52 kadının %38,5’inin (n=20) eşinde alkol ve/veya madde bağımlılığı mevcuttur. Bunların %70’i (n=14) alkol, %30’u (n=6) alkol ve madde bağımlısıdır. %3,8’inde (n=2) ise kumar bağımlılığı mevcuttur. Eşi kumar bağımlısı olan kadınların ifadelerinde, yaşadıkları zorluklar görülmektedir:

38 yaşında, aile zoruyla iki kere 15 ve 26 yaşlarında evlendirilmiş, 1 çocuk sahibi G.Z.: “... Eşimin kumar borçlarından dolayı sigortasız çalışmak zorunda kaldım. Kayınvalidem ve kayınlarım gelip derlerdi, ‘Seni 50 milyar borçlandırır, sakın ödeme, sigorta yaptıрма. Para çeker.’ Öyle bir huyu vardı çünkü. Eşimin korkusundan yapamadım... Tefeciler peşinde. Kendi yeri geliyor diyordu, ‘Organımı mı satayım?’ Ben korkudan çocuğumu dışarıya çıkaramıyordum. Çocuğumu kapıdan alıp kaçıracaklar, evi basacaklar.

Kaynım yüzüme dedi, ‘Yenge çek git, tefeciler gelecekler, ya namusun ya para diyecekler.’...”

26 yaşında, eşi kumar ve alkol bağımlısı F.C. yaşadığı zorlukları, psikolojik ve ekonomik şiddeti ve çocuklarının ekonomik imkânsızlık nedeniyle maruz kaldığı ihmal şu cümlelerle anlatmaktadır: “... Kumar bağımlısıydı, alkolikti. Yardım almasını istiyordum ama gitmiyordu. Sürekli kumar oynuyor ama herhangi bir işte çalışmıyordu. ‘Bir işe gir, 50 lira, 100 lira da olsa bir şeyler gelir,’ diyordum. Artık sürekli eve telefonlar geliyordu, ‘Bak evde güzel karın var, bize yönlendir,’ gibisinden. Eşimin kumar borçları yüzünden kuru ekmek yiyoruz, çocuklara şekerli su veriyorum, sürekli açlar...”

Araştırma sonuçlarına göre kadınların önceki hayata göre sığınmaevinden memnuniyeti sorgulandığında %94,5’i (n=52) daha iyi; %1,8’i (n=1) aynı; %3,6’sı (n=2) daha kötü olduğunu bildirmiştir. Aynı ve daha kötü seçeneklerini işaretleyen üç kadına nedeni sorulduğunda ise, polise yalnız başvurdukları ve sığınmaevine çocukları olmadan yerleştirildikleri, çocuklarının şiddet uygulayıcı ile yaşamaya devam ettiği ve bu nedenle tedirgin hissettikleri öğrenilmiştir. Aşağıda sığınmaevinden memnuniyetini ifade eden kadınların ifadeleri yer almaktadır:

24 yaşında, lise mezunu F.K.: “... Sığınmaevinden memnunum. Burada kendi başıma bir şeyler yapmayı öğrendim...”

43 yaşında, lise mezunu G.C.: “... Kıymet bilene burası çok iyi ama bilmeyene sadece barınma imkânı gibi düşünebilirsiniz...”

44 yaşında ortaokul mezunu D.Y.: “... İnanılmaz şeyler yaşadım evliliğim süresince. Burada rahatım. Kafa olarak rahatım burada. Böyle bir yerin varlığı büyük şans...”

19 yaşında, ortaokul mezunu H.D.: “... Tabii ki önceki hayatıma göre burası çok iyi. Burada bebeğim için uğraşıyorlar. Eksiklerini tamamlamaya çalışıyorlar. Babasının yapmadığı şeyleri yapıyorlar. Bu da benim psikolojik olarak daha iyi hissetmemi sağlıyor...”

27 yaşında üniversite mezunu Ş.D.: “... Kafam daha rahat, daha huzurluyum. Ben burayı asla kötülemiyorum. Sonuçta hiç kimsenin

yapmadığını devlet bize yaptı. Kalacak yerimiz olmadığı için buradayız. Hepsi çok iyi. Hele ki burası önce kaldığım yerden çok daha iyi. Burada herkes özgür, herkes saygılı, insanları anlıyorlar, kadına değer veriliyor. Fikirleri önemseniyor. Burası bir üniversite öğrencisinin yurdu, apartı gibi...”

26 yaşında, üniversite mezunu K.A.: “... Burası kadınlar için büyük şans. Bazısı farkında değil. Burayı sadece sığınacak bir yer olarak görüyorlar. Halbuki burada kendini geliştirebilirsin, bakış açını değiştirebilirsin. Uzmanlar, psikoloğumuz destek sağlıyor. Kendi ayaklarının üzerinde duracak, bağımsızlığını kazanmış şekilde çıkmalısın buradan. Şimdi ben de arkamdaki kardeşlerime destek olmaya çalışıyorum. Bazı şeylerin farkındalığını yaratmak için uğraşıyorum. İstiyorum ki onlar da okusun, o çevreden uzaklaşsın, bakış açıları gelişsin...”

Görüşmeler esnasında kadınların sığınmaevlerine ilişkin çevreden duydukları olumsuz ifadelerle aşağıda yer verilmiştir:

38 yaşında, ilkokul mezunu G.Z.: “... Kadın sığınmaevlerini biliyordum, duyuyordum ama hep bize kötü olarak anlatılıyordu. Kadın sığınmaevlerinde güvenlik erkekmiş, tecavüz ediyormuş. Ben buraya geldim hep kadın, şaşırdım...”

40 yaşında, lise mezunu D.T.: “... İlk sefer sığınmaevine gelirken çok tedirginlikle geldim. Aileme de dedim, ‘beni buraya götürüyorlar ama affedersiniz namusuma mı zarar gelecek, orada başıma ne gelecek hiç bilmiyorum.’ Çok korkarak gelmişim ama bu sefer tabii ki bilinçli geldim...”

35 yaşında, ilkokul mezunu K.A.: “... Önceden arkadaşlarım söylüyorlardı kadın sığınmaevlerinin varlığını. Ama kötü şeyler anlatıyorlardı. Çekiniyordum. Gel gör ki hiç öyle değilmiş. Her yönden destek veriyorlar...”

Eş/partnerde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık varlığının sorulduğu kapalı uçlu soruda ise birden fazla kadının ifadesinde benzerlik dikkat çekmiştir:

40 yaşında, ilkokul mezunu F.M.: “... İşte doktora gitse konulacak da, keşke gitse, kendini hiç o dallarda eleştirmiyor...”

59 yaşında, lise mezunu B.D.: “... Ah, ah. Tanısı konulacak bir vaka aslında eski eşim. Gitse doktora. Hiç gitmedi...”

31 yaşında, ilkokul mezunu G.A.: “... İlacı yok ama gitse kesin bir tanı konurdu. Eşim kumar bağımlısıydı. Uyuşturucu da kullandıysa bilgim yok o konuda. Alkolü vardı. Bence psikolojik hastaydı...”

35 yaşında, ilkokul mezunu K.A.: “... Sinir hastası ama gel gör ki yaptığını yapıyor, yapmıyorum diyor. Doktora gitmiyor ki ilaç versinler. Kabul etmiyor ki hasta olduğunu. Yapıyor ama yapmadım diyor...”

27 yaşında üniversite mezunu Ş.D.: “... Kendisi kabul etmiyordu. Çok agresifti. Araştırdım internetten, bu bir hastalıkmış. Gitmeyi kabul etmedi ki doktora...”

Aşağıdaki ifadelerde psikiyatri başvurusu olan şiddet mağduru kadınların kendilerine sığınmaevleri ile ilgili bilgi verilmemesi dolayısıyla yakınmaları görülmektedir:

47 yaşında lise mezunu S.T.: “... Psikiyatriste gittim. Çok ilgisizler. ‘Bu hayat senin, seçimini sen yap.’ İlacı yazıyor, hadi git, altı ay sonra gel. Şiddet görünce nereye başvurulur, bunun bilgisini bile vermiyor...”

34 yaşında, ilkokul terk M.T.: “... Psikiyatrye gitmişim hocam sıkıntıları için, bana ilaç verdi ama çok uyku yaptı, bir süre sonra bırakmak zorunda kaldım. Hiç söylemedi sığınmaevlerini. Ben bilsem o zaman evliyken, o şiddeti görürken çocuklarımı da alır çıkardım. Belki şu an durumum daha farklı olabilirdi...”

Aile hekimliğine başvuru, şiddet görüldüğü bilgisinin aile hekimi ile paylaşılmasına ilişkin dikkat çeken ifadeler aşağıda verilmiştir:

35 yaşında lise mezunu I.K. paylaşılanların gizli tutulacağına inanmaması nedeniyle, şiddete maruz kaldığını aile hekimiyle paylaşmamıştır: “... Aile hekimine pek fazla gitmedim. Çocuklar hasta olunca, ilaç yazdırmak için, raporlu ilaçlar için gittim. Aile hekimi yardım edemez çünkü ona söylediğim zaman direkt eşimin tarafına söylerdi. Bilirdi yani. Güvensizlikten söylemedim. Eşimle doktorun karısı aynı yerde çalışıyorlardı...”

25 yaşında, lise mezunu A.T. şiddet uygulayandan korku ve hekimle iletişim eksikliği nedeniyle şiddet gördüğünü aile hekimi ile paylaşmadığını şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Eşimden korktuğum için şiddet gördüğümü

paylaşmadım. Paylaşılanların gizli tutulacağına inanmıyordum. Ama eğer doktor sorsaydı, o güveni verseydi paylaşırdım...”

46 yaşında, ilkokul mezunu H.Y.: “... Aile hekimliğine eşim baş ağrısı, diş ağrısı için gider. Ben de aynı sebeplerle, üç ayda bir ancak giderdim. Hiç paylaşmadım şiddete uğradığımı. Aile hekimi de sormadı. Sorulmadığı için paylaşmadım. Aile hekimi bu işe bakıyor mu? Bilsem ilgileneceğini paylaşırdım. Aile hekimine gidiyorsun, şikâyetin nedir? Neyin vardı? İlaç yazıp gönderiyor. Erkek ya da kadın doktor fark etmiyor. Kan alıyor, ilacını yazıyor. Onun dışına çıkmıyor. Lüks gelir aile içi ilişkileri sormak. Sistemin boşluğu da var, insanın işini severek yapması da var...”

33 yaşında, ortaokul mezunu J.L.: “... Doktora nasıl söyleyeyim ki? O kadar işinin arasında bir de onun başını ağrıtmak istemedim...”

51 yaşında, ilkokul mezunu Ş.T. konunun aile hekimliğinin alanı dışında olduğu düşüncesini şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Doktor sormayınca ben de söylemedim, anlatmadım. Ne anlatacağım ki o sormadan? Psikiyatriste gitmiştim, ona anlatmıştım ama aile hekimi esas olarak bu işlere bakmadığından söylemedim...”

27 yaşında, üniversite mezunu N.T.: “... Çok iyi bir kadındı doktorumuz. Beni asla yalnız göndermezlerdi aile sağlığı merkezine. Genelde kayınbabam gelirdi, doktor hanım sürekli müdahale ederdi ona. Beni hiç konuşturmamaya çalışırdı, çocuğa aşı yapılacağında elimden alıp bebeği kendisi soymaya çalışırdı. Doktorumuz da derdi, ‘Beyefendi annesi cevaplasın, annesi soysun, siz karışmayın lütfen.’ ‘Yok,’ diyor, ‘o bilmiyor da.’ ‘Nasıl bilmesin, bu çocuğun bakımından esas sorumlu olan annesi. Bırakın annesi ilgilensin, karışmayın,’ derdi. Dışarıya hiç yalnız çıkarmıyorlardı, hapis hayatı gibi. Doktor hanım uyarınca kayınbabam çıktı dışarı. ‘Bu adam evde de mi böyle,’ diye sordu, şiddete uğrayıp uğramadığımı sordu. ŞÖNİM’i aramış, bilgi almış benim durumumda ne yapılabileceğiyle ilgili...”

40 yaşında, boşanma davası süren, ilkokul mezunu E.Ş. ise şiddet gördüğünü aile hekimi ile paylaştığını ancak hekimin herhangi bir yönlendirmede bulunmadığını belirtmiştir: “... Doktorumuza söyledim kocamın dövdüğünü, iki sene olmuştur. ‘Çocukların var gayrı ne yapacaksın,’

dedi. O yönlendirmeyince biz de bir şey yapmadık, bir daha konuyu da açamadım, kadını doktor bir de. Anlatsaydı ya, bu numaraları arayabilirsiniz, kadın konukevine gidebilirsin, polise başvurabilirsin. Hiç...”

28 yaşında, boşanma davası süren L.H.: “... Sığınmaevlerini bilmiyordum. Sağlık ocağında sürekli beni dövdüğünü aile hekimi görüyordu. Aile hekimi bir avukatı aradı, ‘Bu kadın benim hastam, sürekli eşinden şiddet görüyor, ne yapabiliriz?’ diye sordu. Avukat da kendisine bir numara verdi, ‘Bunu arayabilirsiniz, burası yardımcı olacak,’ dedi (ALO-183 Sosyal Destek Hattı). Aradım, konuştum. Dedim böyle böyle, ama ben çocuklara tecavüz ediyorlarmış diye duydum sığınmaevinde. Konuştuğum kadın beni rahatlattı, dedi ki, ‘Hayır, öyle bir şey yok.’ Sonra karar verdim, buraya geldim. Çocuklarımı da kurtarmak istiyordum, ben de kurtulmak istiyordum...”

35 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş G.M. ifadelerinde şiddet gördüğünü aile hekimi ile paylaştığını ancak kendisiyle gerekli bilgilerin paylaşılmadığını ve psikiyatriye yönlendirildiğini ifade etmiştir: “... Aile hekimine bir ağrı sızı olduğu zaman, rahatsız olduğumuzda gidiyorduk. Küçükken çocukların aşılarına da sık gidiyorduk. Bir keresinde gittim, psikolojimin bozuk olduğunu söyledim. ‘Bana bir ilaç yazar mısınız, sabaha kadar uyuyamıyorum,’ dedim. ‘Eşimin yüzünden böyleyim,’ dedim. ‘Böyle bir ilaç yazamam, sen psikiyatriye git,’ dedi. Bir kere gidip yardım istedim, kendimi açmaya çalıştım. Aile hekimi hiç ilgilenmeyince bir daha da yardım isteyemedim, bu sebeple başvuru yapmadım. Onlar da bize hiç bilgi vermedi. Böyle bir şey olduğunda aranacak numaralar, başvurulacak yerler, hiç öneride bulunmadı. Doktor söylediğim hâlde hiç önemsemedi, kaale almadı beni. ‘Psikiyatriye git,’ dedi tamam ama benim konuşmaya ihtiyacım vardı. Kestirip atmasaydı. Kime gideceğimi, ne yapacağımı bilmiyordum...”

34 yaşında, 1 çocuk sahibi Ç.K. utanma nedeniyle şiddete maruz kaldığını hekimle paylaşmadığını bildirmiştir: “... Aile hekimine günü gününe gidiyordum. Onların aramasına gerek kalmadan aşı kartındaki tarihleri takip ederek çocuğumu götürüyordum. Ama utandığımdan şiddet gördüğümü hiç söylemedim, ben pek konuşkan değilim. Annem bile benimle konuşmadığı için ben başkasıyla da rahat pek her şeyi konuşamıyorum. Biriyle konuşmam

için samimi olmam lazım. Yine de düşününce, çok bunaldığım zamanlar oluyordu. Doktorla o iletişimim olsaydı, doktor bana sorsaydı anlatabilirdim...”

31 yaşında, aile zoruyla 17 yaşındayken evlendirilmiş ve eşinin ailesiyle birlikte yaşayan Y.S.: “... Hiç paylaşmadım ki, adam sürekli peşimdeydi zaten. Vücudumda hâlâ morluklar geçmemişti, çok ateşlendim, doktora götürmek zorunda kaldılar. ‘Darp,’ dedi aile hekimi, hastane polisine haber verdi. ‘Darp değil,’ dedim, ağrı yok bunlarda. Maalesef yalnız gidemiyordum, onun yanında korkudan söyleyemezdim. Ama yalnız gidebilsem söylerdim. Şiddetle ilgili bir darp raporum yok, o zaman da inkâr etmek zorunda kaldığım için. Şiddet göürdüm, darp izleri geçene kadar hep başımda beklerlerdi karakola ya da hastaneye gitmeyeyim diye. Yalnız gidebilseydim aile hekimine yardım talebinde mutlaka bulunurdum. Hele ki bunu doktorun sorması çok iyi olurdu. En azından açılırdım, söylerdim, anlatırdım. Benim bildiğim aile hekiminin hele ki doğu tarafında bu tarz konuların üzerinde durması gerekiyor. Özel konuşması gerektiğini söylemesi gerekiyor. O konuda da çok göz yumuldu. Dile getirmek istediğim çoğu zaman oldu ama maalesef eşime ‘Sen çık, biz özel konuşmak istiyoruz,’ ya da ‘Sormak istediğim birkaç özel soru var,’ deyip eşimi çıkarmadı. Bir umutla bakardım çünkü doktorun gözlerine...”

27 yaşında, üniversite mezunu Ş.D.: “... Ben paylaşmayı çok severim ama eşim bunu duyarsa kıyamet demektir. Cesaret edemeyebilirdim doktor sorsa bile. Çünkü eşimi biliyorum, doktora bunu anlatmamı sıkıntı yapar...”

37 yaşında, lise mezunu F.Ü.: “... Çocuklarımla babası olarak düşündüğümünden, başta ayrılmayı düşünmediğimden bırakın doktoru, ailemle bile paylaşmamıştım. Ama şimdiki aklım olsaydı en büyük hastanelere de giderdim, darp raporumu alırdım...”

44 yaşında, ortaokul mezunu D.Y.: “... Hiç düşünmedim paylaşmayı. Paylaştığım zaman yardımcı olabileceğini bilsem, böyle bir şey olduğunu bilsem paylaşırdım. Yardımcı olunuyor mu bu şekilde paylaşıldığı zaman?...”

28 yaşında, lise mezunu A.İ.: “... Sormamıştı aile hekimim şiddete uğrayıp uğramadığımı. Bir de o iletişim yoktu aramızda. Olmayınca ben de nasıl anlatayım. Ama bekleme odasında, doktor odasında yönlendirmeler,

afişler olsaydı tabii ki çok güzel olurdu. Belki evde görmediğimiz şeyi orada görmüş olsaydık bir nebze de olsa bizi yönlendirecek şeyler öğrenmiş olurduk. Gideceğimiz yerleri bilirdik, konuşacağımız yerleri bilirdik. Ne gibi çalışmalar yapılabilirdi, aile içinde ne gibi çözümler yaratılabilirdi, bunları öğrenirdik. Bunların hepsi artı olabilirdi...”

29 yaşında, ilkokul mezunu L.Y.: “... İnsan derdini paylaşır, paylaştıkça rahatlıyor. Cana yakındı, konuşkandı aslında doktorumuz. Bana sorsaydı anlatırdım evde olanları, yönlendirmesini isteyebilirdim...”

27 yaşında, aile zoruyla evlendirilmiş A.D. eşinin yalnızken sağlık kuruluşuna başvurmasını engellediğini belirtmiştir: “... Sağlık ocağındaki doktorla nasıl paylaşasın... Aile hekimine hasta olsak da izin vermiyordu ki gidelim. Hastalıktan kırılacak oluyordu çocuk, ancak öyle gidiyorduk. O zaman da asla yalnız göndermiyordu. Bir gün doktor sordu, adamın tavırlarından şüphelendi muhtemelen. ‘İyi misiniz, evde her şey yolunda mı?’ dedi. Nasıl cevap vereyim ki, adam beni keserdi olumsuz bir şey söyleseydim. Paylaşamadım...”

24 yaşında, lise mezunu F.K. gizlilik endişesi nedeniyle hekim ile paylaşmayacağını ancak yazılı yönlendirmelerin faydalı olacağını belirtmiştir: “... Aile hekimi bana şiddete uğradığımı sorsaydı da söylemezdim. Gizli kalmayacağından endişe ederdim. Ama yazılı olarak bilgilendirmeler olsaydı bu farkındalığımı artırırdı...”

26 yaşında, üniversite mezunu K.A. sorgulama, yönlendirme ve toplumun bilinçlendirmesine yönelik çalışmaların faydalı olacağını bildirmiştir: “... Aile hekimliğinde bilgilendirme olması, doktorun muayenede bunları sorması, anlatması çok iyi olurdu. Ben önceden de böyle bir hakkım olduğunu bilseydim reşit olmadan Çocuk Yurdu’nda kalırdım. Ben okumaya gidince öğrendim, kendimi geliştirdim. Keşke aile sağlığı merkezleri toplumu bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar yapsa bu konuda. Keşke ailemin diğer kadınları da haklarını bilse. Katlanmak zorunda olmadıklarını bilseler...”

39 yaşında, ortaokul mezunu Z.C. şiddet gördüğünü aile hekimi ile paylaştığını ancak yönlendirmede bulunulmadığını şu cümlelerle ifade etmiştir: “... Aile hekimine çok gidiyordum. Eşim bana şiddet uyguluyordu.

Eşim bana vurmuştu, başımdan kaynar su dökülmüş gibi inanılmaz bir acı. İki gün sonra yemek de yiyemedim, ağzımı açamaz oldum. Acile gittik, film çekildi. Çenemin kısmı çıktığını söylediler. O zaman rapor tutulmadı. Sadece çene bandı aldık. Onu kullandım. Doktorlar, 'Ekmek yemeyeceksin, çerez, sakız...' Onları söylediler. Sonra aile hekimine gittim. Ben doktora dedim ki, 'Doktor bey bir tokat vurulursa ya da bir yumruk atılırsa yüze, çene çıkar mı?' Dedi, 'Tabii, etkisi olabilir.' Sadece ben onu sordum. O da 'Tabii, öyle bir şey varsa tetiklemiş olabilir,' dedi... Doktor daha yardımcı olabilirdi. Ben zaten korkuyordum eşimden. Sürekli şiddet uyguluyordu. Korkuyordum, konuşamıyordum. Belki eşimden de çekinmiş olabilir. O da kendince korkmuş olabilir. Eşimin duruşu da serttir insanlara karşı. Doktor da ondan korkmuş olabilir..."

47 yaşında, ortaokul mezunu H.C.: "... Aile hekimimizle, evliyken hiç paylaşmadım şiddet gördüğümü. Kendisi sormuştu ama nasıl söyleyeyim. Aile hekimliğinde çok yığılma oluyor, fiziki rahatsızlıktan öncelikle bahsediyorsunuz. Karşı tarafa kıyamıyorsunuz ki. Daha fazla vaktini almak istemedim. O yoğunluk nedeniyle sadece muayene olup çıksan ve muayene uzun sürse bile diğer hastalardan, 'Amma meşgul ettin!' diye fırça yiyorsun. Bu kadar yoğun olmasalar çok güzel bir alan. Tüm ailem kendisini ziyaret ediyor, gerçekten ailenin hekimi. Oğlumu doğumundan itibaren takip etti, çocuğun gelişimini izledi. Geçmişten günümüze hepimizin sağlık sorunlarını yakından biliyor. Bu anlamda çok iyi bir hizmet. Aile hekimi fiziksel sorunlardan vakit ayıramaz ancak aile sağlığı merkezlerinde aile psikoloğu olsa, bu da çok faydalı olur. Bilsen ki tek işi bu, kapısında yığılma olmayacak, o zaman paylaşabilirsin yaşananları. Yönlendirmesini isteyebilirsin. Güzel bir hizmet sağlamış olurdu devletimiz..."

21 yaşında, lise mezunu Ş.Ş. de gizlilik endişesi nedeniyle şiddet gördüğü bilgisini hekim ile paylaşmadığını belirtmiştir: "... Aile hekimini tanıımıyordum, evlendikten sonra başka şehre taşınmıştık. Eğer doğduğum büyüdüğüm yerde kalsaydım paylaşırdım. O doktorum beni çocukluğumdan beri tanır, sever. Ama yeni yerde sorsa da söylemezdim, korkardım anlattıklarımın eşim ve ailesine gideceğinden..."

35 yaşında, kırsal alanda yaşayan, ilkokul mezunu Z.B. de utanma nedeniyle şiddet gördüğünü ifade edememiştir: “... Çekiniyordum. Kadını doktor ama çekiniyordum. Başka doktora, psikolog mu diyorsunuz, gitmeye imkân yok ki bizim orada. Hiç de sormadı. Sorsa anlatırdım, o zaman çekinmezdim...”

31 yaşında, ortaokul mezunu S.E.: “... Aile sağlığı merkezinde broşürler dağıtılsa daha faydalı olurdu. Önceden öğrenmiş olurum polise gerek kalmadan. Daha önce gelirdim. Doktor eğer muayene sırasında sorsaydı da anlatırdım...”

35 yaşında, ilkokul mezunu K.A.: “... Keşke doktor sormuş olsaydı, yönlendirmiş olsaydı. Keşke böyle bir yerin varlığından daha erken haberim olsaydı. Belki ikinci hayatım olurdu. Böyle bir hayatım olmazdı. Zararın neresinden dönülse kârdır tabii. Kârdayım gibi hissediyorum şimdi. Bir anda nasıl cesaret ettim, nasıl yaptım bilmiyorum ama iyi ki yapmışım. Belki zamanla değişir dedim ama olmadı. Zaman değiştirmiyor...”

40 yaşında, lise mezunu D.T.: “... Aile sağlığı merkezinde muayenede rutin olarak sorgulansa şiddet mağduriyeti, yönlendirmeler yapılsa çok iyi olur. Hastaneye darp raporu almaya gittiğimizde ciddi sıkıntı yok, kırık çıkık yok diyorlar. Düşünün, ben en son beş altı ay önce darp gördüm. Kafamı vurdu yere, sokakta yerde sürükledi. Kafamda şişlik vardı. Hâlâ ‘Ciddi bir şey yok,’ diyorlar. Ben hıçkırı hıçkırı ağlıyorum, psikolojim bozulmuş. ‘Doktor bey daha ne olması lazım?’ dedim. Öldürmesi mi lazım? Şu an benim gözyaşlarım, buradaki hâlim, bunun hiç önemi yok mu? Bizim kanunda kitaplarda okuduğumuz çok farklı. Psikolojik şiddet, hakaret bile etse ki ben onlara güvenerek bu yola çıktım ama bin pişman oldum çıktığıma çünkü kanunda başka, uygulamada çok başka. Onun için alıştım artık, gidiyorum, biliyorum diyecekler ki kırık çıkık yok. Basit yaralamaya giriyor ya bunlar. Çok yaşadım, bunlar çok belimi büküyor... Doktor hiç söylemedi, broşürlerden öğrendim sığınmaevini, o bana çok kolaylık sağladı. Televizyon reklamlarından 183’ü arayın diyor ya, onların çok faydası oldu. Ama hâlâ uygulamada eksiklik var...”

31 yaşında, lise mezunu C.D.: “... Aile sağlığı merkezine çocuğumun aşıları ve kontrolleri için düzenli giderdik. Doktor ya da hemşire rutin olarak sorgulasa, yönlendirme yapsa, kadın sığınmaevlerini onlardan öğrensem doğru şekilde, çok farklı olurdu. Ailem çocuğumu istemediği için boşanma sonrası velayeti babasında kaldı. Keşke önceden bilseydim, burada çocuğuyla kalan kadınlar var. Ben de çocuğumla gelirdim, çocuğumu vermezdim...”

26 yaşında, lise mezunu F.C.: “... İkinci çocuğumu doğurduğum zaman aile hekimine gitmiştim, gözlerim şişti, dayak yemiştim. O zaman bana, ‘Sakin depresyon ilaçları kullanmaya kalkışma, kendini topla,’ demişti. ‘Sütünden olursun, üzülme, çocuklarına kim bakacak?’ demişti. Çok baskı yapıyorlar bana, sütün yetmiyor, çocuklara bakamıyorsun diye psikolojik olarak kayıinvalidem ve görümcelerim de şiddet uyguluyor demiştim. Evdeki fiziksel şiddeti zaten görüyordu, eşimin kumar sorunlarını biliyordu. Ama yönlendirmede bulunmadı. ‘Güçlü durmalısın, ele ayağa düşersen bu adam sana da çocuklarına da bakmaz, dik dur,’ dedi. Sığınmaevlerini bilsem çocuğum olmadan bitirirdim bu ilişkiyi, iyi olurdu aile sağlığı merkezinde doktorun ya da hemşirenin bunları anlatması, afişler olması...”

31 yaşında, ilkokul mezunu G.A. da aile hekimine eşiyile sıkıntıları olduğundan bahsettiğini ancak yönlendirmede bulunulmadığını belirtmiştir: “... Ben zaten ilaç kullanıyordum B vitamini iğnesi, onun için sık gidiyordum. Çocukları da rahatsızlıklarında önce aile hekimine götürüyordum, ezbere antibiyotik başlanmasın diye. Şiddet gördüğümü hiç sormadı. Ben kendi evimdeyken, ‘Doktor Hanım, bu ara çok sorunlarım var, çok sıkıntıları var eşimle. Rahatlatıcı bir ilaç kullanabilir miyim, daha az düşünmemi sağlayacak herhangi bir şey?’ diye açmaya çalışmışım konuyu. Sormadı ama neyin var diye. Kan tahlili istedi, o kadar...”

24 yaşında, üniversite mezunu G.H. yalnızca kadına şiddete maruz kalıp kalmadığının yeterli olmadığını ancak yazılı yönlendirmelerin faydalı olacağını belirtmiştir: “... Hekim rutin olarak sorsa iyi olmazdı bence. Psikolojik olarak kötü hisseder insan. Dışarıya yansıttığını düşünür. Yazılı olarak bilgilendirme olsa daha iyi olur. Aslında şöyle bir şey olsa daha iyi olur.

Yanıdaysa partneri kişinin, onun yanında sorması belki diğer tarafı harekete geçirebilir. 'Böyle bir şey demek ki fark ediliyormuş, bir sorun olduğu görülüyormuş,' diyebilir. Rahatsız edebilir diğer tarafı ve çekinir belki yapmaktan. Ama tabii sadece bayana sormanın faydası yok..."

54 yaşında, aile zoruyla 13 yaşında evlendirilmiş E.H. aile hekiminin evle ilgili sıkıntı olup olmadığını sorduğunu ancak gizlilik endişesi ve şiddet uygulayandan korku nedeniyle paylaşmadığını belirtmiştir: "... Aile sağlığında doktor sormuştu bana. 'Senin bu tansiyonun düzelmüyor, kontrol edemiyoruz, canın sıkkın, ne oluyor evde?' demişti. On beş gün düşüremedik tansiyonu. Diyemedim korkudan. Utandım da ama korktum beni öldürür diye. Ya doktor karısına dese, o arkadaşlarına dese, küçük yer. Adam duysa beni öldürür..."

29 yaşında, üniversite mezunu B.A. yazılı yönlendirmelerin önemine şu ifadelerle değinmiştir: "... Yazılı yönlendirmeler, broşürler, afişler çok önemli. Boş kaldığımızda, bir yolculukta bile olsa insan okuyor..."

40 yaşında, ilkokul mezunu İ.Y. de konunun aile hekimliğinin alanı dışında olduğunu düşündüğünden, şiddet gördüğünü aile hekimi ile paylaşmamıştır: "... Sağlık ocağında değil de psikiyatride paylaştım şiddet gördüğümü. Aile hekimi psikiyatride yönlendiriyor zaten, kendisi bakmıyor bu konulara. Psikiyatri de ilaç verdi ama bahsetmedi sığınmaevlerinden. Ben internetten araştırıp öğrendim..."

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan 55 kadının yaş ortalaması $35,76 \pm 10,88$ (ortanca:34, minimum:19, maksimum: 59) olarak belirlenmiştir. Kadınların %36'sı (n=20) 20-30, %33'ü (n=18) 31-40 yaş aralığında, %31'i (n=17) 40 yaş üzerindiydi. Aydın tarafından 2014 yılında Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevinde gerçekleştirilen çalışmada görüşülen 32 kadının yaşları 19-57 arasında olup kadınların 28'inin (%87,5) 20-30 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (66). Sallan Gül'ün 2008 yılında altı coğrafi bölgede bulunan 24 sığınmaevinde gerçekleştirdiği çalışmada ise kadınların %72,8'i 19-43 yaş aralığında olup kadınların %11'i 40 yaş ve üzerindedir (67). Kadın sığınmaevlerinde yapılan benzer çalışmalarda yaş grupları arasında benzerlik görülmemektedir. Her ne kadar şiddet nedeniyle kadın sığınmaevlerinde barınan 40 yaş üzeri kadın sayısı görece az olsa da, aslında kadına yönelik şiddetin belirli bir yaş grubu ile sınırlandırılmayacağı görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %50,9'unun halen evli olduğu görülmektedir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da sığınmaevlerindeki kadınların çoğunluğunun evli olduğu belirtilmiştir (68). İkili görüşmelerden edinilen bilgilere göre, kadınların büyük çoğunluğunun boşanma süreci devam etmektedir.

Çalışmaya katılan şiddet mağduru kadınların evlilik süresi değerlendirildiğinde, anlaşarak evlenen kişilerin evlilik süresinin görücü usulü ve aile zoruyla evlenenlere kıyasla daha kısa olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Benzer şekilde, anlaşmalı evliliğin aşk evliliğinden daha uzun sürdüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (69). İkili görüşmelerden edinilen bilgilere göre severek ve anlaşarak evlenen kadınlar, görücü usulü veya aile zoruyla evlenen kadınlara kıyasla şiddete uğradıklarında aile ve toplum baskısıyla başa çıkma ve ilişkiyi sonlandırma noktasında daha etkin ve kararlı davranabilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların %76,4'ü kent merkezlerinde yaşamaktaydı. Dünya Bankası verilerine göre, 2017 yılında ülkemizde

kentsel alanlarda yaşayan nüfus oranı %74,4'dür (70). Ülkemizdeki kentsel/kırsal nüfus dağılımı ile çalışmamızın yani şiddete maruz kalan popülasyonun nüfus dağılımı benzerlik göstermektedir. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2008 ve 2014) verilerine göre kentsel yerleşim yerinde yaşayan, eğitilmiş, meslek sahibi, yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar da dahil her kesimden kadının şiddet mağduru olabildiği gösterilmiştir (71, 72). Çalışma popülasyonumuzda da benzer sonuçlar görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %9,1'i (n=5) herhangi bir eğitim kurumundan mezun olmamış ancak okuryazardı; %30,9'u (n=17) ilköğretim mezunu, %27,3'ü (n=15) ortaokul mezunu, %21,8'i (n=12) lise mezunu, %10,9'u (n=6) üniversite mezunuydu. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), kadın sığınmaevinde barınan kadın sayısının eğitim seviyesi ile ters orantılı olduğu görülmektedir. Karamağ ve ark. daha yüksek eğitim seviyesi olan kadınların partner şiddetine daha az maruz kaldıklarını göstermiştir (73).

Çalışmamıza katılan kadınların eşlerinin/partnerlerinin öğrenim düzeyleri incelendiğinde, öğrenim durumu kendisinden daha yüksek eşi/partneri olan kadınların daha az oranda olduğu görülmektedir. Alper ve ark. tarafından kadın sığınmaevlerinde yapılan çalışmada eşi üniversite mezunu olan kadınların, eşi ilköğretim mezunu olan kadınlara göre, şiddet görme ihtimallerinin 1,7 kat daha az olduğu belirtilmiştir (68).

Eş/partner şiddetine maruz kalmış 52 kadının %38,5'inin (n=20) eşinde alkol ve/veya madde bağımlılığı mevcuttu. Bunların %70'i (n=14) alkol, %30'u (n=6) alkol ve madde bağımlısıydı. Yeni Zelanda'da, eş/partner şiddeti olaylarının %4-9'una alkolün neden olabileceği belirtilmiştir (74). Başka bir çalışmada, şiddet uygulayıcılarında alkol kullanım bozukluğu bulunmasının eş/partner şiddetinde sekiz kat artışa neden olduğu gösterilmiştir (75). Diğer bir çalışmada ise, alkol ve/veya kokain kullanımının şiddet uygulayıcılığıyla, esrar ve opioid kullanım bozukluklarının ise şiddet mağduriyetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (76). Katılımcılara şiddetin önlenmesinde yarar sağlayabilecek durumlar sorulduğunda, eşi/partneri alkol

ve/veya madde bağımlısı olan kadınların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla sıklıkta eşlerinin/partnerlerinin bağımlılık tedavisi almasının faydalı olacağını bildirdiği görülmüştür ($p=0,003$). Literatürde de şiddet mağduru gruplarda yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar izlenmektedir (74-76). Aynı zamanda eş/partneri alkol ve/veya madde bağımlısı olan bireyler, şiddeti önlemek adına aile hekiminden sorgulama ve yönlendirme beklemekte olduklarını bildirmişlerdir ($p=0,03$). İkili görüşmelerden edinilen izlenimlere göre, eş/partnerinde alkol ve/veya madde bağımlılığı olan kadınların, sosyal statülerinde sarsılma korkusu ile şiddet mağduru olmalarına rağmen hem eşlerinin bağımlılık durumunu hem de şiddete maruz kaldıklarını çevrelerinden gizlemek zorunda hissettikleri, ancak bu durumun çaresizlik hissini beraberinde getirdiği ve güvenilir bir paylaşma ortamı aradıkları görülmüştür. Bu noktada hasta-hekim gizliliğine duyulan güven ile hekimin kadına yönelik şiddet sorgulaması yapması durumunda kadınların hem şiddete hem de eşlerinin/partnerlerinin bağımlılığına yönelik yardım isteyebilecekleri görülmüştür. Arap kadınların da benzer beklentilere sahip olduğu, Usta ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada da gösterilmiştir (77).

Çalışmamızda yer alan, eş şiddeti gören kadınların %80,8'inde şiddet evlilik sonrası ilk iki yıl içinde başlamıştır. Şiddetin birlikteliğin ilk dönemlerinde ortaya çıkmasına ve giderek artmasına rağmen kadınların resmi kurumlara başvurusundaki gecikmeler gerek bireysel gerek kurumsal destek eksikliğini göstermektedir. Toplumda genel bakış açısı aileyi bir arada tutmak ve her ne yaşanırsa yaşansın kadının evine dönmesini sağlamak olduğu müddetçe, şiddet karşısında kadın umutsuz ve yalnız bırakılmaktadır (72).

Eş/partner şiddeti gören kadınların ilişkilerini sonlandırmasının ani bir karardan ziyade bir birikim sonucu olduğu gösterilmiştir (78). Fakat unutulmamalıdır ki, kadının şiddet gördüğü ilişkisini sonlandırması, şiddetin de sonlanması anlamına gelmemektedir (79). Yine ikili görüşmelerde kadınlar eşinden/partnerinden ayrılrsa bile onu tekrar bulacağı korkusundan

bahsetmişler, hatta bir kısmı sığındıkları yerlerde tekrar şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2008) dahilinde kadınlarla yapılan görüşmelerde şiddetin nedenleri 6 başlık altında toplanmıştır. Bunlar; ilişkide yaşanan sorunlar, psikolojik sorunlar, ekonomik sorunlar, erkeğin kötü alışkanlıklarından kaynaklanan sorunlar, özellikle erkeğin ailesi olmak üzere ailelerden kaynaklanan sorunlar, kıskançlık ve aldatmadan kaynaklı sorunlar olarak kategorize edilmiş ve çoğu zaman bu durumların iç içe geçtiği gözlemlenmiştir. Kadınların şiddet karşısında kesin bir adım atmasını engelleyen durumlar ise şiddetin geçici bir durum olarak düşünülmesi, destek yoksunluğundan ileri gelen çaresizlik hissi, utanma, çocuk sahibi olmak ve toplumun aile içi şiddete bakışı olarak belirtilmiştir (72). Çalışmamızda da çocuk sahibi olmak, ekonomik sorunlar, şiddet uygulayanın yaşam hakkını tehdit etmesi ve aile-toplum baskısı öne çıkan başlıklardır.

Şiddet uygulayanla ilişkiyi sonlandırmak yaralanma riskini artırabileceğinden, hekimlerin hastalarını ilişkiyi bırakmaya teşvik etmemeleri önerilmektedir. Kadınların ilişkiyi sonlandırma kararıyla başvurması durumunda ise güvenlik planı oluşturulmasına ve uygulanmasına, kamu ve toplum kaynaklarından faydalanmasına yardımcı olunmalıdır (80).

Çalışmamıza katılan kadınların %18,2’si (n=10) çocuk sahibi değildir. Çocuk sahibi olan 45 kadının çocuk sayısı 1 ile 7 arasında değişmekteydi (ortanca:1). Çocuk sahibi olan 45 kadının eşinin/partnerinin çocuklarına fiziksel şiddet uygulama oranı %48,9’du (n=22). Çocukların %100’ü psikolojik şiddete maruz kalmıştı. Parkinson ve ark., eş/partner şiddetine uğramış annelerin çocuklarının, şiddet görmemiş annelerin çocuklarına kıyasla fiziksel ve/veya psikolojik olarak 57 kat daha fazla zarar gördüğünü ifade etmişlerdir (81).

Her on kadından birinin 15 yaşından önce siber şiddet mağduru olduğu bilinmektedir (82). Görece yeni tanımlanmış bir şiddet türü olan siber şiddet daha erken yaşlarda karşımıza çıkmaktadır. Fakat çalışmamızda siber şiddet mağdurlarının yaş dağılımının çok geniş bir dilimde olduğu

görülmüştür. Bu nedenle siber şiddet uygulayan eşlerin/partnerlerin yaşları değerlendirildiğinde, yaş ve siber şiddet uygulayıcılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadığı görülmüştür. Bu sonuç, günümüzde muhtemelen teknolojinin ulaşılabilirliğinin ve yaygınlığının artmasıyla, siber şiddetin ilk tanımlandığı zamanlara göre daha geniş yaş dağılımında görülmesine neden olduğu izlenimi vermektedir. Bulgularımız da siber şiddetin her yaş grubunda olabileceğini göstererek bunu desteklemektedir.

Çalışmamızda psikolojik şiddete maruz kalan kadın oranı %98,2 (n=54); fiziksel şiddete maruz kalan kadın oranı %87,3 (n=48) idi. İlişkide istismarın genellikle psikolojik istismar olarak başladığı ve sıklıkla fiziksel hâle gelebildiği bilinmektedir. Fiziksel şiddet mağduru kadınların çoğu, zaman içinde tekrar ve tekrar şiddete maruz kalmaktadır ve istismarın olduğu bir ilişkide kadın sürekli bir sonraki şiddetin korkusuyla yaşamaktadır (32). Eş/partner şiddetinin fiziksel ve mental sağlık üzerindeki olumsuz etkileri şiddet türü ve epizodu arttıkça kümülatif olmaktadır ve şiddet sonlansa bile uzun süre devam etmektedir (32). Eş/partner şiddeti birçok sağlık problemine yer açmasının yanı sıra, şiddetin derecesi arttıkça sağlık risklerini daha da artıran olumsuz sağlık davranışlarını tetiklemektedir. Bunlar arasında prezervatif kullanımında azalma, sağlıksız cinsel partner seçilmesi, çoklu seks partneri, seks ticareti gibi yüksek riskli cinsel davranışlar; sigara bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve madde kullanımı; aşırı yeme, kusma, kilo vermek amacıyla ilaçların kötüye kullanımı; sağlık önerilerine uymama gibi olumsuz sağlık davranışları gösterilebilir (83, 84). Coker ve ark. tarafından aile hekimliği kliniklerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada, eş/partner şiddeti öyküsü olanlarda, olmayanlara kıyasla engellilik insidansında iki kat artış olduğu saptanmıştır (85). Eş/partner şiddeti gören bazı hastalar eşlik eden depresyon ve kronik ağrı dahil olmak üzere sıklıkla somatik şikâyetlerle başvururlar. Sorunların çözülmesi zor olsa ve uzun zaman gerektirse dahi, bu hastalarda destek ve devamlılığın sağlanması oldukça önemlidir. Şiddete maruz kalındığının açıklanması ve temel nedenlerin ele alınmasını takiben somatik şikâyetlerde azalma olabileceğini gösteren kanıtlar mevcuttur (36). İngiltere’de başlangıçta ruhsal bozukluğu

olmayan kadınların incelendiği retrospektif bir kohort çalışmasında, eş/partner şiddetinin anksiyete bozukluğu, depresyon ve şizofreni dahil olmak üzere psikotik bozuklukların ortaya çıkış riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (86). Eş/partner şiddeti yaşayan kadınlarda alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozuklukları, intihar girişimi, düşük benlik saygısı, aile ve sosyal sorunların görülme sıklığı artmaktadır (87). O'Leary, psikolojik şiddetin genellikle fiziksel şiddetten önce geldiğini ve psikolojik şiddetin sonuçlarının fiziksel şiddetin sonuçları kadar zararlı olabileceğini öne sürmüştür (88). Çalışmamıza katılan kadınlarla yapılan ikili görüşmelerde kadınlar en az fiziksel şiddet kadar psikolojik şiddetin varlığından bahsetmişlerdir. Çalışmamızda kadınların %43,6'sının (n=24) sığınmaevine gelmeden önce psikolog ve/veya psikiyatrist başvurusu olduğu; %56,4'ünün (n=31) psikolog ve/veya psikiyatrist başvurusu olmadığı öğrenilmiştir. Aile hekimliği disiplininin özelliklerinden biri de, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele almasıdır. Disiplin tüm bu boyutları aynı anda tanımak, sorgulamak ve her birine gereken önemi vermek zorundadır (7). Şiddetin neden olduğu psikiyatrik hastalıkların sıklığı ile ruh sağlığı ve hastalıkları çalışanlarına başvuru düşüklüğü göz önüne alındığında, birinci basamak hekimliğinde psikolojik değerlendirmenin önem kazandığı düşünülebilir. Çalışmamızda şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin rolünün sorgulandığı açık uçlu soruda kadınların %34,5'i (n=19) ASM'de psikolojik destek sağlanmasının faydalı olacağını belirtmiştir.

Çoğu şiddet türünün altında yatan psikolojik dinamik, mağdurun istismarcı tarafından güç ile kontrolüdür ve heteroseksüel ilişkilerde şiddet mağduru, yüksek oranda kadınlardır (32). Şiddeti sürdüren kültürel normları değiştirmek için toplumsal düzeyde çalışmalar giderek artmaktadır. Kültürel tutumlarda değişiklik oluşturmaksızın yapılan yasal reformların etkisi sınırlı kalmaktadır (89, 90). Toplumun cinsiyet rollerine bakışı değişmedikçe, şiddet sorununun yalnızca yasalarla güvence altına alınmasının yeterli olmayacağı aşîkârdır. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2008)

kapsamında kadınların yarıya yakınının 'kadının eşiyle tartışmaması' ifadesine katıldığı görülmüştür. 'Kadın istemese bile cinsel ilişkiye girmek görevidir' ifadesine ise kadınların %31'inin katıldığı görülmektedir (72). Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılması ana hedef olmalıdır. Çalışmamızda ikili görüşmelerden edinilen bilgilere göre şiddetin önlenmesinin tek yolunun toplumda zihniyet değişikliği ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması olduğunu bildiren ifadeler mevcuttur.

Çalışmamızda eş/partner şiddeti gören kadınların %90,4'ünde (n=47) şiddet çocuk sahibi olmadan; kadınların %1,9'unda (n=1) şiddet gebelik esnasında; %7,7'sinde (n=4) ise çocuk sahibi olduktan sonra başlamıştır. Eş/partner şiddetinin gebelik ve postnatal dönemde arttığı bilinmektedir. Gazmararian ve ark. çalışmasında gebeliklerin %7-20'sinde fiziksel şiddet görüldüğü bildirilmiştir (91). İstenmeyen gebeliği olan kadınlarda, planlı gebeliklere göre fiziksel şiddet riski üç kata kadar daha yüksektir (92). Şiddet mağduru gebelerin, benzer demografik özelliklere sahip ancak gebe olmayan kadınlara göre üç kat daha fazla cinayet kurbanı olma riski olduğu gösterilmiştir (93). Gebelikten önceki sene eş/partner şiddeti mağduru olan kadınlarda gebelik süresince yüksek tansiyon veya ödem olasılığının arttığı, vajinal kanama, hiperemesis gravidarum, dehidrasyon, üriner sistem enfeksiyonları, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek ve bebekte yoğun bakım ünitesi ihtiyacı gelişme riskinin arttığı gösterilmiştir (94). Postpartum depresyon riski gebelikte psikolojik ve/veya fiziksel şiddet yaşayan kadınlarda 2-3 kat daha fazladır (95). Eş/partner şiddeti taraması doğum öncesi bakımın önerilen bir parçasıdır ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists) tüm kadınların obstetrik muayene başvurularında eş/partner şiddeti için taranmasını önermektedir (96). Birinci basamak sağlık hizmetleri gebe takibinde de eş/partner şiddeti taramasının muayenenin rutin bir parçası olması önerilebilir.

Çalışmamızda fiziksel şiddete maruz kalan kadın oranı %87,3 (n=48) iken cinsel şiddete maruz kalan kadın oranı %76,4 (n=42) idi. Fiziksel şiddet

gören kadınların %87,5'i (n=42) aynı zamanda cinsel şiddet mağduruydu. Fiziksel şiddet görmeyen 7 kadının hiçbiri cinsel şiddet de görmemişti. Eşinden/partnerinden fiziksel şiddet gören kadınlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta cinsel şiddet de görmekteydi ($p<0,001$). DSÖ sponsorluğunda fiziksel ve cinsel eş/partner şiddetini araştırmak için 10 ülke ve 15 bölgede 24.000'den fazla kadınla gerçekleştirilen araştırmada yaşam boyu fiziksel veya cinsel şiddet yaygınlığı %15 ila %75 arasında bulunmuştur (6 bölgede ise prevalans %50-75 olarak saptanmıştır). Neredeyse tüm bölgelerde partner tarafından uygulanan fiziksel veya cinsel şiddet riski diğer tüm şiddet tiplerinin riskini aşmıştır. Çoğu bölgede kadınların yüzde %30-56'sı hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalmıştır (97). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008 ve 2014 verilerine göre yaşamının bir döneminde fiziksel şiddete uğrayan kadın oranı sırasıyla %39 ve %36; cinsel şiddete maruz kalma oranı ise sırasıyla %15 ve %12'dir. Kadınların %38 (2014) ila %42'sinin (2008) ise iki şiddetten en az birini yaşadığı, cinsel şiddetin sıklıkla fiziksel şiddetle birlikte yaşandığı görülmektedir. Evli kadınların %44'ünün (2008 ve 2014 verisi) yaşamının bir döneminde duygusal şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada yaşamı boyunca her dört kadından birinin ekonomik şiddete uğradığı belirtilmiştir (71, 72). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2008), yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddet sonucu yaralanma sıklığının 15-24 yaş arası evli kadınlarda %19,5 iken, 45-59 yaş arası evli kadınlarda %26,8 olduğu ve şiddete maruz kalma sıklığının kümülatif olarak artış gösterdiği görülmektedir. McFarlane ve ark., fiziksel şiddete uğrayan kadınların %68'inin cinsel şiddete de uğradığını belirtmişlerdir (98). Christians'ın Cape Town'da birinci basamak kliniğinde gerçekleştirdiği çalışmasına katılan 5 kadının hepsi fiziksel şiddete maruz kalırken 3'ü cinsel şiddete de maruz kalmıştır (99).

Çalışmamızda kadınlara şiddete katlanma nedenleri sorulduğunda çocuk sahibi olmaktan sonraki en sık sebep ekonomik zorluklar olarak belirtilmişti (%70,9, 39 kadın). Hampton ve Gelles, kendi toplumlarında siyahi ailelerde, kocanın işsizliğinin en yüksek evlilik içi şiddet oranına neden

olduğunu belirtmişlerdir (100). Bunun yanında çalışmamızdaki kadınların eşlerinin/partnerlerinin çalışmama oranı %23,1 idi. Hotaling ve Sugarman, sosyoekonomik durumu evlilik içi şiddet için bir risk göstergesi olarak tespit etmiş ve çiftin gelir seviyesi ile sosyal sınıfı ne kadar düşük olursa, şiddet riskinin o kadar yüksek olduğunu belirtmişlerdir (101).

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayı şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %72,7'ydi (n=40). Aile ve toplum baskısını şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %58,2'ydi (n=32). Şiddet uygulayandan korkuyu (Yaşam Hakkı Tehdidi) şiddete katlanma nedeni olarak belirten kadın oranı %61,8'di (n=34). Dini inançlarını hiçbir kadın şiddete katlanma nedeni olarak göstermemiştir. Literatürde de çoğu şiddet mağdurunun intikam korkusu, ekonomik bağımsızlığının bulunmaması, çocuklarının olması, gitmek için uygun bir yer olmadığını düşünmesi, şiddetin biteceğine olan inanç ya da şiddeti yaratanın kendi davranışları olduğuna inanmak nedenleriyle eşini/partnerini terk etmeye hazır hissetmediği görülmüştür (99). Kadınların şiddet uygulayanın pişmanlık ifadelerine ve istismar edenin davranışlarını değiştireceğine dair sözlerine inanması da neden olarak gösterilmiştir (1).

Daha önce yapılan araştırmalarda şiddet gören kadınlara ilişkilerini neden sonlandırmadıkları sorulduğunda ekonomik bağımsızlık korkusu, çocukları için endişelenme, duygusal bağımlılık, çevre desteğinin olmayışı ve şiddet uygulayan eşin/partnerin değişeceğine inanma cevapları alınmıştır (102). Çalışmamızda ise alınan temel cevap, çok yüksek oranda, çocuk sahibi olmak idi (%72,7).

Çalışmamızda katılımcıların %71,7'si ailesi ile, %24,5'i arkadaş çevresi ile şiddet gördüğünü paylaşmış ve yardım istediğini belirtmiştir. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2008) fiziksel veya cinsel şiddet yaşayan kadınların %49'unun şiddet gördüğünü kimse ile paylaşmadığı, %34'ünün kendi aileleri ile paylaştığı, %22'sinin arkadaşları ve komşuları ile paylaştığı bildirilmiştir. Ailesi veya yakın çevresi ile paylaşan çoğu kadının destek bulamadığı, ailesinin çoğunlukla yuvasını dağıtmaması ve idare etmesi yönünde telkinde bulunduğu bildirilmiştir. Kadına yönelik

şiddetin yaygınlığına rağmen kadınların şiddet deneyimleri ve şiddetle mücadelelerinde yalnız kaldıkları vurgulanmıştır (72). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2008), çalışmamızın sonuçlarıyla bu anlamda benzerlik göstermektedir. Kadınların çok azı destek amacıyla kurum ve kuruluşlara başvurmaktadır. Bu sonuçlar ışığında da aile hekimlerinin kadına yönelik şiddeti sorgulaması ve yönlendirme yapması makul görünmektedir.

McCauley ve ark. tarafından iç hastalıkları birinci basamak uygulamalarına başvuran 1952 kadının katılımıyla gerçekleştirilen eş/partner şiddeti prevelansı çalışmasında her beş kadından birinin yaşamının bir döneminde şiddete uğradığı görülmüştür (103). Bu yüksek prevelansa rağmen şiddete uğramış kadınlar nadiren bu durumu anlatmaya gönüllü olmaktadır ve kadınların yalnızca üçte biri istismarı hekimleri ile paylaşmaktadır (65, 103, 104). Bizim çalışmamızda sığınmaevinde barınan kadınların yalnızca %11’i (n=6) şiddet gördüğü bilgisini hekim ile paylaşmıştır. Şiddet görüldüğünün hekim ile paylaşılma sıklığının literatüre göre düşük olma nedenlerinin irdelenmesi; ülkemizde aile hekimliği sisteminde sağlığın biyopsikososyal ve varoluşçu yönleriyle ele alınabilmesi ve sağlığın olumsuz etkilendiği her koşulda hastaya destek sağlanabilmesi açısından önem arz etmektedir.

Stöckl ve ark., 66 ülkeden verilerin sunulduğu sistematik derlemede cinayetlerin %13,5’ini eş/partner şiddetine atfetmiştir (105). Aynı çalışmada eş/partner şiddeti ile bağlantılı kadın cinayetlerinin, erkek cinayetlerinden 6 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Crandall ve ark., çalışmalarında eş/partneri tarafından öldürülen kadınların tıbbi hikâyeleri incelendiğinde, %44’ünün cinayetten önceki iki yıl içinde acil servisi ziyaret ettiği ve %93’ünün en az bir kez yaralanma nedeniyle acil servise başvurduğunu göstermişlerdir (106). Buna karşılık kadınların yalnızca %4’ü önceki yıl içinde kadın sığınmaevinde belli bir süre barınmıştır. Bu çalışmada da görüldüğü gibi, şiddetin önlenmesinde, kadın cinayetlerinin önüne geçilmesinde sağlık hizmet sunucularının müdahale fırsatı bulunmaktadır.

Ülkemizde özellikle 1980'li yıllarda gündeme gelmeye başlayan kadına yönelik şiddet/aile içi şiddet konularındaki farkındalığın halen yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir (4). Bu farkında olmama durumu ne yazık ki sadece katılımcılar arasında değil, aynı zamanda ikili görüşmelerden öğrenildiği kadarıyla katılımcılar ile ilişkide olan aile bireylerinde, aile hekimlerinde ve kolluk kuvvetlerinde de bulunmaktadır. Hatta bu farkında olmama durumu kadına yönelik şiddetin önlenmesinden şiddet sonrası barınaklara kadar olan tüm basamakları kapsamaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre, kadına yönelik şiddette son basamak ya da rehabilitasyon ve kadınların kendi ayakları üzerinde durarak topluma katılımının sağlanması sürecinin en temel kısmı olan sığınmaevlerinden haberdarlığın da yetersiz düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılara kadın sığınmaevlerinden nasıl haberdar oldukları sorulduğunda alınan cevapların geniş bir skalaya sahip olduğu görülmüştür. Bunlar arasında, şiddetin katlanılamayacak boyuta gelindiği zaman başvuru kolluk kuvvetleri tarafından sığınmaevlerine yönlendirme yapılması ve kadının istismarının çevredeki insanlar tarafından farkedilip bilgilendirilmesinin en yüksek oranda olduğu görülmüştür. Öğrenim düzeyine göre sığınmaevlerinden haberdar olunma şekli sorulduğunda öğrenim seviyesi yükseldikçe farkındalığın daha çok internet kaynaklı olması beklenirken bu grupta da şiddetin katlanılamayacak seviyeye ulaşması sonucu kolluk kuvvetlerine başvuruda sığınmaevleri hakkında bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Kitle iletişim araçları arasında, her ne kadar çok yetersiz seviyede olsa da, sırasıyla televizyon, internet ve gazetenin sığınmaevleri hakkında haberdarlığı artırdığı gözlenmiştir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet (2008) araştırmasında kadınlara şiddete karşı ne yapılabileceği kadınlara sorulduğunda bir bölümü bir şey yapılamayacağını söylerken bir bölümü ne olursa olsun erkeğin karşısında durmak (tepki göstermek, boşanmak...) gerektiğini, bir bölümü ilgili kuruluşların (STK'ler, devlete bağlı kadın danışma merkezleri, sığınmaevleri...) kadının güçlendirilmesinde aktif rol oynaması gerektiğini, bir bölümü toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve toplumda zihniyet değişikliği gerekliliğini, bir bölümü karşılıklı iletişim becerilerini geliştirecek

eğitimlerin planlanmasını, eşinin psikolojik sorunları olduğunu düşünen kadınların bir bölümü psikolojik desteğin faydalı olacağını belirtmiştir. İlgili çalışmada belirtildiği üzere kadına yönelik şiddetin önlenmesinde toplumsal cinsiyetçi yapının değiştirilmesi, eğitim düzeyinin yeterli hâle getirilmesi ve kadının haklarının farkında olarak güçlenmesi oldukça önemlidir. Gerek STK'ler gerekse kadın danışma merkezleri ve kadın sığınmaevleri gibi resmi kuruluşların stratejik önemine rağmen sayı ve kapasitelerinin yetersizliği ve bütçe eksikliği dikkat çekmektedir (72). Çalışmamızda yer alan kadınların %20'si şiddetin önlenemeyeceğini belirtirken, şiddetin önlenebileceğini düşünen kadınların yarıya yakını (%45,5) aile desteğinin önemini vurgulamıştır. Katılımcılardan alınan diğer cevaplar eşinin/partnerinin psikolojik yardım alması, eşinde/partnerinde alkol ve/veya madde bağımlılığı olan katılımcıların bağımlılık tedavisinin faydası olacağı ve toplum eğitimi ile cinsiyet eşitliğine yönelik çalışmalar sayesinde şiddetin önlenebileceği şeklindedir.

Çalışmamızda sığınmaevine başvurmaya nasıl karar verildiği sorgulandığında kadınların %61,8'i (n=34) ağır fiziksel şiddet görmesi nedeniyle; %23,6'sı (n=13) ölüm tehdidi alması nedeniyle; %45,5'i (n=25) barınma ihtiyacı nedeniyle; %27,3'i (n=15) psikolojik şiddete katlanamaması nedeniyle; %5,5'i (n=3) tecavüze uğraması nedeniyle sığınmaevine başvurduğunu bildirmiştir. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet (2008) araştırması sonuçlarına göre evlerini en az bir kez terk etmiş kadınların %56'sı daha fazla tahammül edememesini, %10'u dayanamayacağı şekilde fiziksel şiddet görmesini, %10'u evden atılmasını neden olarak göstermiştir (72). Şiddetin hayatı tehdit edici bir durum almasının sığınmaevine başvuru kararı alınmasında önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Kadının hayati tehlikesinin arttığını gösteren durumlar ev dışında şiddete uğrama; eşin/partnerin çocuklara şiddet uygulaması; kadını, çocukları veya kendini öldürmekle tehdit etmesi; alkol ve madde kullanımı; gebelik sırasında şiddet; obsesif ilişki paterni; ciddi fiziksel yaralanmaların meydana gelmesi; eşin/partnerin silahının bulunması; aile, arkadaşlar veya diğer kişileri tehdit etmesi; kadının ayrılmaya çalışması; dışarıdan yardım talebinde bulunması

olarak gösterilmiştir. Kadının ciddi zarar görme riski bulunan tüm durumlarda bir güvenlik planı hazırlanmalıdır ve kadının acil olarak kaçması gerektiğinde önemli belgeler, anahtarlar, para ve diğer gerekli eşyaları içeren bir acil durum kiti hazırlanması; aile, arkadaşlar ya da sığınmaevi gibi gidilecek bir yerin bulunması; çocukları ve komşuları polisi aramaları için uyarın bir sinyalin belirlenmesi; kavga durumunda mutfak gibi potansiyel silahlara sahip odalardan kaçınma veya sert banyo zemini gibi yaralanma riskinin yüksek olduğu alanlardan kaçınma gibi unsurları içermelidir (107).

Yapılan ikili görüşmelerde kadınların bir kısmının sığınmaevine başvurmadan önce sığınmaevleri hakkında yanlış bilgilere sahip olduğu görülmüştür. Kadınlar sığınmaevleri hakkında çalışanların erkek olduğu, çocuklara ve kadınlara tacizde bulunduğu, fiziksel şiddet uygulandığı şeklinde doğru olmayan bilgiler edindiklerini bildirmişlerdir. Halbuki sığınmaevleri, şiddet ortamından uzaklaşmak isteyen kadınlara destek olan, toplumdaki önemli yapılardır (68). Birinci basamak hekimliğinin belki en önemli misyonu koruyucu hekimliktir. Koruyucu hekimlik gereği, bu yanlış düşünceleri olan kadınları doğru yönlendirme, bireysel ihtiyaçları doğrultusunda psikolojik, tıbbi destek sağlama görevleri biz hekimlere düşmektedir (68).

Eş/partner şiddetinin taranması ve tespitine yönelik birçok envanter geliştirilmiştir ve bunların sosyal bilimler ve tıp alanlarında en sık kullanılanı, Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği'dir [39-item Conflict Tactics Scale-Revised (CTS-2)] (108).

Hastayı kadına yönelik şiddet hakkında sorgulamadan önce fiziksel, cinsel veya psikolojik şiddet sorgulamasının klinik uygulamanın rutin bir parçası olduğunu belirterek, "Şiddet birçok insanın hayatında sorun olabilir, bu yüzden her hastama şiddet ve travmalar hakkında sorular yöneltiyorum," "Gördüğüm birçok hasta ilişkisinde kötü muameleye uğruyor, bu yüzden rutin olarak eş/partner şiddetini sorguluyorum." gibi açıklamalarla sorgulamayı normalleştirmek hastanın daha rahat hissetmesini sağlayacaktır (109).

Kadına yönelik şiddette birincil korunmadan söz edebilmek için öncelikle toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve çatışmalarda şiddet

kullanımının engellenmesi gerekir. Sağlık sektöründe birincil korumaya yönelik yapılabilecek çalışmalar kadın hakları konularında bilgilendirme yapılması, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin çözümüne yönelik yasaların çıkarılması ve uygulanması için savunuculuk yapılması, hekim ve yardımcı sağlık personelinin eş/partner şiddeti hakkında bilgilendirilmesi ve şiddete uğrayan kadına yaklaşım konusunda donanımlı hâle getirilmesi olarak belirtilmektedir. Sağlık profesyonelleri daha çok kadına yönelik şiddetin ikincil ve üçüncül korumasında yer almakta olup, şiddet mağdurunun erken tanısı sayesinde komplikasyonların ve şiddetin tekrarlanmasının önüne geçilmesinde önemli bir noktadadırlar (110). Bu nedenle şiddetle ilişkili olabileceği düşünülen herhangi bir bulgunun varlığında kılavuzlar rehberliğinde şiddetin taranması, gerekli müdahaleler ve yönlendirmelerin yapılması önem arz etmektedir. Şiddet mağdurlarının en sık birinci basamak sağlık kuruluşları, acil servisler ve kadın hastalıkları ve doğum kliniklerine başvurdukları bilinmekte olup, özellikle bu kliniklerde çalışan sağlık profesyonellerinin eş/partner şiddeti konusunu her zaman aklında tutması gerekmektedir. Zaman ve destek eksikliği, kadının gücendirilmesinden çekinilmesi, şiddet mağdurunu yönlendirme konusunda yeterli donanımına sahip olunmaması, 'Pandora'nın kutusu'nun açılmasından korkulması ve sevk zincirindeki eksiklik nedenleriyle hekimlerin müdahale endişeleri bulunduğundan, bu konularda adımlar atılması ve açığın kapatılması önemli ve gereklidir (110, 111).

Çalışmamızda, sığınmaevine başvurmadan önce kadınların %98,2'sinin (n=54) en az yılda bir kez aile hekimine başvurdukları; %50,1'inin (n=28) ayda bir ve daha sık sürelerle başvurduğu görülmüştür. Buna rağmen şiddete maruz kalma durumunun aile hekimi ile paylaşılma oranı oldukça düşüktür. McCauley ve ark. şiddete uğramış kadınların şiddete maruz kaldığı durumları klinisyenlerle paylaşmasını kolaylaştıran veya engel olan durumları araştırdıkları çalışmada kadınların %86'sının düzenli hekimlerini (aile hekimi ya da takipte oldukları diğer hekim) yılda bir kez gördükleri ancak kadınların yalnızca üçte birinin şiddet mağduru olduğunu hekimleri ile paylaştığı görülmüştür (65). Çalışmamıza katılan kadınlar, ikili görüşmelerde görüleceği

üzere, aile hekimlerinin yoğun olmaları veya kadına yönelik şiddetin aile hekimleriyle ilgisinin olmadığını düşünmeleri nedeniyle içinde bulundukları şiddet durumunu paylaşmaya gerek görmemiş veya paylaşmamışlardır. Fakat kadınların bir kısmı broşür, afiş gibi görsel yönlendirmelerin olmasının şiddete maruz kaldıklarını paylaşmalarını kolaylaştıracağından bahsetmişlerdir. Her ne kadar uygulanan popülasyonun kültürel değerleri çok farklı olsa da McCauley ve ark. çalışmasında ve bizim çalışmamızda şiddetin hekim ile paylaşılmasının az olması benzer nedenlere dayanmaktadır.

Çalışmamızda şiddet gördüğünü aile hekimiyle paylaşmayan kadınlara paylaşmama nedenleri sorulduğunda, kadınların %31,3'ü (n=15) utanma nedeniyle; kadınların %14,6'sı (n=7) hekimin tepkisinden çekinme nedeniyle; kadınların %35,4'ü (n=17) hekimle iletişim eksikliği nedeniyle; kadınların %10,4'ü (n=5) hekimin cinsiyeti (hekimin erkek olması) nedeniyle rahat hissedemediğinden; kadınların %16,7'si (n=8) şiddet uygulayandan korkması nedeniyle; kadınların %8,3'ü (n=4) şiddet uygulayanın sağlık kuruluşuna başvurulmasını/yalnız başvurulmasını engellemesi nedeniyle; kadınların %18,8'i (n=9) paylaşılanların gizli tutulacağına inanmama nedeniyle; kadınların %6,3'ü (n=3) ailenin dağılacağından korkma, kendisini ayrılığa hazır hissetmeme nedeniyle; kadınların %20,8'i (n=10) konunun aile hekimliğinin alanı dışında olduğunu düşündüğünden şiddet gördükleri bilgisini aile hekimi ile paylaşmadıklarını belirtmiştir. Kadınların hiçbirisi şiddet görüldüğü bilgisini paylaşmamalarına neden olarak polis müdahalesinden korkmayı göstermemiştir. McCauley ve ark., çalışmasında kadınların şiddet uygulayanın engellemesi ve maddi sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuramaması; utanma, inkâr, sağlık profesyonelinin tepkisinden çekinme, sonuçlarının çocuklarını etkilemesi korkusu, şiddete uğradığı ilişkiden çıkmak için hazır hissetme derecesi, şiddet uygulayanın tepkisinden korku nedenleriyle şiddeti paylaşmaktan çekindiği; hekimin iletişim kurma stilinden etkilendiği gösterilmiştir. Kadınların klinisyenin istismar nedeniyle kendini aşağılamasından çekinmesi, hekimin ilgisiz görünmesi, şiddet konusunda konuşmaktan rahatsızlık duyması, dinlememesi, çok meşgul ve aceleci olması nedenleriyle şiddete uğradıklarını paylaşmaktan kaçındıkları

görülmüştür. Kadınların çoğu, hekimin cinsiyetinin şiddetin paylaşılmasına herhangi bir etkisi olmadığını belirtmiştir (65). Güldal ve ark., aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinin hasta beklentileriyle uyuma durumunu inceledikleri nitel çalışmada, hekimin güler yüzlü olması, hastaya saygıyla ve empatiyle yaklaşp etkin dinleme yapması, sorular sorarak hastayı konuşmaya cesaretlendirmesi hâlinde hastaların kendilerini rahat hissederek sorunları hakkında paylaşımcı olmaya güç buldukları ve bunun güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisi kurulmasında etkili olduğu gösterilmiştir (112). WONCA'nın aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri olarak belirlediği, hastanın ilk temas noktasını oluşturan ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenerek gerektiğinde savunuculuğunu yapan birinci basamak yönetimi; hastanın koşulları doğrultusunda bireyi merkeze alan ve otonomisine saygı duyarak hastayla ortaklaşa hareket eden kişi merkezli bakım; tanı ve tedavi girişimlerinin etkin ve yeterli bir biçimde yapıldığı özgün problem çözme becerileri; yalnızca akut ve kronik sağlık sorunlarında tanı ve tedavi hizmetleri değil, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasını hedefleyen kapsamlı yaklaşım; yalnızca bireyin değil toplumun sağlığından da sorumluluk yani toplum yönelimli olma; biyopsikososyal modellemenin kültürel ve varoluşçu boyutlarıyla ele alındığı bütüncül yaklaşım ilkeleri ile hasta beklentilerinin örtüştüğü gözlenmektedir (7, 112).

Çalışmamızdaki kadınların %18,2'si (n=10) şiddetin aile hekimliğinin alanı dışında olduğunu düşünmektedir. Bu kadınların %80'inin (n=8) psikolog/psikiyatriste başvurduğu görülmüştür ve başvuru sıklığı şiddetin aile hekimliğinin alanı dışında olmadığını düşünen kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,01). Daha önceki çalışmalar, şiddeti tanımanın en iyi birinci basamak hizmetlerinde olacağını göstermiştir (113). Diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi eş/partner şiddeti de fiziksel ve/veya ruhsal medikal tedaviye ihtiyaç duyar ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavisi yapılabilir ya da hekimin gerek gördüğü şekilde sevk zinciriyle üst basamaklara iletilebilir.

Aile hekimliği veya genel pratisyenlik, tıpta uzmanlaşmanın etkisiyle aşırı spesifikleşmeye bir tepki olarak doğmuş bir branş olup kapsamlı ve

bireysel hizmet veren ve hastaları bütüncül olarak değerlendiren bir disiplindir (114). Kadınlardaki yalnızca fiziksel sağlık sorunları ile ilgilenen hekim algısının kırılması ve sağlığın tüm bileşenleriyle birinci basamak hekimlerince ele alınması kadınların şiddet mücadelesinde oldukça önemli yer tutacaktır.

Çalışmamızda aile hekimliği başvurusu olan kadınların %11,1'i (n=6) aile hekiminin şiddete uğrayıp uğramadığını sorduğunu; %88,9'u (n=48) ise aile hekiminin şiddete uğrayıp uğramadığını sormadığını bildirmiştir. Aile hekimlerinin kadına yönelik şiddet sorgulaması yapma oranlarının düşüklüğü göze çarpmaktadır. Friedman ve ark., şiddete uğramış kadınların fiziksel ve cinsel istismarla ilgili soruları desteklediklerini ve hekimlerin bu konularda kendilerine yardımcı olabileceklerine inandıklarını göstermişlerdir (104). Aynı çalışmaya katılan hekimlerin üçte biri fiziksel ve cinsel şiddet sorgusunun muayenenin rutin bir parçası olması gerektiğini ve hastalara bu konuda yardımcı olabileceklerini düşündüklerini belirtirken; ilk vizitte fiziksel istismarın %67, cinsel istismarın ise %89 oranında sorgulanmadığı ve yıllık rutin vizitlerde sorgulanmama oranının da benzer olduğu görülmüştür. Hekimlerin yarar sağlayacağını düşünmelerine rağmen sorgulamadan kaçınmalarının temel nedenleri olarak zaman sınırlaması ve şiddetin ortaya çıkarılması hususunda bilgi eksikliği hissetmeleri gösterilmiştir. Şiddet sorgulaması ile hastanın incinmesinden çekinmek, kadının bu ilişkiden çıkmak istemesi durumunda yardım edemeyeceğini düşünmek diğer bariyerler arasında gösterilmiştir (115). Çalışmamız yalnızca sığınmaevinde barınan kadınlarla gerçekleştirilmiş olup ülkemizde birinci basamak sağlık sisteminde şiddet taramasının düşüklük nedenlerinin aydınlatılması ve çözüm önerileri sunulabilmesi amacıyla hekimlerle gerçekleştirilecek saha çalışmalarına ihtiyaç vardır. DSÖ'nün belirlediği ideal muayene süresi en az 20 dakika iken, Türk Tabipleri Birliği nitelikli muayene hizmetinin sunulabilmesi için hastaya 15-20 dakika zaman ayrılması gerektiğini belirtmektedir (116). Ülkemizde ilçe polikliniklerinde muayene süresi 6,3 dakika iken, hastanelerin ayaktan tedavi birimlerinde muayene süresi 7,2 dakikadır (117). ABD'de gerçekleştirilen bir kohort çalışmasının sonuçlarına göre muayene süresinin 20 dakikanın altına düştüğü durumlarda koruyucu sağlık hizmetlerinde ve risk faktörleri ile ilgili

tıbbi öykü alınmasında ciddi aksaklıklar olmaktadır (118). Sınırlı muayene süresinde hastanın fiziksel semptomlarına odaklanması, kadın hastalarda şiddet tespitine yönelik taramaların rutin uygulamaya konulmamasına sebep olabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan kadınlarla yapılan ikili görüşmelerde bu konu da kadınlarca çeşitli ifadelerle belirtilmiştir. Bu ifadelerde muayene sırası bekleyen hasta sayısının fazlalığı, aile sağlığı merkezinin kalabalık olması, muayene süresinin uzaması üzerine sırada bekleyen hastaların tepki göstermesi, sınırlı muayene süresi nedeniyle fiziksel semptomların ötesine geçilememesi gibi nedenler belirtilmiştir.

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda aile hekiminin şiddetin önlenmesinde olabilecek katkılarına yönelik analizlerde; kişilerin öğrenim durumu, yaşadığı yer ve evlenme şekilleri fark etmeksizin kadınların %74,5'i aile hekiminin fayda sağlayabileceğini belirtmiştir ve bu yardımın psikolojik destek sağlama, şiddet sorgulaması ve yönlendirme yapılması, şiddet konusunda toplumun eğitimi şeklinde yapılabileceğini belirtmişlerdir. Öğrenim durumu, kent veya kırsal alanda yaşama durumu ve anlaşılarak veya aile zoruyla evlenme durumlarına göre bu ifadelere katılma sıklığı arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İkili görüşmeler sırasında, aile hekiminin eş/partner şiddeti konusunda yapabileceği yardım ve yönlendirmelerden katılımcıların çoğunun haberdar olmadığı görülmüştür. Genel anlamda kolluk kuvvetlerinden ve aile fertlerinden yardım ve yönlendirme bekledikleri izlenimi edinilmiştir. WONCA'nın belirttiği aile hekimliği disiplininin özellikleri olan hastayla kendine özgü görüşme sürecinin olması ve bu sayede, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasının sağlanması; uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunun geliştirilmesi ve aile hekiminin, toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenmesi özelliklerinin, esasen kadınların istekleriyle örtüştüğü görülmektedir (7).

Çalışmamızda her ne kadar aile hekimlerinin kadına yönelik şiddet ile ilgili algıları araştırılmamış olsa da, literatürde klinisyenlerin şiddet sorgulamasında rahat hissetmedikleri ve destek sağlamada yetersiz oldukları bildirilmiştir (119). İkili görüşmelerde kadınların aile hekimlerini başka

nedenlerle ziyaretleri sırasında, gördükleri şiddeti üstü kapalı biçimde hekimlerine ilettikleri veya açıkça söyledikleri hâlde hekimlerin psikolojik destek, kolluk kuvvetlerine yönlendirme, sığınmaevleri hakkında bilgilendirme veya fiziksel şiddet bulguları hakkında rapor tutma gibi konularda yetersiz kaldıkları görülmüştür.

Eş/partner şiddeti taranmasının önündeki engellerin değerlendirildiği bir sistematik derlemede klinisyenle ilişkili engellerden en yaygın olanları kişisel rahatsızlık, bilgi eksikliği, gizlilik, yasal ve kişisel güvenlik endişelerinin bulunması, şiddetin tanımlanması durumunda nasıl yardım sunulacağı konusunda belirsizlik olması ve zaman kısıtlamasıdır (120).

Chang ve ark. tarafından gerçekleştirilen nitel çalışma, kadınların ilişkilerini terk etmesi gerektiği, kadın sığınmaevine başvurması gerektiği ve durumun polise bildirileceği şeklinde direktif almak istemediklerini göstermiştir (121). Hastaların klinisyen açık uçlu sorular sorduğunda, aktif dinleme yaptığında, net olduğunda, gizlilik garantisi verdiğinde ve sorgulamayı yalnız yaptığında şiddet deneyimlerini paylaşma sıklıklarının arttığı görülmüştür (39, 40). Feder ve ark. tarafından, eş/partner şiddetine uğrayan kadınların beklentilerinin ve sağlık uygulayıcıları ile deneyimlerinin saptanmasına yönelik hazırlanan nitel çalışmaların meta analizi, kadınların gizlilik güvencesi verilmesi, konunun tıbbileştirilmesinden kaçınılması, konuşulurken aceleci davranılmaması, eşin/partnerin terk edilmesi veya suç duyurusunda bulunulması için baskı oluşturulmaması, klinisyenin yargılayıcı olmaması ve empati yapması, aktif ve destekleyici dinleme yapması, dinleme esnasında geri bildirimde bulunması, şiddetin hak edilmediğinin ve yanlışlığının doğrulanması, şiddet ilişkisinin karmaşıklığının ve hızlı çözüme ulaşmanın zorluğunun kabul edilmesi gibi beklentileri olduğunu ve bunların sağlanması durumunda güvenli bir ortamda şiddete maruz kaldıklarını paylaşmaya gönüllü olacaklarını göstermiştir (122).

Kötü muameleye uğramış kadınlar durumun gerçekliğini kabul etmeye duygusal olarak hazır olmamak, kendilerini suçlamak, istismar edildiğini kabul ederse başarısızlık hissetmek gibi çeşitli nedenlerle suistimali reddedebilir. Klinisyenin yargılamasından çekinme, utanma, istismarın

tekrarlanmayacağına inanma, şiddet gördüğünü paylaşması durumunda istismarcı tarafından zarar görmekten korkma, yardımcı olabilecek kaynaklardan yoksun olma gibi nedenlerle paylaşmaya gönüllü olmayabilir. Eş/partner şiddetinden şüphelenilen ancak sorgulama esnasında reddeden hastalara, tekrarlayan vizitlerde şiddet sorgulaması yinelenmelidir. Hastaların sağlık hizmet sunumu esnasında tekrar ve tekrar şiddetin sorgulanması sonrası bilgiyi açıklama olasılıklarının daha yüksek olduğu ve bu nedenle sorgulamanın muayenenin rutin bir parçası olmasını destekleyen yayınlar bulunmaktadır (123, 124).

Çalışmamızda katılımcılara şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasından aile hekimlerinden beklentileri sorulduğunda kentsel alanda yaşayan kişilerin %28,6'sı, kırsal alanda yaşayan kişilerin ise %53,8'inin aile hekiminden psikolojik destek beklentisi olduğu görülmüştür. Her ne kadar iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamış olsa da ($p=0,11$); bu yüzdesel farklılığın kırsal alanda yaşayan bireylerin genellikle sağlık hizmeti alabileceği yegâne oluşumun aile hekimliği hizmeti olması ve ruh sağlığı uzmanına erişim zorluğu nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Kentsel bölgede yaşayan bireylerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşması daha mümkün görünmektedir.

Elliott ve ark. tarafından hekimlerle ev içi şiddetin taranmasında bariyerler üzerine yapılan çalışmada hekimlerin %10'unun eş/partner şiddetini hiç taramadığı; yalnızca %6'sının tüm kadın hastalarda şiddeti sorguladığı görülmüştür (125). Yüksek tarama oranlarının kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı, hekimin cinsiyetinin kadın oluşu ve son 12 ay içinde ev içi şiddetle ilgili eğitim alınması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Acil tıp uzmanlığında, hastanın şiddet hikâyesini hekim ile paylaşacağını peşinen kabulü ve şiddet sorgulamasının unutulması ise düşük tarama oranlarına yol açmaktadır. Ambuel ve ark. tarafından gerçekleştirilen eğitim müdahale çalışmasında hekimlere eş/partner şiddeti hakkında eğitim verildiğinde, bazı hekimlerin bu eğitim sonrası farkındalıklarının artması sayesinde önceden tespit edemedikleri bazı hastalarının eş/partner şiddeti mağduru olduğunu anladıklarını ifade etmişlerdir (113). Aslında bu çalışma hekimlerin eş/partner

şiddeti sorgulaması veya farkındalığı hakkında eksikliklerini göstermektedir. Aynı şekilde bizim çalışmamızda da ikili görüşmelerden öğrenildiği kadarıyla bazı hekimlerin eş/partner şiddetini fark edip gerekli müdahaleleri yapmadığını/yapamadığını görmekteyiz.

Tıbbi pratikte kadına yönelik şiddette uygun müdahalelerin yetersizliğinin eğitim programlarındaki eksiklikten kaynaklandığı ve çoğu sağlık profesyonelinin eş/partner şiddetine yönelik eğitim almadan mezun olduğu bilinmektedir. Mezuniyet öncesi müfredatta bu konuya önem verilmesi mezuniyet sonrası eğitimler için de temel oluşturacağından hekimlik ve hemşireliğin temel kitaplarının yakın partner şiddetine yönelik bölümler içermesi faydalı olacaktır (111).

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve üreme sağlığı hizmeti veren tüm klinikler [ülkemiz için Aile Sağlığı Merkezleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP)...] şiddetin erken tanısında önemli bir yere sahip olup şiddete uğradığı tespit edilen veya şüphelenilen kadınlara başvurabilecekleri kurum ve kuruluşların adres ve numaralarını içeren listelerin (Ülkemiz için Kadın Danışma Merkezleri, ŞÖNİM ve ilgili STK'ler) verilmesi, sağlık profesyonellerinin bu kurumlarla yakın temas hâlinde olması önerilmektedir (111).

Çalışmalar asemptomatik hastaların rutin olarak taranmasının eş/partner şiddetinin saptanma oranlarını artırdığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde eş/partner şiddeti taramasının etkisinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede, hamile kadınlarda daha yüksek oranlarda olmak üzere tüm kadınlarda olağan muayene ile karşılaştırıldığında şiddet taraması yapılmasının şiddet mağduru kadınların tespit edilme oranlarını artırdığı gösterilmektedir (126). Birçok ulusal grup rutin eş/partner şiddeti taraması önermesine rağmen, birinci basamak sağlık sisteminde tarama oranları düşük olduğu görülmektedir (127). Kanada Önleyici Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görev Gücü (The Canadian Task Force on Preventive Health Care) rutin eş/partner şiddeti taramasının önerilmesi veya önerilmemesi için yeterli kanıt bulamamıştır ancak hekimlerin istismar belirtilerine karşı uyanık olmalarını önermektedir (128). ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü [US

Preventive Services Task Force (USPSTF)] potansiyel faydaları nedeniyle klinisyenlerin 14-46 yaş doğurganlık çağındaki kadınların eş/partner şiddetine karşı taranarak gerektiğinde kadınları yönlendirmelerini önermektedir (129). Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) eş/partner şiddetinin potansiyel zararları nedeniyle tüm kadınların taranmasını önermektedir (130). Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association) tüm hastaların eş/partner şiddeti açısından taranmasını önermektedir. Eş/partner şiddeti belirlendiğinde hasta muayenehaneden ayrılmadan önce güvenlik değerlendirilmeli ve uygun yönlendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca klinisyenlerin şiddeti ve toplum düzeyinde etkilerini önlemek için tasarlanmış uygun yerel programlara katılmaları tavsiye edilmektedir (131). DSÖ, 2013 yılı kılavuzunda, genel popülasyonda eş/partner şiddeti riskini azalttığına ve/veya kadınlarda sağlık sonuçlarını iyileştirdiğine dair kanıt eksikliği nedeniyle rutin taramayı önermemektedir ancak risk altında olduğu düşünülen ve açıklanamayan yaralanmalar, depresyon, sağlık kurumuna başvuruda gecikme gibi düşündürücü bulguları olan kadınlarda eş/partner şiddeti açısından alarma geçilmesini önermektedir (102). Tıbbi pratikte tarama, semptomu olmasa dahi başvuran tüm kadınların kapsamlı olarak taranması şeklinde düşünülse de literatürdeki tüm bu kanıta dayalı bilgiler ışığında özellikle düşündürücü bulguları olan kadınların ve şiddete maruz kaldığına ilişkin bulgusu olsun ya da olmasın tüm gebelerin ülkemizde de rutin olarak taranması önerilebilir. Kadına eş/partner şiddetinin anlayışlı ve yargılamayan bir şekilde sorulmasının dahi terapötik olabileceği bildirilmektedir. Bu yaklaşım sayesinde kadın, hekimin kendisiyle ilgilendiğini, yalnız olmadığını ve eğer isterse sorunlarını konuşabileceği güvenli bir alan olduğunu düşünebilir. Çoğu kadının eş/partner şiddeti yaşamış olmasa veya şiddet yaşamasına rağmen paylaşmayı tercih etmese dahi sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddete ilişkin sorularını memnuniyetle karşıladıkları belirtilmektedir. Bu konuda yardım istemek, kadının hayatında önemli bir an olabilir ve şiddet içeren ilişkiyi terk etme sürecinde ilk adım olabilir. Bu nedenle özellikle risk görülen durumlarda, kadına şiddete maruz kalıp kalmadığının sorulması oldukça önemlidir (132).

Rivas ve ark. tarafından hazırlanan sistematik derlemede sağlık hizmet sunumunda şiddete karşı bilgi, destek ve kaynak erişimi sağlamak şeklindeki savunuculuğun eş/partner şiddeti yaşayan kadınlar için etkili olup olmadığını belirlemede yeterli kanıt bulunamadığı belirtilmektedir. Danışmanlık, şiddet mağdurunun özsaygı algısının güçlenmesinde ve kadın ile çocukları için tehlike durumunun değerlendirilerek güvenlik planı oluşturulmasında faydalı olabilir. Savunuculuğun şiddet mağdurunun güvenlik davranışlarını güçlendirdiği bildirilmektedir (133). Müdahalelerin gebelerde doğum sonuçlarını iyileştirdiği, postpartum dönemde eş/partner şiddetini azalttığı, aile planlaması kliniklerinde görülen kadınların güvenli olmayan cinsel ilişki ve istenmeyen gebeliklerini azalttığı şeklinde faydalarının bulunduğu 2012 yılında bir meta-analizde bildirilmiştir (134). 2013 DSÖ kılavuzunda, sığınmaevinde en az bir gece geçirmiş olan kadınlar veya gebeler dışında, eş/partner şiddetine yönelik müdahalelerin sağlık sonuçlarını iyileştirdiğine dair yeterli kanıt olmadığı belirtilmiştir (135).

Katılımcılara şiddeti önlemek için neler yapılabileceği sorulup evlenme şekillerine göre değerlendirme yapıldığında; evlenme şeklinden bağımsız olarak katılımcıların eşin psikolojik yardımı, eşin bağımlılık tedavisi, toplumun eğitimi ve şiddetin engellenemezliği seçeneklerine benzer katılımı görülmüştür ($p>0,05$). Fakat şiddetin önlenmesinde oransal olarak aile desteğini en fazla bekleyenlerin aile zoruyla evlenenler, en az bekleyenlerin ise anlaşarak evlenenler olduğu görülmüştür ($p=0,25$). Aile zoruyla evlendirilenlerde, eşleriyle anlaşarak evlenenlere kıyasla şiddet ilişkisinin kırılmasında ailelerinden daha fazla destek beklemesi anlaşılabilir bir sonuçtur. Yapılan ikili görüşmelerde aile zoruyla evlendirilen çiftlerin eş/partner şiddetine maruz kalmasına rağmen ailesiyle paylaşmadığı ya da paylaştığı durumda destek göremediği göze çarpmaktadır.

Ferris ve Tudiver'in Kanada'da aile hekimleri arasında yaptığı çalışmada, istismar edilen kadınların %50'sinden azının birinci basamakta belirlendiği gösterilmiştir (136). Hamberger ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise kadın hastaların sadece %2'sine fiziksel istismar hakkında sorgulama yapıldığı ortaya konulmuştur (137). Koruyucu hekimlik gereği,

sadece fiziksel şiddet göstergesi olan kadınların değil tüm kadınların şiddet açısından sorgulanması gerektiği önerilmiştir ve bunun herkes için sağlık prensibine ulaşmada birinci basamağın imtiyazı olduğu savunulmuştur (68). Çalışmamızda özellikle eşinin/partnerinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınlar ve eşi/partneri alkol ve/veya madde bağımlısı olan kadınlar, aile hekimlerinin şiddeti önlemek adına sorgulama ve yönlendirme yapabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Geniş aile içinde barınan bu şiddet mağduru kadınların kalabalık içinde yalnız oldukları görülmektedir. İkili görüşmelerde katılımcılar kalabalık ailede yaşamdan bahsederken doktora yalnız gidemediklerinden, aileden birilerinin daima etraflarında olduğundan, hastalandıklarında dahi sağlık durumu çok ciddi bir hâl almadıkça sağlık kuruluşuna başvurmalarının engellendiğinden bahsetmişlerdir. Birinci basamağa başvurabilen katılımcıların şiddeti aile hekimlerine neden anlatmadıkları veya aile hekimlerinden neden destek istemedikleri sorulduğunda ise kadınlar aile hekiminin böyle bir desteği olabileceğini bilmediklerini, aile hekiminin gerekli mahremiyeti sağlamadığını veya aile hekimlerinin yoğun çalışma temposu nedeniyle böyle bir destek istemenin bencillik olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılara şiddeti önlemek için neler yapılabileceği sorulup yaşanan aile tipine göre değerlendirme yapıldığında, eşinin/partnerinin ailesi ile birlikte yaşayan kişiler çekirdek aile tipine göre daha fazla sıklıkta aile desteğinin şiddeti önleyebileceğini belirtmişlerdir ($p=0,05$). İkili görüşmelerde bazı kadınların yalnızca eşlerinden değil, eşlerinin ailesinden de baskı ve şiddet gördüğü; şiddete maruz kaldığını paylaşmasına rağmen ayrılması yönünde destek görmediği; aile zoruyla evlendirilip, evliliği sürdürmeye zorlandığı görülmüştür. Bir nevi kalabalık ailede yaşamı gözetim altında, toplumdan izole ancak özel alanı olmadan yaşamak zorunda bırakılmış ve bu durumu hapsedilmişlik hissine benzetmişlerdir. Eşinin/partnerinin ailesiyle birlikte yaşayan kadınların aile hekiminden ve ailelerinden şiddetin önlenmesi için destek umdukları görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %65,5'i ($n=36$) aile hekimi veya aile sağlığı elemanının kadına yönelik şiddeti sorgulaması ve gerekli durumlarda

yönlendirme yapması durumunda şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminin katkısı olabileceğini bildirmiştir. Kadınların %21,8'i (n=12) yazılı olarak; %78,2'si (n=43) ise yazılı ve sözel olarak şiddete ilişkin bilgilendirilmek istediğini bildirmiştir. Literatürde McCauley ve ark. tarafından yapılan çalışmada kadınların %76'sı istismarın doktor ofisinde yazılı bir anket şeklinde sorulması durumunda şiddet gördüklerini paylaşacaklarını belirtmiştir. Kadınların yaklaşık yarısı, doktor ofisinde bulunan broşür ve bilgilendirme afişlerinin şiddet hakkında konuşmalarına yardımcı olacağını belirtmiştir. Kadınların çoğu, özel bir alanda gizlilik ilkesi gözetilerek yapılan eş/partner şiddeti anketini dürüstlükle cevaplayacaklarını bildirmiştir (65). Benzer şekilde çalışmamızda katılımcılarla yapılan ikili görüşmelerde kadınlara aile hekimlerinin ne yapabileceği sorulduğunda aile hekiminin sözel veya yazılı olarak şiddeti sorgulaması, muayene sırasında hasta doktor mahremiyetinin sağlanması, ASM'de bilgilendirici afişler-broşürler bulunmasının faydalı olacağı şeklinde çeşitli cevaplar alınmıştır.

Usta ve ark., Lübnan'da eş/partner şiddetinde sağlık sisteminin etkisini ve kadınların beklentilerini araştırmışlardır (77). Çalışmada Arap kadınlarının eşlerinin itibarının korunmasını istemekle birlikte, sağlık hizmetlerinde aile içi şiddet ile ilgili sorgulamanın olmasını da bekledikleri gösterilmiştir. Çalışmamıza katılan kadınlar ikili görüşmelerde benzer şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinde şiddete yönelik sorgulama olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Fakat önceki çalışmalarda gösterildiği gibi hekimin hastada eş/partner şiddetini sorgulaması için güven ilişkisi, gizlilik, duygusal destek, iyi dinleme becerileri ve kadının otonomisine saygı duyuyor olması gerekmektedir (138). İkili görüşmelerimizde kadınlara şiddete uğradıklarını neden aile hekimleri ile paylaşmadıkları sorulduğunda hekimin ilgisizliği, hekimin vaktinin az oluşu, eşin/partnerin bu durumu öğrenmesinden endişe edilmesi ve bu olayın hekim-hasta arasında kalacağına güven duyulmaması gibi nedenler belirtmişlerdir.

Daha önce yapılan bir çalışmada, şiddet gören kadınların sağlık sisteminin eş/partner şiddeti ile ilgilenmesi gereken bir yapı olduğunu

düşündüklerinden bahsedilmiştir (138). Fakat aynı kadınlar, sağlık politikasındaki toplumsal mesajların aile içi şiddeti ele almak yerine “aile birliğini korumak” ya da “aile iletişimini geliştirmek” olarak etiketlenmesinin, şiddet gören kadınların kısıtlanmalarına neden olacağını belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki kadınların ikili görüşmelerde belirttikleri üzere, kısıtlanmalarının temel nedeni muhtemelen toplumsal mesajların etkilediği kolluk kuvvetleri, aile hekimi veya aile yakını olmuştur. Polise şiddet nedeniyle sığınan bir kadının aldığı, “Bir şey olmaz, senin kocandır, geri dön,” cevabı veya gördüğü şiddetten annesine bahseden bir kadının aldığı, “Biz de yaşadık, hâlâ yaşıyoruz bunları, kocandır, çocuklarının babasıdır, katlanacaksın,” cevabı veya aile hekimine eşinden şiddet gördüğünü söyleyen kadının aldığı, “Çocukların var gayrı ne yapacaksın,” cevabı bu kısıtlamaları göstermektedir.

Kadına verilecek yazılı materyalin, acil durumlarda arayacağı destek alabileceği telefon numaralarının eşi/partneri tarafından ulaşılamayacak bir yerde tutulması, şiddet uygulayıcısının bu kaynaklara erişimi durumunda güvenliğinin tehlikeye girebileceği açıkça belirtilmelidir. Klinisyenin şiddet uygulayıcısı ile yüzleşmesi hem kadını hem de klinisyeni tehlikeye sokabileceğinden önerilmemektedir (41). Klinisyen güven ve sürekliliği sağlamalı, aynı zamanda hastanın sınırlarına karşı dikkatli olmalıdır. Hastalara sağlık danışmanlığı yapılmalı ancak özerk kararlar almalarına izin verilmelidir. Hastanın yaşantısına ilişkin seçimlerine değil, güvenliği ve sağlığına odaklanılmalıdır. Birinci basamak takiplerinin yanı sıra davranışçı terapiler için ruh sağlığı ve hastalığı uzmanlarına yönlendirme faydalı olabilir.

Klinisyenlerin şiddet mağdurlarını anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ve madde bağımlılığı açısından taramaları önerilmektedir (139). Birçok merkezde rutin depresyon taraması yapılmakta ve risk altındaki hastalarda anksiyete ve madde kullanımı değerlendirilmektedir. Birinci basamak kliniklerinde davranış tıbbı (behavioral healthcare) hizmetlerinin verilmesi, şiddet mağdurlarının sağlığın tüm bileşenleri yönünden incelenmesini ve tedavisini mümkün kılar (140). Şiddet mağduru ile ilgili endişelerin yanı sıra, klinisyenler çocuk koruma

hizmetlerinin gerekli olup olmadığını da göz önünde bulundurmalıdır. Gerekli durumlarda kadına seçenekleri anlatılmalı ve güvenlik danışmanlığı için sevk (Kadın Danışma Merkezi, Kadın Sığınmaevleri, ilgili sivil toplum kuruluşları, şiddete uğramış kadınlara yönelik grup destekleri, hukuki yardım kaynakları, sosyal yardım hizmetleri...) önerilmelidir. Güvenlik endişesi ve kişisel nedenlerle şiddet mağduru kadınlar hekim ile konuşmaya isteksiz veya dirençli olabilir. Tekrarlayan vizitlerde, klinisyenin kadına desteğini sürdürmesi ve kadına seçenekleri hakkında bilgi verilerek yardımcı olabilecek kurum ve kuruluşlara yönlendirilmesi önerilebilir.

Aile hekimliği pratiğinin sürekliliği, prenatal dönemde başlayıp kimi zaman postmortal dönemde dahi hekimlik uygulamalarının devam etmesi ve fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşçu zeminde bütüncül modelleme yaklaşımını benimsemesi sayesinde hastalarını tüm yaşam evrelerinde görme şansını beraberinde getirmektedir (7). Bu sayede aile hekiminin şiddeti fark etme ve müdahale şansının diğer hekimlik kollarından daha yüksek olduğu düşünülebilir. Eş/partner şiddetine maruz kalan bireylerin şiddet görmeyen bireylere göre daha fazla sağlık problemi yaşadığı ve bu nedenle hekim başvurusunun daha fazla olduğu gösterilmiştir (141). Aile hekimi eş/partner şiddetinin fark edilmesi ve şiddet mağdurunun destek sistemlerinin harekete geçirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Eş/partner şiddetinden şüphelenilmesi ya da varlığının saptanması durumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, hasta merkezli ve süreklilik arz eden bakım verilmesi nedeniyle, aile hekimi şiddet mağduruna yardım için ideal hekimdir. Şiddet mağduruna rehberlik etmek ve gerektiğinde güvenlik planı oluşturmak, kadının resmi kurum ve/veya sosyal yardım kuruluşlarına başvurması veya hekimin adli bildirimde bulunması durumlarında koordinasyon ve savunuculuk görevlerini üstlenerek kadına destek sunmak ve sürekli sabit temas noktası olmak, aile hekimliğinin kadına yönelik şiddette önemini göstermektedir (142).

6. SONUÇ

Kadına yönelik eş/partner şiddeti yalnızca kişiler arası bir şiddet olmayıp üretilmesi ve sürdürülmesinde sosyokültürel, ekonomik ve siyasi pek çok dayanağı bulunmaktadır. Bu nedenle şiddet sorununun çözümlenmesinde kolektif bir bakış açısı gerekliliği görülmektedir. Bu çalışma, şiddete uğrayan kadınların gözüyle birinci basamak sağlık sisteminde neler yapılabileceğine dair görüş üretebilmek amacıyla dizayn edilmiştir ve kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık sisteminin rolünün ortaya çıkarılması ve geliştirilmesi amacıyla yapılacak ek araştırmalara ışık tutulması amaçlanmıştır. Sağlık sisteminin kadına yönelik şiddetle mücadelede rolüne ilişkin ileride yapılacak çalışmalar için bir kaynak özelliği taşımaktadır.

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak yerleşim yeri, öğrenim düzeyi, meslek sahibi olma durumu, refah düzeyi fark etmeksizin her kesimden kadının şiddet mağduru olabildiği ve psikolojik şiddetin sıklıkla fiziksel hâle geldiği görülmüştür. Önceki çalışmalardan farklı olarak cinsel şiddetin sıklığı ve fiziksel şiddete eşlik etmesi daha yüksek oranlarda tespit edilmiştir. Şiddet mağduru kadınların çocuklarının tamamının psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Sürekli çatışma ortamında büyüyen çocukların ruhsal olarak yara alması, güven duygusunun zedelenmesi, davranış sorunları geliştirebilmesi ve şiddeti normalleştirmesi sonucu şiddetin etkilediği halkanın büyüüp genişlemesiyle kadına yönelik şiddet yalnızca kadını değil, aile ve toplumu da derinden etkilemektedir. Çocuklar için belli bir yaşa kadar öğrenme süreçlerindeki en büyük etkinin ailenin gözlemlenmesi olduğu düşünüldüğünde, ailede şiddet varlığı ile çocuğun şiddeti normalleştirmesi sonucu öğrenilmiş yanlısını düzeltmek daha zor bir hal almaktadır. Bu nedenle aile ve toplumda her türlü şiddetin reddedilmesi ile yalnızca kadına değil, insana ve canlıya şiddetin çözümü için de en büyük adımın atılacağı düşünülmektedir.

Global bir sorun olan kadına yönelik şiddet üzerine ülkemizde ve dünyada çok sayıda çalışma gerçekleştirilmektedir. Kadına yönelik şiddet ülkemizde sosyal bilimlerin konusu gibi görülmekle birlikte, fiziksel ve ruhsal kadın

sağlığıyla ilişkisi sağlık profesyonellerinin bu konuda donanımlı olmasını gerekli kılmaktadır. Üniversitelerde kadına yönelik şiddet ve toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik yüksek lisans ve doktora programlarında sosyal bilimler alanlarında artış görülürken, şiddete uğrayan kadınların sağlık hizmet başvurularında muhatapları olan hekim ve hemşirelerin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarında bu konuda eksiklik olduğu görülmektedir. Lisans ve lisansüstü eğitim programlarında toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet konularına yer verilmesi sayesinde hem farkındalık oluşturulması hem de sağlık profesyonellerinin yapılabilecekler hakkında bilgi sahibi olması sağlanabilir. Sahada çalışan sağlık personeline yönelik bu eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması ile konunun güncel tutulması ve kadınlara mücadelelerinde sağlık çalışanları tarafından sağlanacak desteğin artırılması sağlanabilir.

Eş/partner şiddetine maruz kalan kadınların, bu çalışmada da görüldüğü üzere, aile desteği, hekim desteği ve resmi merci olarak sıklıkla kolluk birimlerinden destek beklediği görülmektedir. Kadının ve erkeğin toplum içindeki statüsünü ve rolünü belirleyen toplumsal cinsiyet kavramı nedeniyle eşitsiz güç ilişkileri kurulur ve bu bir insan hakları ihlalidir. Kadınların başta sosyokültürel ve ekonomik olmak üzere her alanda erkeklerle eşit haklara sahip olması ve fırsat eşitliğinin sağlanması yasal çerçevede koruma altına alınmalı ve toplumun her kesiminde benimsenmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve toplumun tüm bireylerinin kalıplaşmış cinsiyet rollerinden sıyrılması durumunda; aile, sağlık profesyonelleri, kolluk kuvvetleri ayrımı olmaksızın her bireyin kadına yönelik şiddet mücadelesinde eşitsizliğin ortadan kaldırılmasında etkin rolü olacaktır. Kadına yönelik şiddetin çözümü için esas çalışmaların toplumsal zihniyetin değiştirilmesine yönelik olması gerektiği düşünülmektedir. Bu eşitlik sağlanana dek, önemli bir sağlık sorunu olan eş/partner şiddetinin tanınması ile kadının yalnız ve çaresiz bırakılmasının önüne geçilmesinde birinci basamakta kadına yönelik şiddetin sorgulanması çekirdek yeterlilikler doğrultusunda hareket eden aile hekimleri için bir fırsattır.

Bu çalışmada görüldüğü üzere, görücü usulü veya aile zoruyla evlendirilen kadınlarda daha fazla olmak üzere, şiddete uğrayan kadınların ilişkiyi sonlandırma noktasında kararlı adım atmasının en büyük engellerinden biri aile ve toplum baskısıdır. Ekonomik bağımsızlığı olmayan kadınların, aile desteğine sahip olmamaları durumunda çaresizlik hissini daha yoğun yaşadıkları fark edilmiştir. Çocuk sahibi olmanın da ilişkiyi sonlandırmayı erteleyen bir faktör olduğu görülmüştür. Kadına yönelik şiddetin toplumca haklılaştırılması, kadınların aileleri tarafından durumun normalleştirilerek şiddete katlanması yönünde telkinde bulunulması ve destek sağlanmaması, geçmiş dönemlerde kimi durumlarda kolluk kuvvetlerinin şiddet ortamına dönülmesi yönünde kadının bireysel hak ve özgürlüklerini tehdit eden bir tutum içinde bulunması kadının tekrar ve tekrar şiddete maruz kalmasına, döngünün kırılmamasına ve mücadelesinde yalnız bırakılmasına neden olmaktadır. Aile hekimlerinin prekonsepsiyonel dönemde başlayıp postmortem döneme dek hastalarıyla yakından ilişki içinde olması, şiddete uğrayan kadınların fark edilmesi ve doğru kaynaklara ulaşmasının sağlanması, kadınların fiziksel ve mental sağlığının korunması, tanı ve tedavi olanaklarına sahip olması gibi özellikleri kadına yönelik şiddetle mücadelede önemli bir yerde bulunmasını sağlamaktadır.

Katılımcıların %98,2'si en az yılda bir kez aile hekimini ziyaret ederken, %50,1'i ayda bir ve daha sık aile hekimliği başvurusu olduğunu belirtmiştir. Buna rağmen yalnızca %11'i, şiddete maruz kaldığını aile hekimi ile paylaşmıştır. Paylaşmama nedenleri arasında sıklıkla öne çıkanlar utanma, hekimle iletişim eksikliği, konunun aile hekimliğinin alanına girmeyeceğinin düşünülmesi ve gizlilik endişesi olmuştur. Katılımcıların çoğu aile hekimi ile güvene dayalı bir ilişki kurulmasının paylaşımı kolaylaştıracağını belirtmiştir ve aile hekimliğinde şiddet taramasının muayenenin rutin bir parçası olmasını memnuniyetle karşılayacaklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %34,5'i aile sağlığı merkezinde psikolojik destek sağlanmasının mücadelelerinde yararlı olacağını belirtmiştir.

Kadın hastanın şiddete maruz kaldığı şüphesi varsa empati yaparak, suçlayıcı olmadan ve ilişkiyi sonlandırması için baskı kurmadan, net ve açık

uçlu sorularla, gizlilik garantisi verilerek ve kadın yalnızken şiddetin taranması ve detaylı fizik muayene yapılarak gerekli yönlendirmelerde bulunulması elzemdir. Eş/partner şiddetinden şüphelenilen ancak şiddet varlığını reddeden kadınlara yönelik sorgulama tekrarlayan vizitlerde de yinelenmelidir. Klinisyenin yalnızca fiziksel değil, psikososyal sorunlarıyla da ilgilendiğini gören kadının, sorunlarını güvenle paylaşabileceğini ve yardım talebinde bulunabileceğini düşünerek hekim ile şiddet gördüğü bilgisini paylaşma olasılığı artacaktır.

Kadınlara haklarının farkına varmaları ve yardım alabilecekleri kurum ve kuruluşlara erişimleri için yardımcı olunmalıdır. Hasta hekim ilişkisinde güven ve devamlılık sağlanmalı, hastaların otonomisine saygı duyularak özerk kararlar almalarına müsaade edilmelidir. Hastanın sağlığı ve güvenliği hekimin esas sorumluluğu olup özellikle ilişkiyi sonlandırma kararı alan hastalara güvenlik planı oluşturulması için danışmanlık verilmeli, destek alabilecekleri birimlere yönlendirilmelidir.

Hekimin tepkisinden ve kendisini aşağılamasından çekinme, hekimin meşgul olması, muayene esnasında aceleci davranması, ilgisiz görünmesi gibi, kadınların şiddet gördüğünü paylaşmasına engel olan sorunlar hekimin hastasına yeterli zamanı ayırması ve güvene dayalı bir ilişki kurması durumunda çözülebilecek olup, belki de bir kadının hayatında büyük ve olumlu değişimleri sağlayabilecek ilk adımlardır. Evrensel kanıtlara dayalı olarak muayene sürelerinin uzatılması, hasta sayılarının sınırlandırılması sayesinde aile hekimleri hastalarına daha etkili bir bakım sunabilecektir. Mezuniyet öncesi ve sonrasında kadına yönelik şiddetin tanınması ve müdahaleye yönelik eğitimlerin planlanması sayesinde klinisyenlerin bilgi eksikliğinden kaynaklanan kişisel rahatsızlık ve şiddet mağduruna yardım konusundaki belirsizlik, yasal endişeler gibi problemleri çözüme kavuşturulacaktır. Aile danışmanlığı eğitimlerinin aile hekimleri arasında yaygınlaştırılması, bu eğitimlerden hekimler ve aile sağlığı elemanlarının haberdar edilerek katılmalarının özendirilmesi ve kolaylaştırılması, psikolojik danışmanlara erişimin kolaylaştırılması devlet tarafından kadına yönelik şiddet mücadelesinde yapılabilecek düzenlemelerdir.

Eş/partner şiddeti küresel bir sağlık sorunu olup ülkemizde ve dünyada hasta ile ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık sistemi, şiddetin tespiti ve şiddet mağdurunun yönlendirilmesinde oldukça önemli bir noktada bulunmaktadır. Ülkemizde ve dünyada birinci basamak sağlık sisteminin ulaşılabilirliği ve aile hekimliğinin sürekli sabit temas noktası olup hasta merkezli bakım vermesi sayesinde aile hekimi, şiddet mağduruna yardım için ideal hekimdir. Hastaları tüm yaşam evrelerinde görme şansına sahip olan aile hekimlerinin şiddeti tanıyarak gerekli müdahalelerde bulunma şansı diğer hekimlik kollarından daha yüksektir. Spesifikleşmiş uzmanlık dallarının aksine hastayı biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşçu boyutlarıyla bütüncül olarak değerlendiren aile hekimlerinin, çekirdek yeterlilikleri özümseyerek eş/partner şiddetinin önlenmesinde stratejik öneme sahip olduğu söylenebilir. Bu hususta, aile hekimleri şiddete uğrayan kadına destek için hazır olmalıdır.

Bireyi merkeze alıp, hastasıyla akut ve kronik dönemde otonomisine saygı duyarak ilgilenip gerektiğinde savunuculuğunu yapan; yani çekirdek yeterlilikler doğrultusunda hareket eden aile hekimleri sayesinde hastalar hekim ile güvene dayalı bir ilişki kurabilecek ve paylaşımcı olabilecektir. Bu çalışmada da, bireylerin ve toplumun sağlığından sorumlu olan ve hastalarıyla güvene dayalı güçlü bir ilişki kurma şansı olan aile hekimlerinin, kültürel, dini, coğrafi, ekonomik ve toplumsal sınırların ötesinde küresel bir problem ve insan hakkı ve özgürlük ihlali olan kadına yönelik şiddetteki rolünün önemi görülmektedir.

ÖZET

Ankara’da Belediyelere Bağlı Kadın Sığınmaevlerinde Barınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Düşünceleri

Kadına yönelik şiddet, çözülmesi için kolektif bir bakış açısını ve temelde toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını gerektiren küresel bir problemdir. Şiddetin yaygınlığı ve yol açtığı fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar düşünüldüğünde koruyucu önlemlerin alınması ve şiddete maruz kalan kadınların erken fark edilerek desteklenmesi hem şiddet gören kadın hem de varsa çocukları için önemlidir. Tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlayarak, yaş ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın bireyi merkeze alıp biyopsikososyal ve varoluşçu boyutlarıyla hastasına bütüncül olarak yaklaşan bir disiplin olan aile hekimliği, ülkemizde en yaygın sağlık hizmet ağı olup hastaların birinci başvuru basamağı olması beklenmektedir ve şiddet mağdurlarının yardım ve yönlendirme talebi ile aile hekimlerine başvurmaları makul görünmektedir. Bu çalışmada kadınların sosyodemografik özellikleri ile sığınmaevine başvurmadan önceki süreçte aile hekimlerine başvurma ve şiddet gördükleri bilgisini paylaşma sıklıklarının belirlenmesi, hekime ve aile hekimliği sistemine yönelik düşüncelerinin tespit edilmesi ve bu sayede aile hekimliği sisteminin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunularak mevcut sisteme ışık tutulması amaçlanmaktadır.

1 Nisan 2019–31 Mayıs 2019 tarihleri arasında T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi, T.C. Çankaya Belediyesi ve T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevlerinde gerçekleştirilen çalışma 52’si eş/partner şiddeti, 3’ü ebeveyn/kardeş şiddeti nedeniyle sığınmaevinde barınan 55 katılımcı ile tamamlanmıştır. Açık uçlu soruları da içeren bir yarı yapılandırılmış görüşme formu geliştirilmiş ve derinlemesine mülakat yöntemi uygulanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $35,76 \pm 10,88$ olup %50,9’u evli, %30,9’u ilköğretim mezunu iken %65,5’inin aile tipi çekirdek ailedir ve %76,4’ü kent merkezlerinde yaşamaktadır. Katılımcıların %30,4’ü aile zoruyla evlendirilmiştir. %50,1’inin sığınmaevine başvurmadan önce meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Şiddet çoğunlukla evliliğin ilk 2 senesi içinde ve çocuk sahibi olmadan başlamıştır. Psikolojik şiddetin zamanla fiziksel şiddete dönüştüğü ve çoğunlukla bunlara cinsel ve ekonomik şiddetin de eşlik ettiği belirlenmiştir. Sığınmaevlerinden haberdarlık ağırlıklı olarak kolluk kuvvetleri (%34,5) ve çevre aracılığıyla sözel bilgilendirme (%34,5) sayesinde olmuştur. Katılımcıların %50,1’i sığınmaevine başvurmadan önce ayda 1 veya daha sıklıkla aile hekimliğine başvurduklarını bildirmiştir. Kadınların %89’u şiddete maruz kaldığını aile hekimi ile paylaşmamış olup utanma, hekimle iletişim eksikliği, gizlilik endişesi ve konunun aile hekimliği alanı dışında olduğunu düşünme öne çıkan nedenlerdir. Hekim ile şiddet gördüğünü paylaşan kadınların %57,1’i herhangi bir yönlendirmede bulunulmadığını belirtmiştir. Katılımcılar aile hekimliğinin şiddetin önlenmesinde kadına yönelik şiddetin sorgulanması ve gerekli yönlendirmelerin yapılması (%65,5) ve ASM’de psikolojik destek sağlanması (%34,5) şeklinde katkılarının olabileceğini

belirtmişlerdir. ASM'de kadına yönelik şiddet hakkında bilgilendirme tercihleri sorulduğunda kadınların %78,2'si hem yazılı olarak hem de muayene esnasında sözel olarak bilgilendirilmek istediklerini belirtmiştir. Katılımcılara şiddetin önlenabilirliğine ilişkin düşünceleri sorulduğunda ise, eşinin ailesiyle yaşayanlarda daha yüksek oranlarda olmak üzere, şiddetin aile desteği ile önlenabilirliği (%45,5) ve eşin/partnerin psikolojik yardım alması ile önlenabilirliği (%34,5) düşünceleri öne çıkmıştır.

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak yerleşim yeri, öğrenim düzeyi, meslek sahibi olma durumu, refah düzeyi fark etmeksizin her kesimden kadının şiddet mağduru olabildiği görülmüştür. Ailesi veya yakın çevresi ile şiddete maruz kaldığını paylaşan çoğu kadının destek bulamadığı, yuvasını dağıtmaması ve idare etmesi yönünde telkinde bulunduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin çekirdek yeterlilikleri kapsamında bütüncül bakım vererek şiddet mağdurlarının tanı ve tedavisinde rol oynaması için hekim ve yardımcı sağlık personelinin eş/partner şiddeti hakkında bilgilendirilerek yaklaşım konusunda donanımlı hâle getirilmesi, şiddeti düşündüren öykü ve bulguların hekimler ve yardımcı sağlık personeline farkında olunması, bireyi merkeze alan ve otonomisine saygı duyarak hastayla ortaklaşa hareket eden kişi merkezli bakım sağlanması, biyopsikososyal modellemenin kültürel ve varoluşçu boyutlarıyla ele alındığı bütüncül yaklaşım ilkesinin benimsenmesi, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulması, klinisyenin tekrarlayan vizitlerde kadına desteğini sürdürerek seçenekleri hakkında bilgi vermesi ve yardımcı olabilecek kurum ve kuruluşlara yönlendirilmesi şiddet mücadelesinde öne çıkmaktadır. Aile hekimi eş/partner şiddetinin fark edilmesi ve şiddet mağdurunun destek sistemlerinin harekete geçirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Eş/partner şiddetinden şüphelenilmesi ya da varlığının saptanması durumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, hasta merkezli ve süreklilik arz eden bakım verilmesi nedeniyle, aile hekimi şiddet mağduruna yardım için ideal hekimdir.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Eş Şiddeti, Kadına Yönelik Şiddet, Yakın Partner Şiddeti.

SUMMARY

The Sociodemographic Characteristics and the Thoughts on Primary Healthcare of the Women in the Women's Shelters Affiliated with the Municipalities in Ankara

Violence against women is a global problem, the resolution of which requires a collective perspective based on societal gender equality. When the generality of the violence and the physical, mental, and social problems caused by violence are considered, taking protective measures and supporting women, who are exposed to violence by early identification are important for both women and children who are exposed to violence. Family medicine, which approaches the patient as a whole with biopsychosocial and existentialist dimensions centered on the individual, provides comprehensive care to all who are seeking medical care, regardless of age and gender. This is the most widespread healthcare network in Turkey and is expected to be the first step in healthcare services. Therefore, it seems reasonable for victims of violence to apply to family doctors for help and referral. In this study, it is aimed to determine the sociodemographic characteristics of women and their frequency of applying to the family doctors and sharing the information about the violence that is exposed to before they consult to a shelter, to define their opinions about the physician and the family medicine system, and thereby to shed light on the existing system by making suggestions to improve the current medicine system.

This study, which was carried out in the Women's Shelters of Ankara Metropolitan Municipality, Çankaya Municipality, and Keçiören Municipality between April 1st, 2019 and May 31st, 2019, was accomplished by 55 participants: 52 out of 55 suffered partner violence, while the rest were exposed to parent or sibling violence. An in-depth interview was conducted using a semi-structured interview form including open-ended questions. The mean age of the participants was 35,76±10,88 years, 50,9% were married, 76,4% lived in city centers, 65,5% in a nuclear-type family, and 30,9% had a primary school level of education. 30,4% of the participants had been forced to marry by their family, and 50,1% of them were reported that they had a profession before applying to the Shelter. In the majority of cases, the violence had started in the first two years of marriage before there had children. It was detected that psychological violence turned into physical violence in time and the majority of women stated that they experienced sexual and economic violence, as well. Being aware of the Women's Shelters was obtained mainly by the police and armed forces (34,5%) or by verbal statements in their environment (34,5%). 50,1% of the women stated that they consulted the family doctor for once or more in a month, before applying to the Shelter. The reasons that 89% of the women did not tell the family physician that they were exposed to violence were primarily shame, lack of communication with the doctor, concerns about confidentiality, and the thought that the subject was beyond the scope of the family doctor. Of the women who shared information about violence with the doctor, 57,1% reported that they were not given any referral. The participants stated that

family doctors could contribute to the prevention of violence by questioning the women about violence and making the necessary referrals (65,5%) and providing psychological support in the family health center (34,5%). When their preference for being informed about violence against women in the family health center was asked, 78,2% of the women stated that they wished to be informed both in written and verbal during the examination. When the participants were asked about their thoughts related to the preventability of violence, the predominant opinions were that violence could be prevented with family support (45,5%), reported especially at high rates by those living with the family of their spouse, and by the receiving psychological support of spouse/partner (34,5%).

Consistent with findings in the literature, it was seen that women in all sections of society could be exposed to violence, irrespective of place of residence, level of education, occupational status, and prosperity. It was seen that most of the women who told their family or those around them that they had been exposed to violence did not obtain support but were advised to manage the situation and not break up their relationship. For family doctors to play a role in the diagnosis and treatment of victims of violence, they must have core capabilities in the context of providing holistic care, and there must be an established approach for informing the doctor and auxiliary healthcare personnel about intimate partner violence. Doctors and auxiliary healthcare workers must be aware of history and findings suggestive of violence, and provide patient-centered care in agreement with the patient, respecting their autonomy. To be successful in overcoming violence against women, a holistic approach should be adopted in the biopsychosocial modeling, considering cultural and existentialist dimensions, the relationship between doctor and patient should be developed over time with effective communication, and on repeat visits, ongoing support should be provided for the woman by giving information about options and referrals to organisations and institutions that will be able to help. The family physician has an important role in identifying intimate partner violence and activating the support system for victims of violence. When intimate partner violence is detected, or there is any suspicion, the family doctor is in an ideal position to help the victim as the first stage of accessibility to healthcare services, providing patient-centered and ongoing care.

Key Words: Family Medicine, Intimate Partner Violence, Primary Healthcare, Spousal Abuse, Violence Against Women.

KAYNAKLAR

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The lancet. 2002;360(9339):1083-8.
2. World Health Organization Assembly. Constitution of the World Health Organization. International Health Conference; 19-22 June, 1946 October 2006; New York.
3. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020). Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2016.
4. Tezcan ST, Hande. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadınların Fiziksel ve Ruhsal Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. 2009.
5. Violence against women. Geneva: World Health Organization; 1997.
6. Butchart A, Mikton C. Global status report on violence prevention. 2014.
7. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe; 2011.
8. Parmaksızoğlu AÇ. Aile İçi Şiddet Mağduru Olup Boşanma Sürecinde Bulunan Kadınlarda Travma Sonrası Stres Belirtileri ve İlişkili Özellikler [Yüksek Lisans Tezi]: Kocaeli Üniversitesi; 2011.
9. Çiftçi F. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri [Yüksek lisans tezi]: Kırıkkale Üniversitesi; 2013.
10. Öztürk Ö. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet [Yüksek lisans tezi]: İstanbul Üniversitesi; 2011.
11. Okutan N. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet - Van'da, Kadınların Şiddet Deneyimleri, Şiddeti Doğuran Koşullar ve Başetme Biçimleri, Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri [Yüksek Lisans Tezi]: Yüzüncü Yıl Üniversitesi; 2007.
12. Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, Hillis SD, Klevens J, Houry D. Violence in the United States: status, challenges, and opportunities. Jama. 2015;314(5):478-88.
13. Köse A, Beşer A. Kadının Değiştirilebilir Yazgısı "Şiddet". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10(4):114-21.

14. Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice; 2000.
15. Langenderfer-Magruder L, Whitfield DL, Walls NE, Kattari SK, Ramos D. Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado: Comparing rates of cisgender and transgender victimization. *Journal of interpersonal violence*. 2016;31(5):855-71.
16. Valentine SE, Peitzmeier SM, King DS, O'Cleirigh C, Marquez SM, Presley C, et al. Disparities in exposure to intimate partner violence among transgender/gender nonconforming and sexual minority primary care patients. *LGBT health*. 2017;4(4):260-7.
17. Breiding MJ. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries* (Washington, DC: 2002). 2014;63(8):1.
18. Atman ÜC. Kadına Yönelik Şiddet; Cinsel Taciz / Irza Geçme. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2003;12(9):333-5.
19. Tatlılıoğlu K, Küçükköse İ. Türkiye’de kadına yönelik şiddet: Nedenleri, koruma, önleme ve müdahale hizmetleri. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Yıl. 2015;7:13.
20. Uçar A. İstatistiki Verilerle Ulusal Basında Kadına Yönelik Şiddet. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2016;7(2):315-64.
21. Akkaş İ, Uyanık Z. Kadına Yönelik Şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;6(1):32-42.
22. Yanık AI, Hanbaba Z, Soygür S, Ayaltı Bş, Doğan M. Kadına Yönelik Şiddet Davranışlarının Değerlendirilmesi: Türkiye'den Kanıt. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2014:104-11.
23. Yiğitcan G. Kadına Yönelik Şiddet- Kırıkkale Örneği [Yüksek Lisans Tezi]: Kırıkkale Üniversitesi; 2013.

24. Bilican GV. Türkiye'de Kadına Yönelik Ekonomik Şiddet. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2011;12(2).
25. Fawole O. Economic Violence to Women and Girls - Is It Receiving the Necessary Attention? Trauma, Violence, & Abuse. 2008;1-11.
26. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. Journal of Epidemiology & Community Health. 2005;59(10):818-21.
27. West J. Cyber-violence against women: Battered Women's Support Services; 2014.
28. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. American journal of lifestyle medicine. 2011;5(5):428-39.
29. Clark LE, Allen RH, Goyal V, Raker C, Gottlieb AS. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. American journal of obstetrics and gynecology. 2014;210(1):42. e1-. e8.
30. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. Archives of internal medicine. 2009;169(18):1692-7.
31. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. World report on violence and health. 2002;1:87-113.
33. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women: Findings from the National Violence against Women Survey. Research in Brief. 1998.
34. McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, Williams CM, Gerber MR, Sege R, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. Academic emergency medicine. 2005;12(8):712-22.

35. Renner LM, Whitney SD. Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. *Child abuse & neglect*. 2012;36(1):40-52.
36. Ryden J, Blumenthal PD. *Practical Gynecology: A Guide for the Primary Care Physician*: ACP Press; 2009.
37. Korkmaz M, Demiray E, Sevil Ü. *Dünyada, Türkiye’de Kadın ve Şiddet*. Ankara: Nobel Akademik Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.; 2015.
38. McLeer SV, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health*. 1989;79(1):65-6.
39. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015;385(9977):1567-79.
40. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *The BMJ*. 2003;327(7416):673-6.
41. Alpert EJ. *Intimate partner violence: the clinician’s guide to identification, assessment, intervention, and prevention*. Massachusetts: Massachusetts Medical Society. 2010:11-5.
42. Acar F. CEDAW’dan İstanbul Sözleşmesi’ne: Kadınların İnsan Hakları ve Kadınlara Karşı Şiddete İlişkin Uluslararası Standartların Evrimi. *Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Hakları: Kadına Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddet*. 2014:61-75.
43. Kitiş Y, Bilgici SŞ. Bir Aile İçi Şiddet Olgusu; Sır Tutma İlkesi ile Şiddeti İhbar Etme Yükümlülüğü Arasındaki Etik İkilem. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2007;11(11):7-11.
44. *Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddetin Tanı-Tedavi ve Yönlendirilmesi*. 2. ed. Ankara: Türk Tabipleri Birliği, Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu; 2017.
45. *Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi Sağlık Çalışanları Kılavuzu*. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadın Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2016.

46. Kadın Haklarına İlişkin Uluslararası Hukuk Düzenlemeleri. Ankara: Ankara Barosu Başkanlığı Yayınları; 2012.
47. Assembly G. United Nations Declaration on the Elimination of Violence Against Women. 1993.
48. Canikoğlu SK. Kadınlara Yönelik Şiddetin ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesine Dair Ulusal ve Uluslararası Mevzuat (İstanbul Sözleşmesi ve 6284 Sayılı Kanun). Ankara Barosu Dergisi. 2015(3):355-78.
49. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi): Avrupa Konseyi; 2011.
50. Berk RA, Newton PJ, Berk SF. What a difference a day makes: an empirical study of the impact of shelters for battered women. Journal of Marriage and the Family. 1986.
51. Logar R, editor The European Women's Shelter Movement and its contribution to change: New challenges and future perspectives. 1st World Conference on Women's Shelters; 2008: Citeseer.
52. Morris M. Some facts and dates in Canadian women's history of the 20th century'. Canadian Research Institute for the Advancement of Women Newsletter. 2000;20(1).
53. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet. 2. ed. İstanbul2008.
54. Karakaş S, Şener Ü, Otaran N. Kadın sığınmaevleri kılavuzu: Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2008.
55. Erbaydar NP. Kadın Sığınmaevleri. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi Aylık Yazıları. 2012.
56. ALO 183: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2019. <https://alo183.ailevecalisma.gov.tr/alo-183>. (Erişim Tarihi: 27.01.2020)
57. Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı: Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu; 2019. <http://tkdf.org.tr>. (Erişim Tarihi: 27.01.2020)
58. Tosun Z. Belediyeler İçin Kadın Sığınmaevi, Kadın Danışma Merkezi ve Şiddet Başvuru Hattı Uygulama Rehberi. Ankara: İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü Yayınları; 2010.

59. Kadına Yönelik Şiddet ve Şönim: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2016. <https://alo144.ailevecalisma.gov.tr/bilgi-bankasi/kadina-yonelik-siddet-ve-sonim>. (Erişim Tarihi: 27.01.2020)
60. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2019. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakanligimiz-ile-milli-savunma-bakanligi-arasinda-kadina-yonelik-siddet-ile-mucadele-egitimi-protokolu-imzalandi/>. (Erişim Tarihi: 27.01.2020)
61. Şiddetten uzakta: bir sığınak nasıl kurulur? Nasıl yürütülür? İstanbul: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı; 2007.
62. Kadın Konukevlerinin Açılması ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik, 28519, Resmi Gazete (05.01.2013).
63. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 6284, Resmi Gazete (08.03.2012).
64. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik: Hatiboğlu Yayınları; 2012.
65. McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside “Pandora’s box” abused women’s experiences with clinicians and health services. Journal of General Internal Medicine. 1998;13(8):549-55.
66. Aydın A. Ailenin Korunmasını Sağlayan Dayanışma Örüntüleri ile Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Arasındaki İlişki: Çankaya Belediyesi Kadın Sığınmaevi’nde Kalan Kadınlar Örneği. 2014.
67. Sallan Gül S. Türkiye’de Kadın Sığınmaevleri Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar mı. İstanbul, Bağlam Yayınları. 2013.
68. Alper Z, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Domestic violence: a study among a group of Turkish women. Eur J Gen Pract. 2005;11(2):48-54.
69. Epstein R, Pandit M, Thakar M. How love emerges in arranged marriages: Two cross-cultural studies. Journal of Comparative Family Studies. 2013;44(3):341-60.
70. The EU in the world - population 2017. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=The EU in the world - population#Urban population](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=The_EU_in_the_world_-_population#Urban_population). (Erişim Tarihi: 27.01.2020)

71. Kaptanoğlu İ. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. 2015.
72. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2009.
73. Karamagi CA, Tumwine JK, Tylleskar T, Heggenhougen K. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. BMC Public Health. 2006;6:284.
74. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behavior: Findings from a 30-year longitudinal study. Drug and alcohol dependence. 2012;122(1-2):135-41.
75. Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. American Journal on Addictions. 2001;10(2):122-35.
76. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychology of Addictive Behaviors. 2012;26(2):236.
77. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. Ann Fam Med. 2012;10(3):213-20.
78. Mills T. The assault on the self: Stages in coping with battering husbands. Qualitative Sociology. 1985;8(2):103-23.
79. Strube MJ. The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and theoretical issues. Psychological bulletin. 1988;104(2):236.
80. Nicolaidis C, Curry MA, Ulrich Y, Sharps P, McFarlane J, Campbell D, et al. Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner. Journal of General Internal Medicine. 2003;18(10):788-94.
81. Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. Pediatrics. 2001;108(3):e43-e.

82. Boukemidja NB. Cyber Crimes against Women: Qualification and Means. *European Journal of Social Sciences*. 2018;1(3):34-44.
83. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of interpersonal violence*. 2004;19(11):1296-323.
84. Roberts TA, Klein JD, Fisher S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2003;157(9):875-81.
85. Coker AL, Smith PH, Fadden MK. Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *Journal of Women's Health*. 2005;14(9):829-38.
86. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K, et al. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2019:1-6.
87. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS medicine*. 2013;10(5).
88. O'Leary KD. Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and victims*. 1999;14:3-24.
89. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*. 2015;385(9978):1672-84.
90. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*. 2015;385(9978):1685-95.
91. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *Jama*. 1996;275(24):1915-20.
92. Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE, Group PW. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time

of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996–1997. *Maternal and child health journal*. 2000;4(2):85-92.

93. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;100(1):27-36.

94. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: associations with maternal and neonatal health. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006;195(1):140-8.

95. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2010;376(9744):903-10.

96. ACOG committee opinion no. 518: intimate partner violence. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2 Pt 1):412-7.

97. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet*. 2006;368(9543):1260-9.

98. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;105(1):99-108.

99. Christians F. A Qualitative Study of Five Women's Experiences of Abuse by an Intimate Male Partner. Cape Town: University of Cape Town; 2002.

100. Hampton RL, Gelles RJ. Violence toward Black women in a nationally representative sample of Black families. *Journal of Comparative Family Studies*. 1994;25(1):105-19.

101. Hotelling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and victims*. 1986;1(2):101-24.

102. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization; 2013. Report No.: 9241548592.
103. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of internal medicine*. 1995;123(10):737-46.
104. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of internal medicine*. 1992;152(6):1186-90.
105. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013;382(9895):859-65.
106. Crandall ML, Nathens AB, Kernic MA, Holt VL, Rivara FP. Predicting future injury among women in abusive relationships. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2004;56(4):906-12.
107. Campbell JC, Webster DW, Glass N. The danger assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of interpersonal violence*. 2009;24(4):653-74.
108. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*. 1996;17(3):283-316.
109. Alpert EJ. Intimate Partner Violence The Clinician’s Guide to Identification, Assessment, Intervention, and Prevention. 6. ed. Massachusetts Medical Society Committee on Violence Intervention and Prevention; 2015.
110. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. 2003:231-49.
111. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*. 2002;359(9316):1509-14.

112. Güldal D, Yıldırım E, Kuruoğlu E, Günvar T, Mevsim V. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012;16(3):107-12.
113. Ambuel B, Hamberger LK, Guse CE, Melzer-Lange M, Phelan MB, Kistner A. Healthcare can change from within: sustained improvement in the healthcare response to intimate partner violence. Journal of Family Violence. 2013;28(8):833-47.
114. Freeman TR. Aile Hekimliğinin Kökeni. McWhinney'in Aile Hekimliği. 4. Baskı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2016. p. 6-7.
115. Ferris LE. Canadian family physicians' and general practitioners' perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. Medical care. 1994;1163-72.
116. Birliği TT. Türk Tabipleri Birliği 2014-2016 Çalışma Raporu. 2016.
117. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ve Dünya Bankası; 2008. 78 p.
118. Camasso MJ, Camasso AE. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. Social science & medicine. 1994;38(5):733-48.
119. Rittmayer J, Roux G. Relinquishing the need to "fix it": medical intervention with domestic abuse. Qual Health Res. 1999;9(2):166-81.
120. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. Women & Health. 2012;52(6):587-605.
121. Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. Women's Health Issues. 2005;15(1):21-30.
122. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Archives of internal medicine. 2006;166(1):22-37.

123. Rodriguez MA, Bauer HM, Flores-Ortiz Y, Szkupinski-Quiroga S. Factors affecting patient-physician communication for abused Latina and Asian immigrant women. *Journal of Family Practice*. 1998;47:309-11.
124. Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer H. Breaking the silence. *Arch Fam Med*. 1996;5:153-8.
125. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *Journal of general internal medicine*. 2002;17(2):112-6.
126. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane database of systematic reviews*. 2015(7).
127. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Jama*. 1999;282(5):468-74.
128. Wathen CN, MacMillan HL. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Cmaj*. 2003;169(6):582-4.
129. Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: US preventive services task force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2013;158(6):478-86.
130. Rosenstock L, Berg A, Brindis C, Diaz A, Nelson H, Ness R. Clinical preventive services for women: closing the gaps. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.
131. Family and Intimate Partner Violence H-515.965: American Medical Association; 2019. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/Violence%20and%20Abuse?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-0-4664.xml>. (Erişim Tarihi: 27.01.2020)
132. Gielen AC, O'Campo PJ, Campbell JC, Schollenberger J, Woods AB, Jones AS, et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *American journal of preventive medicine*. 2000;19(4):279-85.

133. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunnes D, Eldridge S, et al. Advocacy Interventions to Reduce or Eliminate Violence and Promote the Physical and Psychosocial Well-Being of Women who Experience Intimate Partner Abuse: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*. 2016;12(1):1-202.
134. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of internal medicine*. 2012;156(11):796-808.
135. Feder G, Wathen CN, MacMillan HL. An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. *Jama*. 2013;310(5):479-80.
136. Ferris L, Tudiver F. Family physicians' approach to wife abuse: a study of Ontario, Canada, practices. *Family medicine*. 1992;24(4):276-82.
137. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family medicine*. 1992;24(4):283-7.
138. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166(1):22-37.
139. Liebschutz JM, Rothman EF. Intimate-partner violence—what physicians can do. *N Engl J Med*. 2012;367(22):2701-32703.
140. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(10).
141. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American journal of preventive medicine*. 2006;30(6):458-66.
142. Meit S, Fitzpatrick K, Selby J. Domestic violence: intimate partner violence. *Textbook of family medicine*. 7th ed. . Philadelphia: Saunders: Elsevier; 2007. p. 47-67.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi :21/03/2019

Toplantı Sayısı :07

Karar Sayısı :129

129-Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği **Arş.Gör.Dr.Hüsna Çevik**'in "Ankara'da Belediyelere Bağlı Kadın Sığınma Evlerinde Barınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Düşünceleri" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili 29/11/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Arş.Gör.Dr.Hüsna Çevik**'in "Ankara'da Belediyelere Bağlı Kadın Sığınma Evlerinde Barınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Düşünceleri" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
21/03/2019


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK-2. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

“ANKARA’DA BELEDİYELERE BAĞLI KADIN SİĞİNMAEVLERİNDE BARINAN KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ” ARAŞTIRMA ANKETİ

1. Yaşınız

.....

2. Eşiniz/Partnerinizin yaşı

.....

3. Medeni hâliniz

- a) Bekâr
- b) Boşanmış
- c) Evli
- d) İmam nikâhı ile birliktelik

4. Birliktelik/evlilik süreniz

.....

5. Evlilik yaşı

.....

6. Evlenme şekliniz

- a) Anlaşarak evlenme
- b) Görücü usulü, anlaşarak evlenme
- c) Aile zoruyla evlenme

7. Eğitim durumunuz

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite mezunu

8. Eşiniz/Partnerinizin eğitim durumu

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite mezunu

9. Sığınmaevine başvurmadan önce çalışıyor muydunuz?

- a) Evet

b) Hayır

10. Çalışıyor iseniz mesleğiniz?

.....

11. Sığınmaevinde kalmaktayken çalışıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

12. Çalışıyor iseniz mesleğiniz

.....

13. Eşiniz/partneriniz çalışıyor mu?

a) Evet

b) Hayır

14. Çalışıyor ise mesleği

.....

15. Eşler arasında akrabalık var mı?

a) Evet

b) Hayır

16. Çocuğunuz varsa çocuk sayısı

.....

17. Aile tipiniz

a) Çekirdek aile

b) Eşin/partnerin ailesi ile birlikte yaşama

c) Kadının ailesi ile birlikte yaşama

18. Yaşadığınız bölge

a) Kent

b) Kırsal

19. Göç ettiniz mi?

a) Evet

-Kentten göç

-Kırsaldan göç

b) Hayır

20. Eşiniz/partnerinizde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık var mı?

a) Evet

b) Hayır

21. Eşiniz/partnerinizde alkol/madde bağımlılığı var mı?

a) Evet

-Alkol

- Madde
- Alkol ve Madde

b) Hayır

22. Şiddete maruz kalma süreniz

..... yıl

23. Şiddet tipi (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- a) Fiziksel şiddet
- b) Cinsel şiddet
- c) Psikolojik şiddet (Sözel-Duygusal)
- d) Ekonomik şiddet
- e) Siber şiddet

24. Şiddet ne zaman başladı?

- a) Evlilik öncesi
- b) Evlilik sonrası
- 2 yıla kadar
- 2-5 yıl arası
- 5 yıl ve sonrası

25. Şiddet/çocuk ilişkisi

- a) Çocuk olmadan başladı
- b) Gebelik esnasında başladı
- c) Çocuk olduktan sonra başladı

26. Eşiniz/partneriniz çocuğunuza/çocuklarınıza şiddet uyguluyor muydu?

- a) Evet
- b) Hayır

27. Şiddete katlanma nedeniniz? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- a) Ekonomik zorluklar
- b) İnanç
- c) Çocukların olması
- d) Aile ve toplum baskısı
- e) Eşten korku (Yaşam hakkı tehdidi)

28. Kadın sığınmaevinden nasıl haberdar oldunuz?

- a) İnternet
- b) Televizyon
- c) Radyo
- d) Gazete/Dergi
- e) Çevre (sözel)
- f) Kamu kuruluşlarındaki ilanlar
- g) Hekim önerisi

29. Kadın sığınmaevine başvurmaya nasıl karar verdiniz? (Konuşma

esnasında kişiye göre değerlendirilecektir)

.....

30. Ne kadar zamandır kadın sığınmaevindesiniz?

... ay

31. Daha önceden sığınmaevinde kaldınız mı? Cevabınız evet ise kaçınıcı sığınmaevi deneyiminiz?

- a) Evet (..... deneyim)
- b) Hayır

32. Önceki hayata göre sığınmaevindeki memnuniyetiniz?

- a) Daha kötü
- b) Aynı
- c) Daha iyi

Birinci Basamak ile ilgili sorular:

33. Sığınmaevine başvurmadan önce Aile hekiminize ne sıklıkta gidiyordunuz?

- a) Hiç gitmiyordum
- b) Ayda 1 ve daha sık
- c) 3 ayda 1
- d) 6 ayda 1
- e) Yılda 1

34. Şiddet gördüğünüzü aile hekiminiz ile paylaştınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

35. Aile hekiminiz şiddete uğrayıp uğramadığınızı sordu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

36. Aile hekiminizle şiddeti paylaşmadınız ise sebepleri? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- a) Utanma
- b) Hekimin tepkisinden çekinme
- c) Hekimle iletişim eksikliği
- d) Hekimin cinsiyeti
- Hekimin kadın olması
- Hekimin erkek olması
- e) Konunun aile hekimliğinin alanı dışına görülmesi
- f) Şiddet uygulayandan korku
- g) Finansal destek eksikliği nedeniyle hekime başvuramama
- h) Eşin/partnerin sağlık kuruluşuna başvurulmasını engellemesi
- i) Paylaşılanların gizli tutulacağına inanmama
- j) Polis müdahalesinden korkma

j) Ailenin dağılacığından korkma, kendisini ayrılığa hazır hissetmeme

37. Paylaştınız ise aile hekiminiz nasıl bir yönlendirmede bulundu?

- a) Yönlendirmede bulunmadı
- b) Ailede etkin olan kişi ile konuşmamı önerdi
- c) Psikolog/psikiyatriste yönlendirdi
- d) Polise yönlendirdi
- Sözel olarak
- Adli (Adli rapor tutarak polise durumu bildirdi)
- e) Kadın danışma merkezi/ŞÖNİM'e yönlendirdi

38. Psikolog/psikiyatrist başvurunuz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

39. Polis başvurunuz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

40. Aile hekimi dışında kimseden yardım istediniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet
- Aile içinden
- Din adamları ya da o alandaki otoriteden
- Diğer doktorlardan
- Arkadaş çevresinden
- Polisten
- Adli makamlardan
- Kadın danışma merkezleri, ŞÖNİM, STK'lerden

41. Şiddetin önlenmesinde veya şiddet ilişkisinin kırılmasında aile hekiminizin nasıl bir katkısı olabilirdi?

.....

42. Aile sağlığı merkezinde kadına yönelik şiddet ile ilgili ne şekilde bilgilendirilmeyi tercih edersiniz?

- a) Yazılı olarak (Bekleme salonu, kadınlar tuvaleti, hekimin odasında aile içi şiddet ile ilgili afişler, yönlendirmeler bulunması)
- b) Hekimin muayene sırasında kadına yönelik şiddeti sorgulaması ve gerekli yönlendirmeleri yapması
- c) Yazılı ve sözlü olarak

43. Şiddeti önlemek için sizce yapılabilecek bir şey var mıydı?

.....

EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: ANKARA'DA BELEDİYELERE BAĞLI KADIN SİĞİNMAEVLERİNDE BARINAN KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ

Sayın gönüllü, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı uzmanlık tezi araştırmasına katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz beklenmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Sayın Gönüllü;

Bu araştırma Ankara'da Belediyelere bağlı bulunan Kadın Sığınmaevlerinde (T.C. Ankara Büyükşehir Belediyesi, T.C. Çankaya Belediyesi, T.C. Keçiören Belediyesi Kadın Sığınmaevleri) barınan kadınların sığınmaevine başvurmadan önceki süreçte aile hekimlerine başvurma ve şiddet gördükleri bilgisini paylaşma sıklıklarının belirlenmesi, hekime ve aile hekimliği sistemine yönelik düşüncelerinin tespit edilmesini amaçlamaktadır.

Çalışmamız Ankara'da Belediyelere bağlı Kadın Sığınmaevlerinde barınan kadınlara yapılmaktadır. Çalışmaya katılma koşulları katılımcının 18-65 yaş aralığında olması, aktif alkol ve madde kullanımının olmaması, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu tanı konulmuş psikiyatrik hastalığının bulunmaması ve araştırmaya katılmayı kabul etmesidir. Araştırmaya en az 52 kadın dahil edilecektir. Sizden yaklaşık 15 dakika sürecek 43 sorudan oluşan anketi Dr. Hüsnâ Çevik tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurmanız istenecektir. Anketimizde 21 adet sosyodemografik özellikte ve 22 adet sığınmaevine başvurmadan önceki ilişkiniz, kadın sığınmaevleri ve aile hekimliği sistemine yönelik görüşleriniz hakkında soru mevcut olup kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Yapılan bu araştırma siz katılımcılarımıza herhangi bir parasal yük getirmeyecektir. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği gibi, size katılımınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Anket soruları siz katılımcılarımızın herhangi bir riskle karşılaşmaması için bağımsız iki psikiyatrist tarafından değerlendirilmiştir ve uygun bulunmuştur.

Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da yarıda bırakmanız durumunda herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmazsınız. Soruların yanıtlanması esnasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeniz durumunda yarıda bırakma hakkına sahipsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız hâlinde, sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Kimlik bilgilerinizin istenmeyeceği bu araştırmada, sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Onay Bölümü:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim

Araştırma Ekibi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Selda Tekiner

tekiner@medicine.ankara.edu.tr

Araş. Gör. Dr. Hüsna Çevik

husna.cevik@saglik.gov.tr

İletişim: 03125083333/2167

Katılımcı:

İmza:

Not: İlgili formun iki kopyası bulunmakta olup, bir kopyası da siz katılımcılarımıza verilecektir.