



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KADINA ŞİDDETİ ÖNLEMeye YÖNELİK BİR EĞİTİMİN ETKİSİ:
KARAMAN (AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ) ÖRNEĞİ**

Hazırlayan
Hakan YALÇIN

Sosyoloji Ana Bilim Dalı
Sosyoloji Bilim Dalı
Yüksek Lisans

Danışman
Doç. Dr. Oya AÇIKALIN RASHEM

KARAMAN – 2018



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KADINA ŞİDDETİ ÖNLEMeye YÖNELİK BİR EĞİTİMİN ETKİSİ:
KARAMAN (AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ) ÖRNEĞİ**

Hazırlayan
Hakan YALÇIN

Sosyoloji Ana Bilim Dalı
Sosyoloji Bilim Dalı
Yüksek Lisans

Danışman
Doç. Dr. Oya AÇIKALIN RASHEM

KARAMAN – 2018

**KADINA ŞİDDETİ ÖNLEMeye YÖNELİK BİR EĞİTİMİN ETKİSİ:
KARAMAN AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ ÖRNEĞİ**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi:02.01.2018

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan: Prof. Dr. Aylin GÖRGÜN BARAN

Üye: Doç. Dr. Oya AÇIKALIN RASHEM

Üye: Yrd. Doç. Dr. Fatih KAHRAMAN

Bu tez, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 14.12.2017 tarihli ve 2017/38-280 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü: Doç. Dr. İdris Nebi UYSAL



TEŞEKKÜR

“Bütün bu yüzyıllar boyunca kadınlar, erkeği olduğundan iki kat büyük gösteren bir aynada gördüler, büyülü bir aynaydı bu ve müthiş bir yansıtma gücü vardı.”
(Woolf, 1929)

Bu tezin yazılması ve tamamlanması sürecinde verdiği emek ve gösterdiği sabırdan dolayı saygıdeğer danışman hocam Sayın Doç. Dr. Oya AÇIKALIN RASHEM’e bana kattığı bilgiler için teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında neşeli iki yıl geçirdiğimiz dönem arkadaşlarım: Ayşe AKKUŞ, Güllü ÖZTÜRK, Perihan YETKİN, Melek AÇIKALIN, Deniz ALTIN, Merve ŞEBBOY, Fatih AVCI, Kemal TOLUK, Erhan KURT ve Önder KÖSE’ye, yüksek lisans yapmam için beni cesaretlendiren arkadaşım Emre GEZGİN’e, öğrenme ruhunu bana bulaştıran ablam Tülin TUNÇ’a, eğitimim boyunca verdiği destek için müdürüm Dine ATCI KAYA’ya, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda verdiği kitaplar için Özlem Ezgi UYAR’a ve tezimin yazım sürecinde yardımları için arkadaşım Hale Fulya KOÇAK’a çok teşekkür ederim.

KADINA ŞİDDETİ ÖNLEMeye YÖNELİK BİR EĞİTİMİN ETKİSİ:

KARAMAN (AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ) ÖRNEĞİ

ÖZET

Kadına yönelik şiddet, son yıllarda görünürlüğü artan, yaygınlığı ve etkileri giderek daha fazla anlaşılan bir olgudur. 2016 yılında Karaman’da yapılan bu çalışmada, birinci basamak aile hekimliği birimlerinde görevli 126 sağlık çalışanına, kadına yönelik şiddeti önleme hedefi doğrultusunda bir eğitim verilmiştir. Bu eğitimin sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitsizliği tutumlarına ve hizmet sunumu bilgilerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmada ön test-son test tek gruplu model ilkeleri uygulanmıştır. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen eğitim modülleri ve veri toplama araçları her iki testte de kullanılmıştır. Toplanan veriler nicel teknikler aracılığıyla analiz edilmiştir. Bulgularda, katılımcıların tutum ve bilgilerinde istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuçlar cinsiyet eşitliği yönünden anlamlı bir değişme sağlandığını göstermektedir. Bir günlük eğitim neticesinde bu tutum ölçeğinde gözlenen değişimler, sağlık çalışanlarında toplumsal cinsiyet düzeni içerisinde yeni bir farkındalığın oluşmakta olduğunu ortaya koymuştur. Bilgilenmenin, şiddet gören kadınlara yönelik hizmetlerin nasıl verileceği konusundaki belirsizlikleri azalttığı söylenebilir. Oluşan farkındalığın getirdiği güvenle, sağlık çalışanlarının daha fazla sorumluluk alarak şiddet mağduru kadınları daha fazla sahiplenmeleri beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Toplumsal Cinsiyet Düzeni, Eğitim, Kadına Yönelik Şiddet, Sağlık Çalışanlarının Rolü, Karaman

**AN EDUCATION'S EFFECT ON PREVENTION OF VIOLENCE AGAINST
WOMEN: THE CASE OF KARAMAN (FAMILY MEDICAL CARE CENTERS)**

ABSTRACT

Violence against women is a fact that is recently increasing in visibility, and understood its prevalence and effects in time. In this study, carried out in Karaman in 2016, 126 health workers working in primary health care units were given training on prevention of violence against women. In this training, it is aimed to investigate the effect of health workers on gender inequality attitudes and service delivery information. In the study, one-group model principles of pre-test and post-test were applied. Training modules and data collection tools developed by the General Directorate of Women's Status were used in both tests. The collected data were analyzed through quantitative techniques. In the findings, statistically significant difference in the attitudes and values of the participants were determined. These results indicate that there achieved a meaningful change in gender equality. As a result of one day training, the changes observed in the scale of this attitude revealed that new awareness of health workers is evolving in the context of the system of social gender. It can be said that the enlightenment reduces the uncertainties in providing services violated women.

Keywords: Social Gender Equality, System of Social Gender, Education, Violence against Women, Role of Healthcare Workers, Karaman

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
KISALTMALAR.....	vi
TABLOLAR.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
1.1. Kadına Yönelik Şiddet Tanımları	5
1.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri	7
1.3. Şiddetle Mücadelede Kurumsallaşmanın Kısa Tarihi.....	9
1.4. Dünyada ve Türkiye’de Var Olan Durum	11
1.5. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri.....	14
1.6. Toplumsal Cinsiyet Düzeni.	19
1.7. Bir “İstikrar” Unsuru Olarak Şiddet.....	21
1.7.1. Hegemonik Erkek Aracılığıyla Şiddetin Yeniden Üretimi	22
1.7.2. Hegemonik Cinsiyetçi Hiyerarşinin Paylaşımı.	24
1.8. Şiddet Sahnesinde Devletin Kurumsal Rolü.	26
1.8.1. Şiddetle Mücadeleye Yönelik Düzenlemeler.	29
1.8.1.1. Dünyada Hukuki Yapı.	30
1.8.1.2. Türkiye’de Hukuki Yapı.....	32
1.8.2. Şiddet Gören Kadın Ne Yapıyor ve Hangi Hizmetleri Alıyor?	34
1.8.2.1. Tedbir Kararlarının Uygulanması.....	36
1.8.2.2. Sağlık Çalışanlarının Hukuki Yükümlülükleri.....	37

1.8.2.3. Sağlık Kurumlarının ve Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	38
1.8.2.4. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımı	41
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM.	43
2.2. Varsayımlar ve Kısıtlar	44
2.3. Soru ve Hipotezler	46
2.4. Örneklem	47
2.5. Veri Kaynakları ve Veri Toplama Yöntemi	48
2.6. Analiz	50
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR.....	52
3.1. Arka Plan	52
3.2. Sağlık Çalışanlarına Verilen Eğitimin Sonuçları.....	52
3.2.1. Katılımcıları Tanımlayıcı Özellikler	53
3.2.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Yönelik Tutum Alışlar.....	55
3.2.3. Şiddetle Mücadelede Sunulabilecek Hizmetlere İlişkin Bilgi	65
3.2.4. Mağdurun Psikolojik Değerlendirmesinde Kullanılacak Bilgi	68
3.2.5. Şiddetle Mücadeleye İlişkin Mevzuat Bilgisi	70
3.3. Teoriler ile Sonuçların İlişkilendirilmesi	73
3.3.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Yönelik Tutumlar	73
3.3.1. Psikolojik Değerlendirme, Hizmet ve Mevzuat Bilgisi	80
SONUÇ.	84
KAYNAKÇA	92
EKLER	102

KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikologlar Derneği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASE	: Aile Sağlığı Elemanı
BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
DEF	: Dünya Ekonomik Forumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
KSGM	: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	: Türk Tabipler Birliği

TABLOLAR

Tablo 1: Katılımcıların Temel Özellikleri	54
Tablo 2: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	55
Tablo 3: Ön Test ve Son Test Uygulamasının Korelasyon ve Fark Analizi	56
Tablo 4: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği Bulguları	59
Tablo 5: Cinsiyete Göre Tutumdaki Farklılaşma.	60
Tablo 6: Mesleklere Göre Tutumdaki Farklılaşma	60
Tablo 7: Medeni Duruma Göre Tutumdaki Farklılaşma.	61
Tablo 8: Doğum Yerine Göre Tutumdaki Farklılaşma.....	62
Tablo 9: Yaşa Göre Tutumdaki Farklılaşma	63
Tablo 10: Eğitim Seviyesine Göre Tutumdaki Farklılaşma	64
Tablo 11: Çalışma Süresine Göre Tutumdaki Farklılaşma	65
Tablo 12: Hizmet Bilgisinde Başarı Düzeyleri.....	66
Tablo 13: Psikolojik Değerlendirme Bilgisinde Başarı Düzeyleri... ..	69
Tablo 14: Mevzuat Bilgisinde Başarı Düzeyleri.	71
Tablo 15: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği Puan Sıralaması.....	74
Tablo 16: Bilgi Testleri Sorularının Puan Sıralaması.....	81

ŞEKİLLER

Şekil 1: Ön Test ve Son Test Sonuçlarının Kesme Değer Puanları	57
Şekil 2: Hizmet Bilgisi Testi Puan Dağılımı	67
Şekil 3: Psikolojik Yaklaşım Bilgisi Testi Puan Dağılımı	70
Şekil 4: Mevzuat Bilgisi Testi Puan Dağılımı	72

GİRİŞ

Bazı araştırmalar kadına yönelik aile içi şiddetin özel, mahrem bir sorun olduğunu ve bu soruna müdahale etmenin aile içi şiddet mağdurunun durumunda değişiklik yaratmayacağını, bu konuya karışmanın uygun olmadığını ve ayrıca, sağlık personelinin aile içi şiddeti önleme ve yardım etmede sorumluluk hissetmediğini saptamıştır (Gömbül ve Buldukoğlu, 1997; Tunçel, 2007). Sağlık çalışanlarının şiddet mağdurlarına yardım sunmayı mesleki işlevleri olarak görmemeleri üzerinde düşünülmesi gereklidir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO/DSÖ) göre bu durumu oluşturan sebeplerden biri, aile içi şiddete uğramış mağdurun tıbbi tanılanması ve ihtiyaçlarının belirlenmesi konularında sağlık çalışanlarının görüşmenin sorumluluğunu alamamaları ve yeterli eğitime sahip olmamalarıdır (WHO 1997a). Fakat Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne (ICN) göre şiddet gören ve risk altındaki kadınlar için tıbbi bakım, destek ve danışmanlık hizmetlerini veren sağlık çalışanları; mağdurlara en yakın konumda olanlardır ve bu hizmeti verebilmelidirler (ICN 2001). Bu yönüyle sağlık hizmeti sunan çeşitli mesleklerden sağlık çalışanları aile içi şiddet mağduru ile ilk karşılaşan uzmanlardır (WHO 1997a). Örneğin fiziksel şiddet mağduru kadınların %75'i en az bir kez yardım almak için sağlık kuruluşlarına gitmektedir. Hastanelerin acil servisleri, mağdur kadınların yaşadıkları sıkıntılara hemen her gün şahit olmaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanları, şiddetin oluşturduğu fiziksel ve ruhsal sorunları iyi bilmektedir. Fakat yukarıda kaydedildiği gibi, bu mağduriyet karşısında sağlık çalışanları, kendileri müdahil olmak yerine, polisin müdahil olmasını, polise de kendilerinin değil, mağdurun haber vermesini, yani sürecin kendilerinin dışında işlenmesini tercih etmektedirler (Tekin, 2011: 6). Bu tercihin arkasında sıklıkla, eğitim veya bilgi eksikliği ile toplumsal değerler ve inançlar yer almaktadır.

Bu durumun işaret ettiği gerçek; kadına yönelen şiddet konusunda, sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve donanıma sahip olması gerektiğidir. Uzmanların, toplumsal cinsiyet konusundaki yeni toplumsal normlara (ör., kadının insan haklarına) ilişkin bilgi eksikliği veya yanlış bilgilenmesi, sorunun sürmesinin dolaylı etkileyicilerinden biridir. Bu iddianın temelinde bir bilgi teorisi yatmaktadır. Özgül bir alandaki bilgi, toplumdaki diğer söylemlerin inşa ettiği bilgiden bağımsız olamaz (Sözen, 2014: 9-14; Garfinkel, 2014: 17-24). Tarihsel-toplumsal olarak öğrenilmiş bilgi, alternatif bilgi kaynakları aracılığıyla yeniden yorumlanarak, kısmen veya kökten değişikliğe uğrar. Bilgi insanın bilişsel yapısında değişiklik yaratan bir kaynaktır. İnsanların bilinci, kültürün, eğitimin ve dilin ürünüdür. Toplumsal gerçeklik, toplumda hâkim olan bilgilere dayanarak oluşumunu sürdürmektedir (Uçak, 2010: 711). Kadına yönelik şiddetin önlenmesindeki engelleri; mağdur kaynaklı, toplumsal yapı kaynaklı ve sağlık personeli kaynaklı faktörler şeklinde sınıflandırabiliriz. Kadına şiddeti önlemek için bireyleri, aileleri ve toplumu eğitime bilgilendirip, farkındalık oluşturmak gereklidir (Sevil ve ark., 2015: 565). Burada sözü edilen bireylerden bir kısmı da sağlık çalışanlarıdır.

Sosyologlar, hem cinsiyetin hem de toplumsal cinsiyetin değişik birçok yolla şekillendirilip değiştirilebilen ve toplumsal olarak yapılandırılan özellikler olduğunu savunurlar. Erkeklerle kadınlar arasında toplum tarafından kalıplaştırılan etkileşimler toplumsal cinsiyet ilişkileri olarak tanımlanır. Cinsiyetin toplumsal-tarihsel olarak şekillendiğini savunan araştırmacılar bu özelliklerin, erkeklerin kadınlar üzerindeki iktidarını özendiren bir yapı içerisinde düzenlendiğini, yani bir toplumsal cinsiyet düzeninin var olduğunu belirtmişlerdir (Connell, 1987; Giddens, 1994). Gerçekten de son yıllarda erkekliğin yapısında değişimler dikkat çekmeye başlamıştır. Araştırmacılar, büyük ekonomik ve toplumsal dönüşümlerin, erkeğin tarım toplumlarının örgütlenmesine dayanan (geleneksel) rollerini aşındırdığını ve bu değişimin bir erkeklik bunalımına yol

açtığını iddia etmektedirler (Sancar, 2013). Dolayısıyla bu bakış açısından şiddet davranışı, tarihsel-toplumsal yapının dönüşümü sürecinde değişebilir ve değiştirilebilir bir olgu olarak ele alınmaktadır; kriz döneminin sonucu olarak artabileceği gibi, farklı bir toplumsal yapının ve ideolojinin hâkim olması halinde ortadan da kalkabilir (age.).

Bu doğrultuda toplumun eğitim seviyesi yüksek olan kesimindeki sağlık çalışanlarının konu hakkında farkındalığının artırılması için eğitimler düzenlenmiştir. Bu araştırma birinci basamak aile hekimliği birimlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına Karaman Halk Sağlığı İl Müdürlüğü tarafından verilen bir eğitimin, katılımcılarının kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin bilgilerine ve tutumlarına etkisini sorgulamaktadır. Verilen eğitimin amacı, Karaman’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kadına yönelik aile içi şiddetin önlenmesi konusunda bir farkındalık oluşturmaktır. Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları, bölgelerindeki ailelerin sosyal özelliklerini tanıma olanağına sahip olduklarından şiddeti önleme konusunda kadınlara yardım edebilecek konumdadır (Kitiş ve Bilgici, 2007).

Vakalara erken müdahale edilebilmesi ve şiddetin önlenmesi için toplumsal farkındalığın oluşturulması zorunludur. Toplumsal farkındalık, sürekli olarak tekrarlanan eğitimlerle konuya hassasiyeti yükselterek olabilir (Engin, 2015’den akt. Mutlu, 2016: 16). Dolayısıyla farkındalık, öğrenme sürecinde değişim yaratıcı bir özelliktir. Bu doğrultuda, “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı” (KSGM, 2016a) rehberliğinde yürütülen eğitimlerin, hem şiddeti önlemede, hem de kadınları şiddete karşı korumada, şiddetin sebeplerine ve çözüm yollarına ilişkin bilgilerin güncellenmesi yoluyla faydalı olacağı öngörülmüştür. Böylece Karaman’da verilen eğitimin temel kabulü, şiddet konusunda farkındalık geliştirilirse, şiddete karşı tutumun değişebileceği ve bu konuda uzmanların bireylere yardımcı olabileceği şeklindedir. Bu araştırmayla ulusal düzeyde

geliştirilen eylem planının öngörüsünün ve bu çerçevede il düzeyinde tasarlanan eğitimin temel kabulünün geçerliliği sorgulanacaktır.

Bu araştırma, toplumsallaşma sürecinde ve profesyonel yaşamlarında belki de bu fikirlerle hiç karşılaşmamış olan 126 kadın ve erkeğin, bir gün boyunca yeni bilgi kümeleriyle tanışmalarının, farkındalıklarında bir değişim yaratıp yaratmadığını sorgulayan bir “etki analizi”dir (Neuman, 2014). Bu analizin önemi, eğitim süresinin kısalığı hesaba katıldığında, eğitimin etkisinin yanı sıra, bazı temel kimlik özelliklerinden hangilerinin (ör., yaş, cinsiyet, doğum yeri, eğitim durumu, medeni hal, kıdem) göreceli değişimlerle daha ilişkili olduğunun belirlenmesidir. Bu tür bir analiz, benzer eğitim programlarının ve eğitimin etkilerine yönelik araştırmaların içeriğini geliştirmeye katkı sağlama potansiyeli taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında dünya ülkeleriyle birlikte bin yıl gelişme hedeflerini belirlerken, bu hedeflere ulaşmada kadına yönelik şiddeti önemli bir engel olarak kaydetmiştir (Akın, 2014: 155). Raporda bu sorun çözülemez ve kadın erkek eşitliği sağlanamaz ise konulan hedeflere erişmenin mümkün olmadığı vurgulanmıştır.

Bu çalışmanın ikinci bölümünde araştırmanın yöntemsel olarak nasıl kurgulandığı anlatılmış ve araştırmanın çerçeveleri belirlenmiştir. Üçüncü bölümde ise bulgular başlıkları içerisinde sağlık çalışanlarına verilen eğitimin sonuçları değerlendirilmiş ve bu sonuçlarla toplumsal cinsiyet teorileri arasında ilişki kuracak şekilde yorumlamalar yapılmıştır. Sonuç bölümünde ise araştırmanın ortaya çıkardığı veriler analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM:

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kadına Yönelik Şiddet Tanımları

Etimolojik olarak, şiddet kelimesi Arapça'dan Türkçe'ye geçmiştir. Şiddet; “sert, sertlik ve kaba kuvvet kullanma, kaba davranış” anlamındadır. Şiddet genel olarak, “aşırı duygu durumunu, bir olgunun yoğunluğunu, kaba ve sert davranışı” ifade etmektedir (Akkaş ve Uyanık, 2016: 32-42). Psikoloji sözlüğünde şiddet, insanın doğasında olan saldırgan yatkınlığın bireysel ya da toplumsal boyutta, başkasına zarar verecek şekilde dışa vurulması, başka bir deyişle saldırganlığın insan iradesini hiçe sayan en uç boyutu olarak tanımlanır (Budak, 2000: 716). Daha sosyal içerikli bir tanıma göre şiddet, temel dürtü ve varoluşsal savunma dışında, insanlar ve topluluk olarak yaşayan hayvanlarda grup içi otorite sağlamak için diğerinin varlığını tehdit olarak düşünmek ve diğerini bu konuda sindirmek ve denemek için, karşı tarafa uygulanan zarar verme niyetli davranışlardır (Tekin, 2011: 13). Bu tanımlardan şiddetin fiziksel veya fiziksel olmayan olumsuz bir davranış biçimi olduğu çıkarılabilir. Düşmanlık ve öfke duygularının kişilere ve nesnelere yönelik fiili, yıkıcı ve zor kullanma yoluyla ortaya konması ile insanların bedensel ve duygusal açıdan zarar görmesine yol açan bireysel ya da toplu hareketlerin tamamını kapsayan şiddet, günümüzde toplumların temel sorunlarından birini oluşturmaktadır. Arendt'e (2016: 95) göre her eylem gibi şiddet pratiği de dünyayı değiştirir; ama en olası değişim, daha çok şiddetin var olduğu bir dünya doğrultusundadır.

Birleşmiş Milletler (BM) kadına yönelik şiddeti, yukarıdaki tanımlamalara paralel şekilde ama daha da somutlaştırarak tanımlamıştır (Page ve İnce, 2008: 81). Bu kapsamda kadına “acı ve hasar veren, toplumda ya da ailede görülen fiziksel, cinsel, psikolojik her türlü şiddet, özgürlüğü keyfi olarak kısıtlama ve zorlama gibi davranışlar; iş

yeri ya da eğitim kurumlarında gözdağı verme ya da cinsel saldırı, zoraki fahişelik; devletin şiddet uygulaması ya da şiddete göz yumması” olarak tanımlanmıştır (age.).

Dünya Sağlık Örgütü kadına yönelik aile içi şiddeti: cinsiyete dayanan, kişiyi inciten, zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma ihtimali bulunan, toplum içerisinde veya özel yaşamda kişiye baskı yapılması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına sebep olan her türlü davranış olarak tanımlamıştır (Efe, 2012: 49-54; Tanrıverdi ve Şıpkın, 2008: 1). Aile içindeki şiddetin yönü ebeveynlerden çocuklara, akrabalarından aile üyelerine, erkek eşten kadına ve yetişkin çocuktan yaşlı ebeveyne doğru olabilmektedir (Büyükgök, 2007). Benzer şekilde Amerikan Psikologlar Derneği (APA) 1996’da aile içi şiddeti; “Bir ilişkide bir insanın yakını olduğu kişiye güç, kontrol, özerklik ve otoriteyi sağlamak amaçlı fiziksel, cinsel ve psikolojik kötü muameleyi içeren davranışları” olarak tanımlamıştır (Yanikkerem ve Sevil, 2006: 13). Sosyolojide ise şiddet olgusu, sosyal kurumlar tarafından biçimlenen bir sosyal olgu olarak görülür. Sosyoloji, şiddetin bedene yönelik olan kısmı ile değil, daha çok semboller ve kültür aracılığıyla devam eden şiddet ile ilgilenir. Sosyolojide şiddet davranışı birbirleriyle ilişki içerisindeki bireyler ve gruplar arasında görüldüğü kabulü üzerinden toplumsal ilişkilerin dinamikleri içinde, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilir (Taşdemir, 2015: 716).

Günümüzde tüm kültürlerde yaygın bir şekilde gözlemlenen ve evrensel bir sorun olarak yukarıdaki tanımlamalarla kabul edilmiş olan kadına yönelik şiddet artık ciddi bir şekilde ele alınmaya ve incelenmeye başlanmış, böylece önlenmesine yönelik sosyal alandaki çalışmalar önem kazanmıştır. Tüm bu tanımlar, şiddetin sosyolojik boyutuna, dolayısıyla topluluk içi her tür öğrenme süreciyle ve onun bir parçası olarak da iktidarla ilişkisine işaret etmektedir. Bu doğrultuda aşağıda şiddet türlerini anlatarak, sosyolojik boyutun, dolayısıyla yaşam deneyimlerini şekillendiren çeşitli özelliklerin ve bu arada

toplumsal kurumların, şiddet yanlısı olmayan geleneklerin kurulmasının, eğitimin ve devletin istikrarlı politikalarını uygulamanın önemini tekrar vurgulamak istiyorum.

1.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Kadına yönelik şiddet türlerini; fiziksel, duygusal (psikolojik), sözel, cinsel ve ekonomik şiddet olmak üzere beş başlık altında sınıflandırmak mümkündür. Yaşanan şiddet olaylarında şiddet türleri genellikle birlikte gözlemlenir ve birbirinden net bir şekilde ayrıştırılması güçtür (Şahin ve Kurtulmuş, 2015: 183).

Fiziksel şiddet, kasıtlı olarak kişinin güç uygulayarak, incinmeye, yaralanmaya daha da ötesi ölüme neden olabilecek şekilde karşısındakini denetim altına alma eğilimlerini içerir. Genellikle korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmaktadır. Şiddetin en belirgin biçimi olup, diğer şiddet türlerine nazaran adli mercilere ve sağlık kurumlarına en çok yansıyan şiddet türüdür. Mağdurlar yaşadıkları korku, aşağılanmanın getirdiği çaresizlik ve suçluluk hissi gibi sebeplerle fiziksel şiddeti sağlık personelinin saklamaya yönelmektedirler. Oysa bu, en kolay ve en sık belgelenen şiddet türüdür (Büyükgök, 2007: 2).

Psikolojik şiddet, duyguların ve duygusal hareketlerin, karşısındakine baskı ve denetim uygulamak için sürekli ve tutarlı şekilde istismar edilmesi, böylece bir tehdit ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır (Karhan, 2010: 41). Kısaca duygusal ve sözel istismarı içeren davranışlardır (Kandemirci, 2014: 3). Kadın şiddet süresince korkuyu öğrenerek, bağımlılığını arttırmakta, kendilik algısı bozulmaya başlamakta, hem somatik hem de psikolojik birtakım sorunlar yaşamaktadır. Psikolojik şiddet sergilenirken duygular kullanılarak ilişki kontrol altında tutulmaya çalışılmakta veya mağdurun, amaçlanan hareketleri ve kararları alması için psikolojik şiddet uygulanmaktadır. Kadına bir hizmetçi gibi davranmak, kararlar verirken kadına danışmamak, evin sahibi gibi davranmak, kadın

ve erkek rolleri belirlemek, toplumsal düzendeki erkek ayrıcalığını kullanmak duygusal şiddet uygulamanın tepki çekmeyen şekillerindendir (Sevil ve ark., 2015: 577). Küfür, hakaret, aşağılama, isteklerini bağırarak dile getirme, lakaplar takma gibi bir takım davranışlar kadınların eşleri tarafından maruz bırakıldıkları sözel şiddetin örneklerindendir (Şahiner, 2007: 23). Psikolojik şiddet diğer türlerle birlikte uygulanmasına rağmen sağlık çalışanlarına en az aktarılan şiddet türüdür (Karıncı, 2008: 9). Çünkü toplum çiftler arasındaki duygusal sorunları “evliliğin tuzu biberi” olarak görüp önemsememekte ve büyütülmesini de hoş karşılamamaktadır. Ayrıca psikolojik şiddet içerisinde, yaşanan baskıyı anlamak ve ispatlamak için netleşmiş kavramsal ölçütler yoktur. Böylece mağdur baskıyı fark ettiği halde anlatamazken, sağlık çalışanları da bunu tanımlayıp fark etmekte güçlük çekerler.

Cinsel şiddet, şiddet türleri içinde en ağır ve en onur kırıcı olanıdır. Çünkü tüm şiddet türlerinin olumsuz etkilerini mağdur bir arada yaşamaktadır. Bu sebeple cinsel şiddet insanlığa karşı işlenen suçlar arasında bulunmaktadır. Cinsel şiddet herhangi birinin mağdurun cinselliğini baskı yoluyla kullanması olarak tanımlanmaktadır. Bütün cinsiyetler ayrım yapılmaksızın cinsel şiddete maruz kalabilmektedir (Aslan ve ark., 2015: 78). Ancak bu tür şiddete de, diğer şiddet türlerinde olduğu gibi kadınlar daha fazla maruz kalmaktadır. Evlilikte erkeğin, eşi üzerinde cinsel alanda mutlak haklara ve kullanıma sahip olduğu şeklindeki geleneksel anlayış kadınların eşleri tarafından cinsel şiddete maruz kalmalarına yol açmaktadır. Diğer şiddet türlerine göre cinsel şiddet, aile mahremiyeti, kurbanın küçük düşürülmüş hissetmesi, suçluluk duygusu gibi nedenlerden dolayı üçüncü kişilerle en az paylaşılan şiddet türüdür (Büyükgök, 2007: 3). Eşlerin cinsel uyumu yakalayamaması, erkek kaynaklı cinsel bir problemle ilgili olsa da, erkeğin otoritesini devam ettirmek için sorunun kadının cinsel olarak kusurundan kaynaklandığını söyleyerek onu aşağılaması en çok görülen cinsel şiddet durumudur (Yanikkerem ve Sevil, 2006: 13-

80). Ayrıca bir cinsel sorun olmasa bile cinsel şiddet bir iktidar aracı olarak kullanılabilir.

Ekonomik şiddet, maddi kaynakların kadının üzerinde kontrol, yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Kadının çalışmasına izin vermemek, gelir ve kazancını elinden almak, maddi açıdan erkeğe bağımlı olmasını sağlamak, mülkiyet sahibi olmasını engellemek gibi davranışlar ekonomik şiddettir. Ne var ki şiddet görmelerine rağmen evliliklere katlanan, boşanamayan kadınların en büyük çıkmazı, ekonomik sorunlarını aşamamak olmaktadır (Şahiner, 2007: 23). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ekonomik alanda kaynakların eşitsiz bölüşümünde kendini göstermektedir. Kadına yönelik ekonomik şiddetin en yaygın şekli ise kadının hane içi görülme-yen emeğinin “ücretsiz aile işçiliği” kapsamında kullanımıdır (İlkkaracan, 2015: 169-185). Ev içi yaşamın düzenlenmesinde kadının harcadığı emek “doğal” yani ücret karşılığı olmayan bir özellikte algılandığından “değersiz” kabul edilmekte, böylece iş gücü piyasasında cinsiyet eksenli bir katmanlaşma toplumsal yapının içinde inşa edilmektedir (Makal ve Toksöz, 2015: 255).

1.3. Şiddetle Mücadelede Kurumsallaşmanın Kısa Tarihi

Tarihsel süreç ve toplumsal değişimler doğayla insanların ilişkileri üzerinden oluşmuştur. Yaşam stratejilerinin değişmesinin yanı sıra nüfusun artması ve yerleşik yaşama geçilmesi kadının konumunu sarsmaya başlamıştır. Hayvancılık ve tarım araçlarının erkekler tarafından kullanılması, erkeği daha güçlü kılmıştır. Üretim araçlarının mülkiyetine sahip olmasıyla erkek kadının önüne geçmiştir (Bebel, 1996’den akt Yıldırım, 2015: 13).

Kökenleri çok eski çağlara dayanmakta olan kadına yönelik şiddet olgusu ile ilgili bir çalışmada 2000-3000 yıllık kadın ve erkek mumyalar incelenmiş ve kadın mumyalarda ölüme neden olan kafa kırıklarının oranı %30-50 iken, bu oran erkek

mumyalarda %9-20 olarak bulunmuştur (Karıncı, 2008). Evin yönetimini elinde tutan erkeğin karısına ve çocuklarına uyguladığı şiddet ve baskı “bir terbiye modeli” olarak kanıksanmıştır. Örneğin, Avrupa’da 1884 yılına kadar erkeğin karısını dövmesi meşru idi. 18 ve 19. yüzyıllarda İngiltere’de erkek, ailesi üstünde tüm haklara sahipti. Dolayısıyla erkeğin eşine şiddet uygulaması bir hak olarak kabul görmekteydi. Tarih boyunca koca dayacağının toplumsal kurallarla desteklendiğine, hatta yasal olarak kabul gördüğüne çok yakın bir dönemden bir örnek ise ABD’den verilebilir. Pensilvanya eyalet yasalarında, 1970’lere kadar kocaların, karılarını haftanın altı günü saat 22.00 sonrası dövmeleri ve kutsal Pazar günleri dövmeleri yasaklanmıştır (Erbek ve ark., 2004: 197). Türkiye’de de erkeğin eşini ya da kızını dövmesi, erkeğin hakkı ve terbiye görevi olarak kabul edilmiştir. Bunun basit bir yansıması “kızını dövmeyen dizini döver” şeklindeki atasözüdür. Son yıllarda azalsa da kız çocuklarına nüfus cüzdanı çıkarılmaması ve ailelere kaç çocuğu olduğu sorulduğunda kız çocuklarının sayılmaması da erkeğin önemini, kadının önemsizliğini vurgulayan yansımalar (Tekin, 2011: 25).

Başlangıçta feminist örgütler ve onların kaygılarına destek veren farklı sivil toplum kuruluşlarınca başlatılan kadına yönelik şiddeti önleme mücadelesi bir süre sonra devletlerin de kabullendiği bir politika haline dönüşmüştür. “Kadının istismarını” önce tıp alanındaki uzmanlar, daha sonrada diğer alanlardakiler bilimsel bir gerçek olarak kabul etmişlerdir. Kadına yönelik şiddete ilişkin ilk yasal ve tıbbi çalışmalara 1800’lü yıllarda rastlanmaktadır. Kadına yönelik şiddeti suç olarak kabul eden ilk kanun ABD-Maryland’da 1883’te yapılmıştır. 1990’lı yıllarda da uluslararası kuruluşlar kadına şiddet olgusuna odaklanmaya başlamışlardır (Yavuz ve Aşirdizler, 2009: 2).

Kadına yönelik şiddet 1970’li yıllara kadar daha çok yabancıların veya aile dışı kişilerin saldırısı veya tecavüzü olarak tanımlanmış ve bu çerçevede değerlendirilmiştir. Burada ailenin kutsallığı gibi düşünceler zemininde oluşmuş hukuk, özel alana devletin

müdahalesini engellemekteydi. 1990'lı yıllardan itibaren kadın sorunları üzerine çalışan uluslararası örgütlerin çabaları neticesinde aile içi kadına şiddet araştırılmaya başlanmıştır. Kadın mücadeleleri ve araştırmalar sayesinde, kadınların sadece yabancılar ve uzaktan tanıdıklar tarafından değil daha çok eşleri tarafından şiddet gördükleri anlaşılmıştır. Böylece bu durum uluslararası hukukta kabul edilmiştir (Dişsiz ve Şahin, 2008: 52).

Modern toplumlarda ataerkil ilişkiler farklılaşmasına rağmen erkek egemenliği az ya da çok korunmuştur. Tarihsel ve toplumsal dönüşümler kadının sosyal yaşam içerisindeki konumunu değiştirmektedir. Batıda modernleşme çabaları ve kadın hareketlerinin örgütlü bir biçimde ilerlemesi, kadınların belli hakları elde etmelerini sağlamıştır. Fakat modernleşme, kadınlara ilişkin sorunları, toplumsal cinsiyet düzeni bağlamında incelemediğinden şiddet gibi sorunların özel hayatın mahremiyeti kisvesi içinde çözümsüz kalmasına ve hukuk yoluyla ataerkil kodların kurumsallaşmasına katkıda bulunmuştur (Şimşek, 2013: 51-59). Modern devletlerde gelişimiyle toplumsal cinsiyet ilişkilerindeki ataerkilliğe dayanan iktidar yapısı ve politikalar bir yandan tartışmaya açılırken, bir yandan da tekrar kurulmaktadır (Connell, 1988: 179-180). Böylece kaba güç günümüzde karşıtı özgürlükle birleşerek iyice görünmez hale gelmiştir. Şiddet uygulayıcı öznesinden arınmış, sisteme ilişkin bir şiddete dönüşmüştür. Toplum içerisinde ustaca gizlenmiş olmuş bir olgudur artık (Han, 2017: 9).

1.4. Dünyada ve Türkiye’de Var Olan Durum

Kadına yönelik şiddet tüm dünyada sosyal, kültürel ve politik nedenleri olan bir sorundur. Bu alanlardaki derin ve gizli makro sorunların mikro yansıması, suyun yüzeyinde görünen aile içi şiddettir. Kadına yönelik şiddetin en fazla aile ortamında gerçekleştirildiği, dünyada her üç kadından birinin erkekler tarafından duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddete uğradığı veya başka bir şekilde istismar edildiği rapor

edilmektedir (WHO, 2002b). Bu nedenle şiddet, dünyada rastlanan yaygın ve ciddi bir sorun olarak tüm toplumlar ve sosyo-ekonomik gruplardaki kadınları ruhen ve bedenen etkileyen bir sağlık sorunu olarak da belirlemektedir (Açıkel, 2009).

Dünyanın her ülkesinde sınıf, gelir, ırk, kültür ve inanç farkı olmaksızın pek çok kadının eşleri tarafından şiddete maruz kaldığı, araştırmalar sonucunda doğrulanmaktadır. WHO'nun (2002b), 10 ülkede 24.000 kadın katılımcı ile yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %13-61'i fiziksel şiddete, %6-59'u cinsel şiddete, %15-71'i fiziksel ve cinsel şiddete ve %20-75'i ise duygusal şiddete maruz kalmaktadır. WHO'nun 2013 yılı verilerine göre ise, dünyada 700 milyondan fazla kadın 18 yaşına gelmeden evlenmiştir ve bunların üçte birinden fazlası 15 yaşından küçüktür. Dünya çapında fiziksel şiddet görme oranı %30, cinsel şiddet görme oranı %35 iken, Avrupa'da bu oranlar sırasıyla %25 ve %27'dir (KSGM, 2016a: 125). Cinsiyet seçilimi nedeniyle yapılan kürtaajlar ve kız bebeklerin doğduktan sonra öldürülmeleri neticesinde, yaşama fırsatı bulamayan 60 milyondan fazla kadın olduğu, kadına yönelik şiddetin maliyetinin ise dünyada yılda 1,6 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Korkut ve Owen, 2008: 9).

Dünya Ekonomik Forumu'nun (DEF) 2016 yılı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporuna göre, toplumsal cinsiyet eşitliğinde en ileri ülkeler her yıl olduğu gibi İskandinav ülkeleri (sırasıyla İzlanda, Finlandiya, Norveç ve İsveç) oldu. Son sıralarda ise Suriye, Pakistan ve Yemen yer aldı. Bu rapora göre, “iyileşme” aynı hızda sürse bile kadın ve erkek arasındaki uçurum 2186 yılına kadar kapanmayacaktır; hâlbuki bir önceki yılın raporunda bu uçurumun kapanması için tahmin edilen süre “50 yıl” daha kısaydı.

144 ülkenin incelendiği 2016 DEF raporunda Türkiye 130'uncu sıradaydı. Bu tablo tersten okunduğunda Türkiye'nin cinsiyetler arası eşitsizlikte dünyanın ilk 15 ülkesi arasında olduğu söylenebilir. 2014'te durum neredeyse aynı olmakla birlikte, iki yıllık değişme olumsuz yönde sürmüştür. 2016 yılı raporlarına göre kadın erkek ücret

eşitsizliğinde de Türkiye ilk sıralardadır. Kadınlar aynı işi yaptıkları erkek meslektaşlarına göre %20 daha az kazanmaktadır. Kadın ve erkek arasındaki ekonomik katılım farkı 2008’den bu yana %59 ile en kötü düzeye ulaşmış durumdadır. 2016’da Türkiye, kadınların aldıkları eğitim süresinde 109’uncu sıraya ve siyasete katılımında 113’üncü sıraya gerilemiştir. Raporun yaşam ve sağlık kategorisinde ise çok umut verici bir durum gözleniyor: 1 üzerinden 0.980 puan alarak Türkiye bu kategoride neredeyse eşitsizliği kapatmış görünüyor (DEF, 2016).

Dünyada şiddetin sosyal bir sorun olarak tanımlanmasında 1970’lerde atılan önemli adımları Türkiye 1980’lerde gündemine taşımıştır. Tekin’e (2011: 28) göre 1987’deki “dayağa hayır” yürüyüşü, şiddete karşı kadın mücadelesinin ivme kazanmasında önemli bir tarihi noktadır. Ülkemizde kadına yönelik şiddetle ilgili ilk araştırma 1988 yılında PİAR tarafından yapılmış ve kadınların %75’inin eşleri tarafından dövüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Çetiner, 2006: 65). KSGM’nin 2009 yılı araştırmasına göre, ülkemizde kadınların, %39’u fiziksel şiddet, %15’i cinsel şiddet ve %44’ü duygusal şiddet yaşamaktadır. Kentlerde fiziksel şiddet oranı %38 iken kırsal alanda %43’tür (Tekin, 2011: 31). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) 2014 yılı Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasına göre ise kadınların %12’si cinsel şiddete, %38’si fiziksel ve cinsel şiddete, %44’ü duygusal şiddete, %30’u ekonomik şiddete yaşamlarının bir döneminde maruz kalmışlardır (HÜNEE, 2015: 81-121). Fiziksel şiddet üzerine yapılan 2007 yılına ait bir araştırmada, eş üniversite mezunu olan kadınların %18’i en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtirken, bu oran eş okuryazar olmayan kadınların en az yarısıdır (Arat ve Altınay, 2007: 82). Türkiye’de kadınların %39’u tarafından bile, şiddet aile hayatının doğal bir parçası olarak görülerek, kocanın karısını dövmesi meşrulaştırılmaktadır (Ertürk, 2006: 205). Kadınların şiddeti meşrulaştırmaları ise kadının dezavantajını bitişi olarak görülen, çalışma yaşamı ve kamusal alanda var olmaları

durumunda azalmaktadır. Böylece kadının kamusal alanda daha çok yer almasının, kadınların şiddeti meşrulaştırmalarını azaltacağını ve şiddete razı olmayan kadınların oranını artıracığını söyleyebiliriz (Görgün, 2012 :49)

Türkiye’de her 10 kadından 4’ü şiddete uğruyor. Kadınların ölüm haberini almadığımız tek bir gün yok (DEF, 2016). Emniyet Genel Müdürlüğünün 2005-2006 yılındaki suç istatistiklerine göre bu iki yılda kadına karşı şiddet içerikli 333.237 suç işlendiği ve 1.985 kadının bu olaylarda yaşamını yitirdiği ortaya çıkmıştır (Korkut ve Owen, 2008: 10). 2015 yılında basına yansıyan 309’u silahlı 413 kadın cinayeti işlenmiştir. 2016 yılında 317’si silahlı 397 kadın cinayetinin işlendiği olaylarda 367 aile bireyi öldürülürken 109’u da yaralandı. Kadın cinayetlerinin %85’ini kocalar, eski kocalar, sevgililer, ayrılan sevgililer işledi. Eşini ya da eski eşini, eşinin babasını, annesini, kardeşini öldüren öfkeli erkeklerin 66’sı ise cinayet sonrasında intihar girişiminde bulundu ve 55’i öldü. Kadın cinayetlerinin en çok yaşandığı iller sırasıyla İstanbul, İzmir ve Adana olurken; kadın cinayetleri haritasında 2016 yılında 16 il yer almadı. Bu iller Ardahan, Bartın, Bilecik, Bingöl, Çanakkale, Çankırı, Gümüşhane, Kilis, Muş, Nevşehir, Niğde, Rize, Siirt, Sinop, Şırnak ve Tunceli’dir (Umut, 2017). 2016 yılında Karaman’da üç kadın cinayeti gerçekleşti. Moses’in (1996) dediği gibi “şiddet olaylarının meydana geldiği her toplum, belli bir süre sonra şiddete alışmakta ve şiddet olayları ile ilgili haberlere karşı duyarsızlaşmaktadır” (Moses, 1996’dan akt. Taşdemir, 2015: 744).

1.5. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Şiddet dürtüsünün her canlının doğasında farklı miktar ve şekillerde bulunduğu bilinmekle birlikte, engellenebilir, eğitilebilir ve bastırılabilir olduğu savunulmaktadır (Aba, 2008: 3). Şiddetin karmaşık yapısı ve oluşumuna yönelik farklı bakış açıları bulunmaktadır. 1998’de Heise tarafından geliştirilen “Ekolojik Model” şiddete yol açan

faktörleri bireysel, kültürel ve toplumsal olarak sınıflamaktadır. Bu modelde yer alan faktörler arasında, toplumsal cinsiyet eşitsizliği zemininde ekonomik güvencesizlik, yoksulluk ve eşitsizliği körükleyen politikalar, yasaların uygulanmasındaki yetersizlikler, toplumdaki hızlı değişimler, şiddeti pekiştiren kültür ve toplumsal çatışma ortamı sıralanmaktadır. Aile ve yakınlarla olan ilişkilerin etkisi ve çocukluktaki yetiştirilme koşulları şiddetin ortaya çıkmasında önemli faktörler arasında sayılmaktadır (KSGM, 2016: 30).

Bu noktada, şiddetin biyolojik kökenli olduğu ve bunun psikolojik bozukluklara yol açtığı türündeki savunmayı tanıtmak gereklidir. Saldırganlığın psikolojik yönleriyle ilişkili biyolojik etmenler bulunmaktadır. Bireyin kişilik özellikleri de şiddete sebep olan etmenler arasında değerlendirilmektedir. Mazoşizm ve sadizmi içinde barındıran kişilik bozuklukları ve şizofreni gibi psikolojik rahatsızlıklar da şiddet eğilimini arttırmaktadır (Çetiner, 2006: 19).

İnsan biyolojisinin kromozomlardan hormonlara kadar çeşitli öğelerinin, cinsiyetler arası doğuştan gelen davranış farklarından sorumlu olduğunu savunan görüşler bulunmaktadır. Deneysel araştırmalarda testosteron hormonunun yoğun salınımı ile saldırgan davranışlar arasında bir takım ilişkiler gözlemlenmiştir. İlerleyen yaşla birlikte erkeklerde saldırganlığın azaldığının saptanması bu gözlemi desteklemektedir (Öztürk, 2008: 53). Çeşitli kültürlerde savaş ve avcılıkla erkeklerin uğraşmasını, biyolojik temelli saldırganlık eğiliminin kanıtı olarak sunan yaklaşımlar aynı düşünce çizgisinde yer almaktadırlar.

Biyolojik açıklamaları eleştirenler ise, toplumsal yaşamdaki saldırganlık gibi bir özelliğin evrensel olmasından, o özelliğin biyolojik kökenli olduğu sonucunun çıkarılmayacağını savunmaktadırlar (Giddens 2005). Çünkü aynı insan türü farklı ülkeler arasında farklı saldırganlık düzeyleri ve oranları ortaya koymaktadır.

Çocukluk döneminde güvenli bağlanma oluşturabilen bireyler, ilerleyen dönemlerde yakın ilişkilerinde mutlu ve güvenli olarak değerlendirilirken, kaçınan bağlanmaya sahip bireylerin ilişkileri yakınlık korkusu ve kıskançlıkla tanımlanmaktadır (Büyükgök, 2007: 7-13). Sosyal öğrenme teorisine göre diğer insanlarla oluşturduğumuz etkileşimler ve ilişkiler bize hangi davranışların yapılmasının uygun olduğunu; süreçte hangi davranışların ödüllendirilip, hangilerinin cezalandırılacağını öğretmektedir. Çocuğun babanın anneye karşı şiddet uyguladığını gözlemlemesi “şiddetin normalleştirilmesine” sebep olmakta ve çocuklar şiddeti “kadınları kontrol altında tutmak” için erkeklerin kullandığı bir araç olarak algılamaktadır (Jansen ve ark., 2009: 143). Böylece sosyal öğrenme teorisine göre erkekler şiddet uygulamayı, kadınlar da şiddete ve saldırgan davranışa katlanmayı ve itaat etmeyi öğrenmektedirler (Gök, 2009: 19-22).

Araştırmalar bir toplumdaki yerleşik “toplumsal cinsiyet” algısının o toplumdaki şiddet yaşantısıyla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Toplumsal cinsiyet; toplumdan topluma, kültürden kültüre hatta aileden aileye göre bile değişkenlik gösterebilmektedir. Ancak bu tür farklılaşmalar bir örüntü olmadığı anlamına gelmemektedir; tam tersine, pek çok toplumda var olan ataerkil aile yapısı çeşitli açılardan kadın aleyhine bir sistem geliştirmiştir.

Kadına şiddete ilişkin yukarıdaki tartışmalar genellikle ataerkillik yerine, bireysel kaynaklı (psikolojik, biyolojik sorunlar) sorunları failin eyleminin nedeni olarak açıklamaktadır. Böylece, dolaylı olarak var olan ataerkil hiyerarşik yapının korunmasına yönelik bir savunuculuğa düşülmektedir (Kuzu, 2013: 18). Burada baskıcı, tabi kılıcı ataerkil yasa; kendi oluşmadan önce hayatın nasıl olduğuna ve ataerkil yasanın nasıl zorunlu olarak ortaya çıktığına dair alternatifsiz ve değişmez bir hikâye anlatmaktadır. Yani Butler’a (2014: 92) göre “Ataerkil köken, anlatısı geri getirilemeyecek geçmişin olasılıksız, tek çizgisel ve yetkin anlatımıyla kurulur.” Böylece ataerki kaçınılmaz görünür

ve farklı kültürel bağlamlarda farklı şekillerde kurulduğundan görünmez olur. Ayrıca Butler (age.), ataerkinin kültürle doğa arasındaki hiyerarşik ilişkiyi desteklediğini belirtir. Bu destek cinsiyet kavramının oluşumundaki tahakküm stratejilerini doğallaştırıcı işlev görür. Bourdieu'ya (2016: 14) göre doğallaştırılmış toplumsal inşa “cinsiyetleştirilmiş habitus olarak” biyolojik olanın toplumsallaşması ve toplumsalın biyolojikleşmesi olarak uzun bir kolektif çalışmanın ürünüdür.

Bilgi toplumu çağında tarım kültürünün zayıflamasını sağlayan kentsel yaşam biçimleri kadın üzerinde geleneksel ataerkil otoritenin sürdürülmesini zorlaştırmıştır. Goldman'a (2006: 87) göre kadın özgürlüğü için en önemli aşama eski önyargıların, geleneklerin ve adetlerin kısılcısından sıyrılma mücadelesini başlatacak farkındalık aşamasıdır. Özkazanç'a (2015) göre bugün sorun ataerkil otoritede ve ona karşı devam eden özgürleştirici mücadelede değil, ataerkilliğin simgesel otoritesinin etkisizleşmesinden doğan yeni bağıllık biçimlerindedir. Erkeklerin kadından önde olmasını meşrulaştıracak ideolojik faktörlerin artık sürdürülemez hale gelişi ve “geleneksel ataerki”nin çözülüşündeki hızlanma “erkeklik krizi” olarak kavramlaştırılan durumu yaratmıştır (Sancar, 2013: 111; Connel, 1987: 215). Dolayısıyla cinsel farklılığı belirli normlar içerisinde karşılıklı bağımlılık temelinde kuran kurumların (ör., aile, akrabalık, cinsel roller, cinsiyet rejimleri) düzenleme gücü zayıfladıkça, şiddet çarpık biçimlerde dışa vurmaktadır. Bu süreçte büyük bir kültürel yenilenme de oluşmaktadır (Özkazanç, 2015: 69-81). Ne var ki bazı düşünürler, bu “yenilenmeye” ilişkin fazla iyimser bakmamaktadır. Zizek (2005: 429-439), post-modern dönemde mahrem alanların yeni biçimlerdeki metalaşmasının özgür ve özerk özne figürünü zayıflatmış olduğu; eski ve yeni tahakküm biçimlerinin eklemlenmesiyle, şiddet ve tahakküme karşı mücadelede, pratiklerle ilgili birçok yeni zorluk oluştuğu kanısındadır.

Kadınların kendi normatif kabulleri ve kadının toplumda erkeğe göre ikinci planda görülmesi, erkeklerin de bu şekilde düşünmesini ve şiddet uygulamasını kolaylaştırmaktadır (Çetiner, 2006: 28-31). Bu durumun işaret ettiği toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı eşinden şiddet görmek kadınlar tarafından bile aile hayatının doğal bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Ertürk, 2006: 205). Bunun nedeni, kadının aşağılanmakta olduğunu farketmemesi veya çaresizliğin boyutları çok derinleştikten, gördüğü muameleden rahatsız olduğunda çıkış yolu bulamamasıdır. Böylece kadın olumsuz davranışı kabullenmekte, giderek içselleştirmekte ve değerler kuşaklara bu şekilde aktarılmaktadır.

Kadın şiddete rıza gösterdiği ve onu içselleştirdiğinde kendini özgür hissetmektedir. Aslında kadın şiddetle bir ilişki inşa ettiği anda şiddet olmaktan çıkarmaktadır. İçselleştirilmediği takdirde ise şiddet, kendine itaat edilene kadar sızma, bulaşma, işgal gibi etkilerle direnci kırılana kadar bükür (Han, 2017: 71-74). Kabullenme şöyle olmaktadır: Başlangıçta kadının “düşündüğü” ile “olduğu” arasındaki fark büyüdükçe, kadında “bilişsel çelişki” ortaya çıkar. Festinger’e (1957) göre, bilişsel çelişki acı verici olduğundan bireyin istemediği bir durumdur. İnsanların eğilimi, olabildiğince “bilişsel tutarlılığı” sağlamak yönündedir. Buradaki gibi çelişkinin kaynağı dış dünya olduğunda onu değiştirmek genellikle imkânsızdır. Bu durumda çelişkiyi azaltmak için bilişsel öğelerin değiştirilmesi gerekmektedir (Bilgin, 2005: 121-126). Festinger’in söylediği gibi kadın kendi konumundaki kadınlarla özdeşleşerek, içinde bulunduğu grubun normlarını kıyas noktası olarak içselleştirir. Böylece bulunduğu konumu, durumu normalleştirir.

Arendt’e (2016: 76) göre bu sonucun ortaya çıkmasında kadınları ikincilleştiren toplumsal örgütlenmenin, kültürün ve politikanın etkisinin fark edilmemesinin rolü vardır. Buradaki etkileri kuran ve güncelleyerek dönüştüren bir

cinsiyet düzeni vardır. Galtung (1969), toplumsal koşulların bireyin potansiyel gelişimini kısıtladığı ve bu durumlarda yapısal şiddetin oluştuğunu belirterek “yapısal şiddet” kavramıyla somut belirli bir uygulayıcı olmadan da şiddetin ortaya çıkabileceğini savunur (Galtung 1969’dan akt. Taşdemir, 2015: 748). Toplumun cinsiyet düzeni, toplumun derinliklerinde kurucu rol alarak canlılığını sürdürmektedir. Bu nedenle toplumsal-kültürel detaylı bir açıklama ihtiyacı oluşmuştur. Aşağıda, cinsiyet düzenini bütünlüklü şekilde sunabilmek için toplumsal cinsiyet literatüründen yararlanmaya devam edeceğim.

1.6. Toplumsal Cinsiyet Düzeni

Kadına yönelik şiddete günümüzde; artık toplumsal cinsiyet temelinde açıklamalar getirilmektedir. Toplumsal cinsiyet temelli şiddet kavramının kullanımı, önceleri fark edilmeyen eşitsiz güç hiyerarşileri içindeki farklı şiddet şekillerinin görünürlük kazanmasını sağlamıştır (Ertürk, 2015: 39). Toplumsal cinsiyet, kadın ya da erkek olmaya kültür ve toplumun yüklediği beklentiler ve anlamlar ile ilgili bir kavram olarak, bireyi erkeksi veya kadınsı yönüyle karakterize eden psikososyal özelliklere odaklanmaktadır. Bu kavram, esasında belirli sınırlara, hiyerarşilere, eşitsizliklere ve farklılıklara dayanmakta, ideolojik bir kurguyla aktarılmakta ve her tarihsel dönemde farklı bir biçim almakta, fakat tahakküm düzeni olma özelliğini sürdürmektedir (Bourdieu, 2016: 107; Rice, 1996’dan akt. Dökmen, 2009: 31).

Segal’e (1992: 96) göre insan doğası gereği toplumsaldır ve insanın gelişimi toplum içinde gerçekleşir. Aynı şekilde Connell’a (1987: 202) göre değişim, insan eylemliliğiyle üretilir; buna karşılık tüm pratikler, özel ortamlarda oluşurlar ve olayların art arda dizilişinde belirli bir yere sahip olurlar. Cinsiyet düzeni toplumsal ilişkilerin yapısı içinde homojen olmayan tarihi geçmişte kurulur. Sancar (2013: 176), toplumsal cinsiyet ilişkilerinin “biyolojinin dayattığı kaçınılmaz özellikler” olarak görüldüğünü ve toplumsal

olguların cinsiyetçi anlamlar kazandığını vurgular. Ona göre; erkeklerin savaşçı olması yüceltilirken, kadınların doğurganlığı “zayıf” insanlık hali olarak görülerek, toplumsal olarak ikincilleştirilmektedir. Bourdieu’ya (2016: 108) göre erkek ve dişi beden arasındaki farklar, ataerkil pratik şemaların gösterdiği şekilde algılanıp inşa edilmektedir. Bu pratik şemalar değer ve anlam sisteminin sürdürücüsü durumundadır. Benzer şekilde Butler’a (2014: 65-78) göre cinsiyetin oluş halleri vardır ve oluşlar değişebilir. Bunları değişmez bir erkeklik veya kadınlık olarak değerlendirmek anlamsızdır.

Toplumsal cinsiyetin inşası sürecinde, toplumsal cinsiyetin kültürel anlamları anatomik olarak çeşitlenmiş bedenlere işlenmektedir. Bedenler acımasız bir kültürel yasanın zoraki alıcısıdır. Toplumsal cinsiyet, cinsiyetleri oluşturan üretim mekanizmasının kendisidir. Toplumsal cinsiyeti “inşa” eden yasalar ve rejimler açısından bakıldığında biyoloji değil kültür, kader olmaktadır. Toplumsal cinsiyet; kültürün oluşurken üzerinde etki ettiği ya da kullandığı söylemsel bir araçtır (Butler, 2014: 50-53). Butler (2014: 12) toplumsal cinsiyetin yerleşmiş standartlara uygunluğuna dair bir takım sanılara dayanan anlamına, toplumsal cinsiyeti erilliğe ve dişiliğe dair basmakalıp fikirlerle sınırlı tutan görüşlere itiraz eder. Bourdieu’ya (2016: 108) göre farklı cinsel pratik kategorilerini meydana getiren bu bakış “habitus”, kadınları ve erkekleri ayırmaya yönlendirerek, toplumsal inşa sürecinde farklılaştırma çalışmasının nesnesi olmaya zorlamaktadır. Bu habitus kendi cinsine yakışan pratikleri yapılması için desteklerken, yakışmayan pratiklerden vazgeçirmeyi amaçlayan birçok farklılaştırma müdahalelerine dayanır (Bourdieu, 2016: 36-42). Toplumdaki farklılaşmayı üreten normların geleneksel pratikleri kültürel yapıları oluşturarak toplumsal cinsiyet düzenini yaratmaktadır. Kültürün egemen söylemi; sosyal yaşamı yöneten değerler ve normların durağan ve homojen olduğunu varsayıp, kültürün aktarıcısı olarak görülen kadınlara katı kurallar empoze eder. (Ertürk, 2015: 133-137).

Normların kurucu gücünün doğasını anlamak gerektiğini belirten Butler’a (2007: 171-183) göre normlar tekrarlanarak oluşur ve etkili olur. “Ataerkil yasa” bazı durumları açıkça kültürün dışında konumlandırarak şiddete açık hale getirir. Bu yoruma göre şiddet, derin düzeyde herhangi bir durumu norma uymaya yönlendiren pratiklerin bütünüdür. Şiddetin mağduru, mevcut norm sistemi içerisinde idrak edilemez; böylece mağdur, normları sarstığı için şiddete maruz kalır. Aslında şiddet, kültürün sürekliliğini devam ettirmek için tüm kurumların işbirliğiyle uygulanmaktadır. Burada Arendt’e (2016: 93) göre kendini haklılaştırma sürecinde kullanılan şiddet, uzun vadeli özgül amaçlara yöneldiği anda, doğal varlık nedenini kaybeder; toplumsal yaşam içinde rasyonelleştiği anda irrasyonelleşir. Buradaki gibi toplumsal düzenin sürdürülmesi ve bu ataerkil statükonun istikrarı için geliştirilen ve uygulanan şiddet stratejilerinden aşağıda bahsetmek istiyorum.

1.7. Bir “İstikrar” Unsuru Olarak Şiddet

Toplumsal cinsiyet eşitliği, kadın ve erkek arasındaki mevcut “iktidar” ilişkisine göre değerlendirilmektedir (Yarar, 2015: 69). İktidar, kendini sürekli göz önünde bulundurma, varlığını koruma ve devam ettirme sorumluluğu ile oluşmuştur. Bu sorumluluğun sahipleri olan erkekler, iktidarı kaybetmemek için kadınlara caydırıcı şiddet uygularlar (Yıldırım, 2015: 87). Şiddet; bireysel veya kolektif güç içeren; amaçlara ulaşmanın gereği olarak kullanılan bir araçtır (Türk, 2015: 103). Toplumsal düzen, eril tahakkümü tasdik etmek için algılama, düşünme ve eyleme şemaları olarak işleyen sembolik bir makine gibi çalışır. Böylece toplumsal algı ve dil açısından eril görüş nötr gibi görünür (Bourdieu, 2016: 21-23).

Kapitalizmin sınıflı modern toplumlarında eril şiddet “toplum içine gömülmüş olarak” normalleşir (Türk, 2015: 103). Yani eril şiddet, toplumsal kültürel mutabakattan

beslenir. Kadınların kapitalist ilişkilere girmesi ve yeniden üretim üzerinde kontrol sağlamasıyla yeni bir “patriyarkal mutabakat” oluşmuştur (age.). Kadınlar, içinde bulundukları toplumsal yeniden üretim ile ilişkili hegemonik erkek merkezli güç ilişkilerinin sembolik düzeydeki kurucu şemalarını tanır, kabul eder ve uygulamaya koyarlar. Bu durum bir askerin rütbe sembollerini öğrenmesi ve ona göre davranması gibidir. Burada tahakküme bağlılık aracılığıyla “sembolik şiddet” şemaları kurulur. Hükmedenlerin isteğine göre toplumsallaşmanın bir ürünü olarak oluşturulmuş, sınıflandırılmış, sınırlandırılmış şemaları, hükmedilenler doğalmış gibi görürler. Fakat buradaki tehlike bu şemaların, hükmedilenlerin kendini anlama ve algılamada, benliğini aşağılamaya ve değersizleşmeyi kabullenmeye sürüklemesidir (Bourdieu, 2016: 49-56). Böylece eril şiddetin amaçladığı şey; kadınları ikincilleştirerek, sindirerek ve ayrımcılığa tabi tutarak, tamamen sürekli bir itaatin oluşturulmasıdır. Üretim ilişkileri ve artı ürünün kontrolünü sağlayan eril iktidar şiddeti sayesinde, her erkek kendisine düşen “ataerkil payı” (namus, kadının ev içi emeği, iş ayrımı vb.) alabilir (Sancar, 2013: 222-223). Tahakküm ilişkileri, tarih boyunca şekillendiricilerin etkisiyle değişimleri sağlayan stratejilerin bağdaşımalarının tarihidir (Bourdieu, 2016: 107). Bu pay ancak toplumsal cinsiyet düzeninin işleyişi istikrarlı şekilde devam ettiği sürece alınabileceğinden toplumsal değişimler karşısında hegemonik erkekliğin devamlı yeniden kurulması gerekmektedir. Bunun için şiddet ataerkiyi besleyen bir mekanizmadır ve kadınların korku duymasını sağlayarak yeniden üretilmektedir (Taşdemir ve ark., 2017: 136).

1.7.1. Hegemonik Erkekliğin Aracılığıyla Şiddetin Yeniden Üretimi

Şiddet; hegemonik erkeklik içerisinde devamlılık sergileyen araçsal bir pratiktir. Eril güç sadece kaba kuvvet değildir. Evde, dışarıda; kaynakların, imtiyazların ve otorite dağılımını ve kullanımını ayarlayan üretim ve yeniden üretim ilişkileri içinde; farklı

biçimlerde kendini göstermektedir (Ertürk, 2015: 406). Connell (1987: 246) kadına şiddeti, bir şeyler yapan erkeğin ötesinde; toplumsal yaşantının içerisinde gücü elinde bulunduran, belirli ahlaki normları ve idealleri oluşturup, elindeki kaynakları eşitsiz bir şekilde cinsiyetlere göre dağıtan; kontrol etme ve denetleme gücüne sahip “hegemonya” olarak tanımlar. Tam da bu şiddeti besleyen işleyişin sonucu olarak şiddet; sadece erkeklik pratiklerinin bir sonucu değil, aynı zamanda beraberinde oluşturduğu hegemonik erkekliğin iktidarını yeniden üreten bir sistemdir (age.). Arendt’e (2016: 88) göre şiddet kullanma yeteneğine sahip geleneksel iktidar kavramında erk, doğası gereği yayılmacıdır. Erkin kendini ancak yayılarak ayakta tutabildiği farz edilir. Aksi takdirde dağılır, yok olur. Şiddet, erkek egemenliği ve üstünlüğüne yönelik siyasal ve toplumsal kültürü oluşturan yapının merkezindedir. Gramsci (1997), kullandığı “Rızanın üretimine dayalı hegemonya” kavramını, sivil toplumun politik toplum üzerindeki belirleyiciliğine vurgu yapmak için kullanmaktadır. Bu kapsamda sivil toplum kendi iktidarını korumak ve yeniden üretmek için ikna taktikleri kullanarak hegemonyayı üretmiş olur. Burada bireyler gerek zorla gerekse rıza göstererek, uzlaşma temelinde bir hegemonyanın inşasına katkı vermiş olurlar (Gramsci, 1997’den akt. Taşdemir ve ark., 2017: 135). Hegemonik erkekliğin değerleriyle ve amaçlarıyla paralel işleyen şiddet, bu sistemin koruyucusu olmaktan çıkıp hegemonik toplumsal düzenin kurucu bir çekirdeği halini alır (Bourdieu, 2016: 50-56). İktidarın erkekler arasında el değiştirmesi sürecinde toplumsal cinsiyet hiyerarşisi korunurken, kadın kimliği egemen eril siyasi projeye göre yeniden tanımlanır (Ertürk, 2015: 38).

Toplumsal düzen içerisinde teslim, sessizlik, feragat gibi erdemlerin dayatılmasıyla alçaltılan ve etkisizleştirilen kadın, boyun eğmeyi öğrenirken bu eril imtiyaz düzeni erkek için de tuzaktır. Erkekleri her şartta erkekliğini kanıtlamaya zorlayan tetikte olma, gerilim ve çekişme durumu, bu imtiyazın kurban edici yönüdür (Bourdieu, 2016: 67-68; Goldberg, 1991: 20). Erkeklik, baktığı her yerde kendisi için bir rekabet ve

risk gören bir güdü barındırır. Şiddet; hegemonik erkekliğin kuruluşu ve yeniden üretim süreciyle ilgili sergilenen sosyal bir performanstır. Erkekliğe atfedilen dayanıklılık ve güç, kahramanlık ve cesaret gibi sıfatlar, homososyal topluluk içinde ritüelleştirilmiş performanslar üzerinden yeniden üretilir (Türk, 2015: 86-102). Eril değerlerin yüceltilmesiyle gelişen tahakküm, erkekleri; cinayete, şiddete ve tecavüze iten bedensel bir cesaret sınavına sokar. Bunların yapılması, zayıflığa şans tanımayan erkekler dünyasından dışlanma korkusuna dayanır (Bourdieu, 2016: 71). Her zaman üstünlüğünü ve gücünü korumak zorunda kalan erkek iktidarının yarattığı toplumsal baskı, erkekliğin ispatını zorunlu hale getirir ve bir erkek için bunu yeniden kazanmanın yollarından biri “zayıf olana” uyguladığı her türlü şiddettir (Connell 87: 32-39). Burada kadın, tahakküme direnirse kamuoyunda ayıplanacağı ve hayatının alt üst olacağı korkusuyla, tahakkümü kabullenir. Böylece ezen sisteme karşı tek bir protestoya girişmeksizin, hegemonyanın katlanarak devamını sağlamış olur (Goldman, 2006: 73).

1.7.2. Hegemonik Cinsiyetçi Hiyerarşinin Paylaşımı

Erkeklerin kadınlar üstündeki egemenliği şeklinde oluşan “hegemonik erkeklik” hem kadınları hiyerarşiye tabi kılmakta, hem de diğer erkeklerle ilişkileri düzenlemektedir. Burada Connell’in (1987) temel vurgusu, farklı örüntüler aracılığıyla grupların tabi kılınmasıdır. Hegemonik erkekliğe göre işbirlikçi erkeklerin konumları farklılaşıyorsa, benzer şekilde kadınlar içinde de hiyerarşiyi oluşturan durumlar mevcuttur. Bazı kadınlar, gücü elinde tutan erkeklerle işbirliği yaparak, eril iktidardan pay alabilirler ve çıkarlarını diğer ezilen kadınlardan farklılaştırarak egemen erkek çıkarlarıyla eklemlenmiş ilişkiler kurabilirler (Sancar, 2013: 17). Burada kadının “olduğu şey” ile “desteklediği şey” arasında farklılık söz konusudur. Bu açıdan, toplumda “ön plana çıkarılmış kadınlıkların” izi takip edildiğinde, hegemonik erkekliğin kadınlığı inşa ettiğini

görmek kolaylaşır. Ön plana çıkarılmış kadınlık, en çok ideolojik ve kültürel desteğin en çok verildiği örüntüdür. Toplumsallık özelliklerinin teknik beceriden daha fazla önemsenmesi, erkeklerin arzularına boyun eğme ile evlilik ve çocuk bakımının vurgulanması, genç kadınlar için cinselliğin hâkim kılınması, ön plana çıkarılmış kadınlığın özellikleri olarak sıralanabilir (Connell, 1987: 246-251).

Yukarıda açıkladığım toplumsal cinsiyetin hiyerarşik düzenini inkâr eden ikincil dişilikler ve erillikler de vardır. “Vurgulanmış dişiliğin”, toplumdaki geleneksel ölçüt olarak varlığını sürdürmesine harcanan enerji, toplumsal geleneklere direnen diğer ikincil dişiliklere söz hakkı verilmemesi anlamına gelir (Giddens, 1994: 121). Direnen kimlikler ve yaşam biçimi geliştiren dişilikler arasında feministler, lezbiyenler, evlenmemiş ve çocuksuz kadınlar, yaşlı ebeler, fahişeler ve ev işçileri yer almaktadır. Direnen dişiliklerin deneyimleri büyük ölçüde toplumsal düzende ve tarihte gizlenmiştir. İkincil erillikler arasında en önemlisi ise eşcinsel erilliktir. Hegemonik erilliğin egemen olduğu bir toplumsal cinsiyet düzeninde eşcinsel, hakiki erkeğin karşıtı diye görülür. Damgalanmıştır ve erkeklerle ilgili hiyerarşinin en altına yerleştirilmiştir (age.). Eşcinsellik, bireysel eğilim olmaktan çok, heteroseksüel erkeklerin biyolojik yeniden üretimle ilgili konumunu tehdit eden ahlaki bir sorun olarak sunulur (Sancar, 2013: 204).

Bu bölümde şimdiye kadar anlatılanlarla, ayrımcılığın toplumun her yerinde karşılaşılan bir problem olduğunu, genellikle yukarıda bahsedilen birçok yapı içerisinde içselleştirildiği için ayrımcılığın ve onun dolayısıyla getirilen şiddetin fark edilmesinin güçleştiğini iddia eden bir çerçeve ortaya konmuştur. Ayrıca bu kavramsal çerçeve, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin getirdiği engellerin, sadece ayrımcılıktan etkilenen grubun sorunu olmadığına; bunun tüm toplumun, dolayısıyla sağlık çalışanlarının da sorunu olduğuna işaret etmeyi kolaylaştırmaktadır. Böylece bir alandaki eşitsizliğin, diğer alanlardaki eşitsizliği beslediği anlatılarak; bireylerin, ailelerin, iş ortamlarının ve genelde

ulusun bir bütün olarak insani gelişmesini etkilediği vurgulanmıştır. Yukarıda verilen bilgilerin sağlık çalışanlarında “toplumsal cinsiyet düzeni” konusunda farkındalık oluşturması sayesinde ise, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini gidermeye yönelik tutum ve davranışların gelişmesinin kolaylaşacağı düşünülebilir.

1.8. Şiddet Sahnesinde Devletin Kurumsal Rolü

Şiddet, toplumsal düzenle, kültürle, siyasi ve iktisadi yapı ile içiçe olan yapısal bir ögedir. Kadına yönelik şiddete devletlerin karışmamaları, uluslararası hukuki düzenlemelerle değişmeye başlamış ve devletlerin şiddeti önlemekte sorumlu olduğu kabul edilmiştir (Memiş, 2015: 175). Ancak devletlerin toplumsal cinsiyeti ele alış biçimleri hızla değişirken, tutarsız öğeleri de içinde barındırmaktadır. Örneğin 2016 yılında Polonya’ında kilise tarafından desteklenen kürtaşı önleme yasa tasarısı, büyük “kara pazartesi” protestoları sonucunda geri çekilmiştir. Fakat buna rağmen mevcut haliyle Polonya’daki yasalar, Avrupa’nın en katı kürtaşı yasalarıdır (BBC, 2016). Aynı yıl Türkiye’de de benzer bir durum yaşandığından söz edilebilir. İktidar partisi, cinsel istismar suçu işleyenlerin, istismar ettiği kişiyle evlenmesi durumunda ceza almamasını öngören bir kanun çıkarttı (Bianet, 2016; Hürriyet: 2016). Oysa aynı parti 2005 yılında insan haklarına aykırılığı nedeniyle bu durumu savunan TCK 423. maddesini kanundan çıkartmıştı (age.).

Bu güncel örneklerde de izlenebileceği gibi devlet, var olduğundan beri kadın-erkek ilişkileriyle ilgili konularda ideolojik müdahalelerde bulunur; işyerini ve aileyi düzenler, cinselliği denetlemeye çalışır. Bu açıdan devlet müdahalesi “cinsel politikanın” büyük destekçisidir (Connell, 1987: 173-181). Kadınların ücretli emek gücüne katılımının sınırlanması, doğum kontrol yöntemlerinin yasa dışı hale getirilmesi, evlilik ve boşanma yasalarındaki düzenlemeler, cinsel ilişkilere ve radikal kadın hareketlerine yönelik baskılar dolaylı bile olsa sıklıkla devlet politikaları ve yasaları ile desteklenmektedir (age.).

Politika ve devlet cinsiyete dayalı iş bölümünün yapılandırılmasında etkilidir. Örgütlü kolektif davranış anlamında kadın istihdamını şekillendirmektedir (Walby, 2014: 93). II. Dünya Savaşı yıllarında Avrupa’da kadın iş gücüne olan talebin çok artmasıyla kadınların fabrikalarda çalışmaları için bir seferberlik başlatılmıştır. Savaş döneminde devlet politikaları düzeyinde eşitlenir gibi olan erkekle kadın arasındaki ücret farkı başta olmak üzere birçok fark, savaş sonrasında yeniden büyümüştür. Çünkü dönemin devletlerinin temel ilgisi üretimde verimliliğin sağlanmasıydı. Kadın, ailede kocaya ve çok çocuk doğurarak devlete hizmet etmesi gereken bir insanımsı bir araçtı. Kadını arka planda kalması gereken bir araç olarak gören bakış açısı politikayla sistemleştirildi. Örneğin Almanya’da kadınlar için “çocuk, mutfak, kilise” politikası benimsendi (Sevim, 2005: 43-55). Günümüze doğru özel alandan kamusal alandaki patriyarkal sömürüye doğru yaşanan değişim süreci, çalışma yaşamında kapitalist güçlere karşı feminist direnişi uyandırdı. Oy hakkının kazanılması, kadınların devlet tarafından gerçekleştirilen dışlanma stratejilerinin engellemesini mümkün kıldı.

Günümüzde artık devlet, istihdamda eşit ücret ve cinsiyet ayrımcılığı yasalarıyla, kadınların mümkün olduğu kadar eşit haklara sahip olmasını destekliyor. Yine de bu politik desteğin ne kadar samimi olduğu tartışılmaktadır (Walby, 2014: 89). Küresel düzeyde bazen birbiriyle çelişen, alternatif ataerkil rejimler varlıklarını korumaya devam ediyor. Bu süreç içinde bazı erkek egemenlik biçimleri tasfiye edilirken, diğer bazıları tekrardan kurumsallaşmaktadır. Böylece maskülen siyaset, ataerkilliği dönüştürerek devamını sağlamaktadır (Ertürk, 2015: 406). Örneğin Walby (age.), devletin bir taraftan kadınlara yönelik fırsat eşitliği yasaları ve programlarını geliştirdiğini, diğer taraftan ise erkeklerin kontrolündeki devlet bürokrasisinin, kadınları otorite konumlarından dışlama yönünde alttan alta direndiğini kaydetmektedir. Ayrıca neoliberal politikaların getirdiği rekabet ve verimlilik baskısı altındaki iktidar, kadınları daha faydalı ve üretken olduğu

düşünülen iş alanlarında istihdam etmek için “seçilimle” işe alma politikası uygulamaktadır (Connell, 1987: 173-181). Buradaki neoliberal politika, kadınların çalışma yaşamından dışlanmasını önlerken; kadınları düşük ücretli endüstri kollarına, mesleklere ve yarı zamanlı çalışmaya itmektedir (Memiş, 2015: 175). Kadınlar istihdama katılma hakkı kazanmakta fakat istihdam edildikleri alanlarda ancak erkeklere tabi kılınarak var olabilmektedirler.

Devlet prensipte tarafsız olduğu düşünülen fakat uygulamada çıkar gruplarına alet olan liberal bir kurumdur. Devlet; kapitalizmin ihtiyaçlarına göre toplumsal cinsiyete ve cinsiyete ilişkin etkiler yapan, bastıran, tartışmaya açan, kadınların erkeklere tabi kılınmasını sağlayan sınıf devleti olarak değerlendirilebilir (Connell, 1987: 173-181). Günümüzde kadınları özel alanda sınırlandıran devlet politikaları ciddi biçimde azalırken kamusal alanın önü açılıyor. Kadınlar bu değişimlerden ciddi kazanımlar elde etse de gerçekte olan, kadının emeğinin, bedeninin, cinsel güçlerinin ve yeniden üretim yetilerinin devlet denetimine alındığı ve ekonomik kaynaklara dönüştürüldüğü yeni bir patriyarkal düzendir (Walby, 2014: 268; Türk, 2015: 100-104). Ayrıca devlet kendi yapısı içinde eril ve dişil arasında “arketip bölünmeyi” yeniden üretmektedir. Ailede koruyucu ve sahiplenici rolü olduğu düşünülen kadınlar sosyal devletle ilişkilendirilerek sosyal yardımların birinci tüketicileri haline getirilmiştir (Bourdieu, 2016: 108-113). Böylece devlet kadınların emek piyasasından dışlanmasını kabul ettikten sonra cinsel politika mağdurlarına (ör., anne, karı, dul, yetim) belirli kaynakları yeniden dağıtmaktadır. Bu yardımların artmasıyla devlet, sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla “ev içine” etkin müdahale etme fırsatına sahip olmuştur (Connell, 1987: 173-181). Aynı zamanda devletin birçok alandan çekilerek küçülmesi, sosyal politika ve koruma harcamalarından vazgeçmesine ve giderek sosyal hizmetlerin zayıflamasına neden olmaktadır (Memiş, 2015: 175). Devletlerin kadına şiddeti önleme yükümlülüklerini yerine getirmesi için,

egemen kültür söylemine karşı mücadele eden alternatif söylemleri ve yenilikçi stratejileri desteklemesi; cinsiyet ayrımcılığına, biçimlerine meşruluk sağlayan kurum ve değerlere karşı durması gerekmektedir (Ertürk, 2015: 111).

Evlilik, devlet ve din kurumları tarafından desteklenen ekonomik bir kurumdur (Goldman, 2006: 16). Devletler aşırılıklarının farkına varmadan, cinsiyetli beden kontrolü üzerine kurulu olan evliliği yani “ataerkil aileyi” toplumsal düzenin temeli ve modeli yaparak, “ahlaki düzen” sağlayıcısı olarak desteklerler. Bu düzeni sağlayan devlet şiddetinin toplumsal cinsiyete dayalı uygulamalarına karşı herhangi bir tepki oluşmaz (Connell, 1987: 173-181). Buradaki “cinsel politika” şiddeti, cinselliğin kapitalist rasyonalizasyonu içerisinde oluşan eril tahakküm ve muhafazakâr ahlakın uygulandığı bir süreçtir. Buradan eşcinsellerin ve kadınların madun konumu sosyo-ekonomik bir mesele olarak görülebilir (Türk, 2015: 100-104). Goldman’a (2006: 87) göre cinsiyetlerin özgürlüğü için en önemli aşama, önyargıların, geleneklerin ve adetlerin kısılcından sıyrılma mücadelesini başlatacak farkındalık aşamasıdır. Tam bir özgürleşme için anne ve sevgili gibi birine tabi olmak anlamına gelen manevi tutum ve yüklemelerden vazgeçilmelidir (age., s. 17).

Devletler bu bölümde saydığım “cinsel politika” konularında tüm tutarsızlıklarına rağmen, ulus ötesi ve ulusal kuruluşların çıkardıkları toplumsal cinsiyet eşitliğini savunan yasalar sayesinde, şiddetle mücadelede geçmişe göre daha kadın odaklı bir noktanın kuruluşuna katkıda bulunmuşlardır. Aşağıda değişimi sağlayan bu yasal adımları kısaca tanıtmak istiyorum.

1.8.1. Şiddetle Mücadeleye Yönelik Düzenlemeler

İnsan haklarının korunması devletlerin başlıca görevlerindendir. “Kadınların insan hakkı” teriminin literatüre girmesi, toplumsal cinsiyet temelli insan hakları ihlallerini

engellemek için hukuksal bir zemin sağlamıştır. Bu hukuksal gelişmeler sayesinde kadın haklarını ihlal eden taraf ülkeleri, tutumlarını değiştirmeye zorlamaktadır (Uygur ve Gürgey, 2014: 34). Kadına şiddetin önlenmesi konusundaki gelişmeler kendi içinde bazı çelişkileri olsa da baskı sistemlerinin ve tahakkümün dönüştürülebilmesinin mümkün olduğunu göstermektedir. Bunun devamlılığı için siyasi kararlılık gerekmektedir. Devletlerin bu amaçtaki uluslararası yükümlülükleri yerine getirmeleri gerekmektedir (Ertürk, 2015: 407).

1.8.1.1. Dünyada Hukuki Yapı

İnsan haklarının evrensel bir değer olarak tanınması ve geliştirilmesiyle, ailede ve toplumda kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın kaldırılması çalışmaları sürmektedir (Moroğlu, 2016: 359). 1946 yılında BM bünyesinde kurulan “Kadın Statüsü Komisyonu” kadının insan haklarının korunması ve geliştirilmesi adına ciddi adımlar atmıştır. 1980 yılında İkinci Dünya Kadın Konferansı’nda, kadına şiddetin bir sağlık sorunu olduğu vurgulanmıştır. 1981 yılında BM’nin Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi’ni (CEDAW) imzalaması en önemli adımlardan biridir. CEDAW, Türkiye tarafından 1986 yılında imzalanarak yürürlüğe konmuştur. 1995 yılında Pekin’de yapılan 4. Kadın Konferansı’nda kadına yönelik şiddetin hem insan hakları ihlali olduğu hem de kadınların insan haklarından yararlanmalarının önünde bir engel olduğu benimsenmiştir (Karınca, 2008: 38-39).

CEDAW kapsamında, kadınların hakları ihlalinin en fazla ihlalin olduğu alanlar net bir şekilde belirlenmiş; buradaki hakların ne olduğu konusunda netlik sağlanmıştır. Bu sözleşme çerçevesinde; her iki cinsten birinin aşağılığı veya üstünlüğü fikrine ya da kalıplaşmış rollerine dayalı bütün uygulamaların ortadan kaldırılmasını sağlamak amaçlanmıştır (Karınca, 2008: 38-41, Acar, 2014: 63).

Kadın ve erkeklerin sosyal ve kültürel davranışlarında kalıcı değişiklik yaratmak için, her türlü kültürel ve yasal önlemin alınması ile kadınlara yaşamın bütün alanlarında eşitliğe dayanan insan hakları ve temel özgürlüklerin tanınması ve kadınların bu haklardan yararlanmalarının sağlanmasının gerekli olduğu kararı alınmıştır. Bunun sağlanması yükümlülüğü devletlere atfedilmiştir. Kadınların insan hakları devletleri tarafından ihlal edildiği takdirde ve tüm iç hukuk yolları tükendikten sonra, CEDAW komitesine bireysel başvuru hakkı tanınmıştır. İhtiyari protokol, komiteye, kadın hakları ihlali olan taraf devletlere yönelik inceleme yapma yetkisi vermektedir. Komite bu inceleme sonucunda hak ihlali yaptığı tespit edilen ülkelere uyarıda bulunabilmektedir (Karınca, 2008: 38-41, Acar, 2014: 63).

İstanbul Sözleşmesi olarak bilinen “*Kadına Yönelik Şiddetin ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi*” 1 Ağustos 2014 tarihinde uluslararası hukuk alanında yürürlüğe girmiştir. Türkiye Sözleşmeyi onaylayan ilk ülke olmuştur. Kadına karşı şiddetle mücadele için Sözleşme’de kapsamlı bir hukuki zemin kurularak; önleme, koruma, kovuşturma ve mağdur destek politikalarına yer verilmiştir. Bu sözleşme, kadına karşı şiddetin son bulduğu bir Avrupa yaratmak hedefiyle düzenlemiştir. Sözleşmenin taraf ülkelerce nasıl uygulandığının Avrupa Konseyi tarafından izlenecek olması, Sözleşme’nin yaptırım gücünü ve bağlayıcılığını artıracak niteliktedir (Moroğlu, 2012: 367). Bu açıdan İstanbul Sözleşmesi, CEDAW’dan farklı olarak, kadına yönelik şiddet konusunda kullanılabilecek uluslararası hukuki bir araç şeklinde düzenlenmiştir. CEDAW’da yer almayan konuları tanımlayıp ileri taşıyan bölgesel bir insan hakları bildirgesidir. Örneğin sözleşme’nin 3. maddesi kadına yönelik şiddeti “toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden” doğan bir olgu olarak “kadına karşı ayrımcılık” şeklinde tanımlamaktadır. Böylece literatürde kullanılan toplumsal cinsiyet kavramı şiddetle ilişkili olarak uluslararası hukuk metinlerinde yerini almıştır (Acar, 2014: 63).

1.8.1.2. Türkiye’de Hukuki Yapı

Uluslararası düzeyde kadına yönelik şiddetin insan hakları ihlali olarak ele alınmış olması, ulusal düzeyde de bu konunun önemini artırmış ve devlete konuyla ilgili sorumluluklar yüklemiştir (Jansen ve ark., 2009: 21). Kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında taraf olduğumuz uluslararası sözleşmeler temel hak ve özgürlükleri garantilediğinden, Türkiye idari ve yargısal bakımdan bunları uygulamakla yükümlüdür. Devletlerin hukuk sisteminde kişiler arası ayrımcılığa izin vermemesi ve insan hakları ihlallerini; uygun, etkili hukuki yaptırımlara bağlaması gerekir (Karıncı, 2008: 11-13).

Ulusal hukukta kanunun temeli anayasadır. Kanunların anayasaya uygun olması gerekmektedir. Aile içi şiddetin önlenmesi açısından Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 5, 10, 12, 17, 19 ve 41’nci maddeleri ayrımcılığı reddeder ve eşitliği vurgular. Fakat Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda devlete kadınları ev-içi şiddete karşı korumak için doğrudan ödevler veren açık bir kural yer almamaktadır. Mevcut kanunlar Anayasanın “ailenin korunması”na ilişkin 41. maddesine dayandırılarak çıkartılmıştır. 2001 yılında Anayasanın 41. maddesine eklenen “ailenin eşler arasında eşitliğe dayandığı” tanımlaması aile ilişkilerinde erkek kadın eşitliğini vurgulamaktadır (Öden, 2014: 77-95).

Türk Ceza Kanunu’nda kadına yönelik şiddetle alakalı olarak, eşe karşı şiddet suç sayılmış, namus, töre cinayetleri ve tasarlayarak öldürmelerde ceza indirimleri kaldırılmıştır. Eskiden suç teşkil etmeyen eşe karşı cinsel saldırı, TCK’nın 102/2. maddesi doğrultusunda 7 yıldan 12 yıla kadar hapisle cezalandırılmıştır. Kamu görevlilerinin görevleri nedeniyle veya görevleri sırasında bir suç oluştuğunu öğrendikleri halde yetkili bunu yetkili organlara bildirmemeleri 279. madde çerçevesinde suç sayılmıştır. Çocuk yaşta evlenmeler ve çok eşlilik 1926 tarihli Medeni Kanun’la yasaklanmış, kadın özgürce eşini seçme hakkına kavuşmuş, eşit koşullarda boşanma ve çocukların velayetini alabilme hakkına sahip olmuştur. 22.11.2001 tarihinde 4721 sayılı Kanunla kadın erkek eşitliği daha

da geliştirilmiştir. Bu Kanunla birlikte kadın kendi soyadını kullanabilme hakkına sahip olmuş, evlilik birliğini eşlerin birlikte temsil ettiği kabul görmüş, çocukların velayeti eşlere birlikte tanınmış, nafaka davaları düzenlenmiş ve ekonomik anlamda önemli bir adım atılarak eşlerin birlikteyken edindikleri kişisel olmayan malların yarısında kadının hak sahibi olması sağlanmıştır (Karınca, 2008: 13-14).

1.8.1.2.1. Ailenin Korunması ve Kadına Şiddetin Önlenmesi Kanunu

İstanbul Sözleşmesi gereğince çıkarılan 6284 sayılı Kanunun amacı, kadına şiddeti önlemektir. 6284 sayılı Kanun “kadına yönelik şiddet” ve “ev içi şiddet” kavramlarını birbirinden ayırarak tanımlamıştır. Böylece bu Kanunun kadına şiddet sorununu çeşitli boyutlarıyla kavramayı kolaylaştırarak, kadının hukuki mücadele çabasına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Öden, 2014: 77-95). Bir önceki 1998 yılında çıkarılan 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun’da da aile içi şiddete maruz kalması durumunda kadının korunması mümkün olmaktaydı. 6284 sayılı Kanunla şiddet mağdurlarının kapsamı genişletilmiş, aile bireyleri haricindeki kadınlar, çocuklar ve ısrarlı takip mağdurlarının da koruma kapsamına alınması sağlanmıştır. Ayrıca Kanunun uygulanması için şiddetin olması şart olmayıp, tehlikenin bulunması yeterli sayılmaktadır. 6284 sayılı Kanun Hakkında Uygulama Yönetmeliği ise, Kanun maddelerindeki hükümleri uygulamaya yönelik kamu kurum ve kuruluşlarının görev ve sorumluluklarını ayrıntılandırmıştır. Bu mevzuatta hem mağdurlara hem de şiddet uygulayan kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin sunulması da öngörülmektedir. Sağlık kuruluşlarında görev yapan personel, diğer kamu kurumları ile koordinasyonu sağlayarak kadını savunma hizmetlerinin hızlı ve etkin bir şekilde yürütülmesini sağlamalıdır (KSGM, 2016a 155-157). Ne var ki, 6284 sayılı Kanunda kadına şiddet vakalarında uzlaştırma/barıştırma ve arabuluculuk yapılmamasına ilişkin bir maddenin olmaması yani bu davranışın

yasaklanmamış olması, kurum ve kuruluşlardaki meslek elemanlarının (polis, savcı, doktor vb.) kendilerine başvuran kadınları eve geri gönderme, şiddet uygulayan saldırganla barıştırma davranışlarının sürmesine yol açmaktadır. Kadına basitçe “evine dön” önerisinde bulunlabilmektedir (Taşdemir ve ark., 2017: 143). Ne yazık ki, İstanbul Sözleşmesi’ndeki “toplumsal cinsiyet” kavramının yasalarımıza uygulanmasında sorun yaşanmış; TBMM’de 6284 sayılı Yasa yapılırken Türk hukukuna “toplumsal cinsiyet” kavramını kazandırmaktan kaçınılmıştır (Acar, 2014: 70).

1.8.2. Şiddet Gören Kadın Ne Yapıyor ve Hangi Hizmetleri Alıyor?

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi toplumların böyle bir sorunun varlığını kabul etmesiyle başlar (Jansen ve ark., 2009: 21). Son dönemlerde Türkiye’de kadın haklarını geliştirmek için gerçekleştirilen hukuksal ve idari girişimler umut vericidir. 1990 yılında Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) ve 2009’da TBMM’de Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu kurulmuştur. Bu kurumların savunuculuk çalışmaları sayesinde önemli başlangıçlar yapılmış ve mesafeler alınmıştır (Akın, 2014: 160). Kadınlara hizmet veren birçok kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) mağdur kadınlara ve ailelerine yönelik hizmetler vermek için kurulmuştur. Bu merkezlerde şiddet mağdurlarına mesleki, hukuki, psikolojik ve sosyal alanlarda rehberlik ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Fakat sığınma evlerinin zorunlu olmasına karşın, nüfusu 50.000’in üzerindeki belediyelerin büyük çoğunluğunun hâlâ sığınma evlerini açmamış olması karşısında, kurulan bu merkezlerin ne kadar faydalı olabileceği düşündürücüdür (Sarıhan, 2014: 153).

Tüm bu düzenlemelerin ve kurumsal yapıların etkili şekilde hayata geçirilmesinin anahtarı ise kadına yönelik şiddet olgusunun niteliğini doğru kavrayan ve doğru müdahalelerde bulunan insan gücüdür. Bunu sağlamak için Karaman’da

düzenlediğimiz eğitimlerin arkasında bir devlet politikası bulunmaktadır. Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilen Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi 17 Aralık 2013'te başlamıştır. Projenin ana yararlanıcısı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, KSGM ve İçişleri Bakanlığıdır. Projenin paydaşları arasında Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Belediyeler ve STK'lar bulunmaktadır. Böylece; Bakanlıklar arası işbirliği daha da güçlenerek, kadına karşı her türlü ayrımcılığın ve şiddetin son bulması için zihinsel dönüşüm gerçekleşecek ve bu alanda çalışan kişilerin donanımının artması sağlanacaktır.

HÜNEE'nin Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasına göre, şiddet mağduru kadınların %89'unun hiçbir kuruma başvurmadığı ve yapılan başvuruların ise en fazla polise yapıldığı ortaya çıkmıştır. 2008'de %8 olan başvuru oranı 2014'te %11'e çıksa da, şiddet mağduru kadınların çoğuna hizmet gitmemektedir. Mağdur kadınların %56'sı şiddeti yakın çevrelerine anlatırken, sadece %11'i resmî kurum veya sivil toplum kuruluşlarına başvurmuştur. Polis, başvuruların %41'ini başka kurumlara yönlendirmiş, %23'üne tedbir kararı çıkarmış ve %29'unu eşiyle uzlaştırmıştır. Polise başvuran kadınların %81'inin ifadesi alınmamıştır. Polisin yaptığı yönlendirmelerin %18'i savcılığa, %10'u sığınma veya konukevlerine, %2'si ŞÖNİM'e, ve %7'si sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. Fakat başvuruların %60'ı herhangi bir yere yönlendirilmemiştir.

Kuruluşlara yapılan başvuruların etkisi önemlidir ve etki analizleri dört düzeyde değerlendirilmektedir: İlişkide şiddetin artması, durması, değişmemesi ve azalması. 2014 yılı polis başvurularının etkisi değerlendirildiğinde, polise başvuran kadınların %44'ü başvurunun şiddeti durdurduğunu, %32'si şiddeti değiştirmedigini, %20'si şiddeti azalttığını belirtmiştir. Başvuru sonrası ilişkisi devam edenler arasında şiddetin durma oranı %16 iken, ilişkisi sona erenler arasında şiddetin durma oranı %27'dir

(HÜNEE, 2015: 162-168). Buradan ilişkinin bitmesinin, kadının şiddetten kurtulma olasılığını artırdığı anlaşılmaktadır.

1.8.2.1. Tedbir Kararlarının Uygulanması

Mevcut mevzuatın gayet gelişkin yönleri bulunmaktadır; kanundaki tedbirlerin dışında olayın özelliğine göre hem şiddet mağduruna hem de şiddet uygulayıcısına, önleyici ve koruyucu tedbir kararları verebilir. Koruyucu tedbir kararı verilebilmesi için, kadının beyanı esastır. Şiddetin uygulandığı hususunda belge veya delil aranmaz. Baro ücretsiz avukat sağlar. Dava masrafı ve harcı ödemek gerekmez (TTB, 2008: 8). Mahkeme kararında mevcut olması koşulunda polis, şiddet uygulayanı kararda belirtilen süre kadar evden uzaklaştırır; varsa silahını alır. Kadın polis tarafından haftada en az bir kez ziyaret edilir; kadının yakınlarıyla iletişime geçilir ve komşuların bilgisine başvurulur (Kadın Dayanışma Vakfı, 2008: 49). Tedbir kararlarına aykırı hareket eden üç aydan altı aya kadar hapis olmaktadır (Karınca, 2008: 24-26).

Mevcut mevzuat çok güncel ve Avrupa Konseyi'ne uyumludur. Ama Türkiye'ye özgü koşullarda kısmen zayıf kalmaktadır. Uygulamada en çok tartışılan dört konu şunlardır: İlki, geçici koruma tedbirini karşılamada emniyet teşkilatı personelinin sayısal olarak yetersizliğidir. İkincisi, müşterek konutun kadına verilmesi ve saldırganın o evden uzaklaştırılması durumunda, kadının evin giderlerini karşılayacak ekonomik gücü genellikle olmamasıdır. Kadın nafaka alsa bile bu, ailenin geçimini sağlamaya yetmemektedir. Ayrıca saldırganın ev dışında yaşama olanağı da yoktur. Üçüncüsü, bağımlılık tedavisi ve psikolojik tedaviyi içeren sağlık tedbirlerinde kişi tedaviye gönüllü olamadığı için sağlık çalışanlarının yapabileceği bir şey kalmamaktadır. Dördüncüsü, tedbir kararına aykırı hareketlere verilen cezalarda uygulama birliği olmaması saldırganı cesaretlendirmektedir (HÜNEE, 2015).

1.8.2.2. Sağlık Çalışanlarının Hukuki Yükümlülükleri

İstanbul Sözleşmesi'nin özellikle 20. ve 25. maddeleri sağlık çalışanları için önemlidir. 20. madde: genel destek hizmetleri kapsamında şiddet eylemi sonrasında mağdurların iyileşmelerini hızlandıracak sağlık ve sosyal hizmetlere erişimlerinin kolayca sağlanması ve gerekli tedbirlerin devlet tarafından alınması vurgulanmıştır. 25. madde ise cinsel şiddete maruz kalan mağdurların muayenesi, travmadan kurtulmalarına yönelik hizmet ve danışmanlık verebilecek kriz merkezlerinin veya cinsel destek sevk merkezlerinin kurulmasına yönelik tedbirlerin alınmasıyla ilgilidir (KSGM, 2016a: 155-157). Böylece şiddetin önlenmesinde yol haritası çizilmiş; önleyici müdahale, farkındalığı artırma, uzmanların eğitimi, tedavi programları, psikolojik ve hukuksal hizmetler, acil yardım hatlarının açılması, sığınakların kurulması, bedensel zarar görenlere tazminat, adli yardım hizmetleri gibi konular 6284 sayılı yasa ve buna bağlı çıkarılan yönetmeliklerde detaylı şekilde düzenlenmiştir. Şiddet olayları ve alınan önlemlere ilişkin verilerin toplanması ve izleme mekanizması kurularak değerlendirilmesi mümkün hale gelmiştir (Moroğlu, 2012: 367).

6284 sayılı kanunun 7. maddesi “*Şiddet veya şiddet uygulama tehlikesinin varlığı hâlinde herkes bu durumu resmi makam veya mercilere ihbar edebilir. İhbarı alan kamu görevlileri bu Kanun kapsamındaki görevlerini gecikmeksizin yerine getirmek ve uygulanması gereken diğer tedbirlere ilişkin olarak yetkilileri haberdar etmekle yükümlüdür*” demektedir. Buna ek olarak TCK'nın 280. maddesi gereği de sağlık çalışanlarının şiddet mağdurunun bu durumunu gecikmeksizin yetkili makamlara bildirmesi gerekmektedir. Aksi halde bir yıla kadar hapisle cezalandırılabilirler (Acar 2014: 70). Bu kanun maddeleri nedeniyle sağlık çalışanı; şiddet olgusunu ihbar etmek ile zaten zor olan ailenin güvenini kazanarak mesleki yükümlülüklerini yerine getirilmek arasında ikilemde kalmıştır. Mesleki etik ilkeler açısından bu sırrı saklayarak şiddet

mağduruna gerekli müdahale ve yardımı yapması beklenirken yasal açıdan durum farklıdır. Burada ihbar yükümlülüğü mesleki etiğin önünde gözükmektedir (Kitiş ve Bilgici, 2007: 6-11). Burada sağlık çalışanı şiddet mağduru kadına yardıma yönelik müdahalede mi bulmalıdır? Yoksa yasadaki gibi şiddeti ihbarı mı seçmelidir?

Tam da burada Türk Tabipler Birliği (TTB)'ne (2008) göre şiddet mağdurunun durumunun tespit edilip ihbar edilmesi halinde, mağdur şikâyetten vazgeçse bile dava devam edeceğinden, şiddet gören kadın adli rapor ile başlayacak süreçler hakkında bilgilendirilmelidir. Ancak bazı durumlarda yargı sürecinin başlaması kadının zarar görmesine sebep olabilir. Örneğin kadının ekonomik bağımsızlığının ve gidecek herhangi bir yerinin olmaması, tekrar şiddet ortamına dönmek zorunda kalması, yargı sürecinin zorluğunu kaldıramayacak ruhsal stres hali gibi nedenlerle mağdurun ihbar halinde daha fazla zarar göreceği kanaati hekimde oluşmuşsa, mağdurun beyanının tutanakla tespiti ile sır saklama yükümlülüğü yerine getirilebilir. Bu gibi durumlarda adli olgu ihbarının hastanın sağlığını daha çok bozacağına dair bir tutanak hazırlanarak hasta dosyasına konulmalı ve ihbar hastanın sağlık koşulları uygun hale gelinceye kadar ertelenmelidir. Bu tutanak hekimin sır saklama yükümlülüğü açısından bir güvencedir. Anayasanın 90. maddesi uyarınca iç hukuk metni kabul edilen Avrupa Biyotik Sözleşmesi hekimin sır saklama yükümlülüğünü düzenlemektedir. Dolayısıyla ihbar zorunluluğunu düzenleyen TCK'nın 280. ve 6284 sayılı yasanın 7. maddesi hastanın daha fazla zarar göreceği koşullarda uygulanmaz. Ancak, yaşamsal tehdit varsa mutlaka ihbarda bulunmak gereklidir (TTB, 2008: 9).

1.8.2.3. Sağlık Kurumlarının ve Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatlanmasında kadına yönelik şiddetle ilgili birimler: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüdür. Taşra il teşkilatında ise İl Sağlık Müdürlükleri mevcuttur. İlçelerde Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve hastanelerde Acil Servis, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi önemlidir. Ayrıca acil sağlık müdahalesi için 112 Acil Çağrı Merkezi 24 saat ücretsiz hizmet vermektedir. Sağlık çalışanları şiddet gören ve/veya görme riski altında olan kadınlara yönelik sorunu teşhis etme, tıbbi bakım sağlama, risk değerlendirmesi yapma, psikolojik destek sağlama gibi hizmetler vermekle yükümlüdür. Şiddet uygulayanların ise, failin bağımlılığı olması hâlinde hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisini sağlamakta ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirerek tedavi hizmeti sunmaktadır. Saldırganın gönüllü olması halinde psikiyatrik tedavi uygulanmaktadır (KSGM, 2016b: 37). Ayrıca birinci basamaktaki tüm sağlık kuruluşlarında toplumsal cinsiyet eşitliği ve şiddeti önlemeye yönelik bilgilendirme ve farkındalık eğitimleri verilmektedir. Fakat saldırgan eşlere yönelik öfke kontrol terapilerine ve çiftler için aile danışmanlığı hizmetlerine ihtiyaç vardır.

Şiddet mağduru kadına verilecek sağlık hizmetleri kadın merkezli olmalıdır. Kadın merkezli sağlık hizmeti, toplumsal cinsiyete duyarlı olmalı ve hak temel prensiplere dikkat ederek, kadınların ihtiyaç ve taleplerini göz önünde tutmalıdır (KSGM, 2016b: 20-32). Mağdur bazen hemen acil servise başvurmakta bezende baskı sonucunda şiddeti gizlemek için bir sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Bu nedenle yaralanma vakalarında yaranın tedavisi için sağlık kurumuna başvuruda gecikme şiddetin göstergelerindendir. Bu gibi durumlarda mağdur kadının gövde, karın, kalça veya genital bölgelerinde olan yaralanmalar ve diş kırıklarının varlığı üzerinde önemle durulması, şiddet vakalarının atlanmaması için önem teşkil etmektedir (Sevil ve ark., 2015: 576). Şiddet vakasının açık, doğru ve tam kaydının yapılması kadının tekrar muayene edilerek ikincil travmaya maruz kalmasını engeller.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalan kadına yaklaşımını yönlendirecek hizmet basamakları rehberi bulunmaktadır. Burada şiddeti belgelemek amacıyla raporlama ve bildirimde bulunma mağdur kadının hukuki mücadelesinde önemlidir. Kadının tedavisi sırasında şiddet şüphesi varsa fakat kadın bunu doğrulamıyorsa, sağlık çalışanı risk değerlendirmesi yaparak kadını hakları ve başvuru yerleri konusunda bilgilendirerek tekrar kontrole çağırmalıdır. Sonrasında ise ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmeli ve bunlarla koordinasyon içerisinde hareket etmelidir. Bu gibi durumlarda birinci basamak sağlık kuruluşunda sağlık çalışanlarının nasıl hareket edileceğini gösteren sevk şemaları planlanmıştır (KSGM, 2016b: 20-32).

Kadına şiddeti önlemede sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesini ölçmek için iki ölçüt önemlidir. Bu ölçütlerden biri şiddet vakalarının tespit oranı iken diğeri hizmet alan kadınların memnuniyet oranıdır. Bu doğrultuda HÜNEE'nin 2015 yılı araştırma sonuçları, Türkiye genelindeki sağlık personelinin, yaralanma sonucu sağlık kurumuna başvuranların %85'ine yaralanma nedenini sorduğunu ortaya koymaktadır (HÜNEE, 2015: 133). Bu tespit de yüksek bir oran yakalandığını göstermektedir. Aynı araştırmada Türkiye'de kadınların %76'sı, sağlık personelinin davranışlarından memnuniyetini belirtmiştir (age.). Bu sonuçlar sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların, sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarından şiddetle ilişkili alanlarda kaliteli hizmet aldıklarını göstermektedir.

Yukarıdaki araştırma sonuçları umut verici olsa da toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı ve kaliteli bir hizmet verildiğinin göstergesi olamaz. Çünkü hastanın tıbbi hizmetten memnun şekilde ayrılmış olması hastaya; diğer parasal getirisi olmayan, gerekli, koruyucu ve önleyici diğer hizmetlerin de verildiğini göstermez. Son yıllarda sağlıkta dönüşüm politikası ve performanslar üzerinden yapılan ödemeler, hasta sağlık çalışanı ilişkisini “müşteri-esnaf” ilişkisine çevirmiştir. Bu politika koşulları içerisinde karşılığı

olmayan toplumsal sorumluluk hizmetleri, sağlık çalışanları tarafından angarya olarak görülmektedir.

Eğitimin şiddete yönelik tutum ve davranışları değiştirdiği ve istenmeyen tutumun yerine istenen tutumu yerleştirmenin bir aracı olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (Taşcı, 2003: 61). Şiddetin kadın üzerindeki etkilerine ilişkin bilgi düzeyi arttıkça, mağdura yönelik destekleyici tutum ve yaklaşım da gelişmektedir (Gömbül, 2001: 19-32). Fakat araştırmalar okul hayatlarında hekim ve hemşirelerin büyük bir kısmının eğitim yıllarında şiddet mağduru kadınlara yaklaşım için gerekli eğitimi görmediklerini işaret etmektedir (Kıyak, 2008: 67). Toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı, sürdürülebilir ve kaliteli bir hizmet için; eğitimlerle sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturulması ve konunun canlı tutulması, bu sorunla mücadelede önemlidir.

1.8.2.4. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşımı

İnsan hakları ve tıp etiği (Deontoloji) alanındaki değerler açısından sağlık çalışanlarının şiddet görmüş/gören kadınlara hizmet verebilecek becerileri kazanmaları ve toplumsal cinsiyet konusunda farkındalık sahibi olmaları önemlidir. Bu fikri destekleyen bulguları Gömbül (2001) araştırmasında sunmuştur. Araştırmaya göre sağlık çalışanları şiddeti önleme ve yardıma yönelik çözüm önerileri kapsamında kadınlara; uzlaşmacı ve yumuşak başlı olmalarını, davranışlarında eşin beklentilerine uymalarını, kadınlık rollerini eksiksiz yerine getirmelerini, güçlü yönlerini gizlemelerini ve sorunlarla cinsel cazibelerini kullanarak baş etmelerini önermişlerdir. Bu söylem ve yaklaşım, kadının toplumsal cinsiyet hiyerarşisindeki eşitsiz konumlanışının, toplumun eğitilmiş kesiminde yer alan sağlık çalışanlarınca da içselleştirildiğini göstermektedir. Burada sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitsizliği konusundaki olumsuz tutumlarının en önemli sebebi bilgi eksikliğidir.

Mağdur kadınlar fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları nedeniyle sağlık merkezlerine çok sık başvururlar. Bu başvuruların büyük çoğunluğunun nedeni şiddet sonucu oluşan yaralanmalardır. Fakat maruz kaldıkları şiddeti utanç, eleştirel yaklaşım veya eşlerinden korktukları için sağlık personeline söyleyemezler. Bu durumu fark etmeye yönelik verilen eğitimlerdeki bilgilendirme sayesinde, sağlık çalışanlarında yeterli duyarlılık sağlanabilir; böylece kendilerine başvuran mağdur kadının hem iletişim şeklinden hem de tıbbi müdahale anındaki davranışlarından, kadının şiddet görüp görmediğini fark edebilirler. Tıbbi muayene anında sağlık çalışanı kadının yaşadığı sağlık probleminin sebebinin maruz kalınan şiddet olup olmadığı ihtimaline dikkat edilmelidir. Bu sebeplerle sağlık çalışanları şiddet mağduru kadınların tanı, tedavi ve desteklenmesi sürecinde çok ciddi bir pozisyonudadır.

Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, sağlıkçıların mesleki rollerinin kritik önemi kadar ciddiyete sahip; derin bir sağlık sistemi sorunu vardır. Tedavi kurumlarının ve hekimlerin performansa dayalı olarak çalışması, bunun sonucu olarak hekimlerin başvurana yeterli zaman ayıramaması, sağlık kuruluşları yönetimlerinin parasal getirisi olmayan hizmetlere insan gücü, para ve zaman ayırmaması; bir isteksizliği de beraberinde getirmektedir. Bu sağlık sistemi atmosferinde zarar görecektir gruplardan birisi de mağdur kadınlardır. Ayrıca Türkiye’de, son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri, meslekteki hatalı veya yanlış uygulamalar anlamına gelen “Malpraktis Yasası” nedeniyle yapılan soruşturma, tazminat ve cezalandırma uygulamaları, sağlık çalışanlarının hizmet verme motivasyonlarında ve yaklaşımlarında ciddi değişimlere sebep olmuştur. Böylece Türkiye’de kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki hizmet yaklaşımı “savunmacı (defansif) tıp” hizmetine dönüşmüş, sağlık personeli inisiyatif kullanmaktan kaçır hale gelmiştir (KSGM, 2016a: 170).

İKİNCİ BÖLÜM:

YÖNTEM

Bu çalışma, birinci basamak aile hekimliği birimlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına verilen eğitimin, kadına yönelik şiddete ilişkin bilgilerine ve tutumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla, 2016 yılında Haziran–Ağustos aylarında yapılmış bir araştırmanın bulgularının sosyolojik teori çerçevesinde işlenip, analiz edilmesine dayanmaktadır. Bu çalışmada, hazır verilerin analizi yapılmıştır. Ancak ampirik veriler de araştırmacı tarafından toplanmıştır. Sağlık sektöründe çalışan uzmanlar hakkındaki analiz bireysel düzeyde yapılmıştır; bu anlamda analiz nesnesi personeldir. Yapılan analize dayanarak, verilen eğitimin etkisine ilişkin çıkarımlarda bulunulacaktır.

Bu çalışma, eğitimlerin toplumsal bir soruna karşı farkındalık geliştirip geliştirmediğini anlamak amacıyla tasarlanan bir etki araştırmasıdır. Etki araştırmaları, planlanan bir toplumsal değişikliğin, davranış değişimi, bilinçlenme ve farkındalık seviyesinde artış yaratıp yaratmadığını ortaya koyan uygulamalı araştırmalardır (Neuman, 2014: 44-45). Araştırmaya konu olan kişileri bilgilendirmek için eğitim anında katılımcıların soruları cevaplandırılmıştır.

Bu araştırmanın amacı betimlemedir. Betimleyici araştırmalarda değişkenler arasında nedensel ilişkiler yerine birlikte bulunma ilişkisine bakılır. Betimlemenin olayın ne olduğuna odaklandığını söyleyebiliriz (Kuş, 2012: 23). Burada yapılan araştırmanın hedefi, uzmanların eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi ve tutumlarında bir değişim olup olmadığını ortaya koymaktır.

Bilimin temel ilkelerinden pozitivistliğe göre bilimsel bilgi, görgül olaylara uygulanan mantıksal analizlerin bir sonucudur (Karkas, 1997: 41). Görgül araştırmalarda verilerin kavramlarla bağlantılandırılması, bir kavramın kendi görgül göstergeleriyle

ilişkilendirilmesi gerekir. Nicel araştırmalarda bu, işlemselleştirme olarak tanımlanır. Görgül ölçüt, araştırma sorularıyla veri arasındaki ya da kavramlarla bu kavramların görgül göstergeleri arasındaki bağlantıyı vurgular (Punch, 2014: 46). Nicel araştırmalarda bir veri toplamadan önce kavramlar üzerine derinlemesine düşünülür. Kavramlarla veriler arasında köprü kuran ölçüm teknikleri oluşturur (Neuman, 2014: 267).

Bu araştırmada değişkenler ve değişkenler arası ilişkiler nicel düzeyde ölçülmüştür. Betimlemenin etkili yollarından biri, onları sayısal ifadelerle eşleştirmektir. Pozitivist yaklaşımı benimseyen bu araştırmada, toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ifadeleri ve hizmet bilgisi test soruları, sayılarla eşleştirilerek, hedeflenen ölçümler gerçekleştirilecektir.

2.2. Varsayımlar ve Kısıtlar

Yaşadığı toplumun bir parçası olan sağlık çalışanlarının toplumsal değerler taşımaları, bu değerlerle etkileşim içinde bulunmaları ve bunları mesleki performanslarına yansıtmaları beklendik bir durumdur. Bu araştırmanın temel varsayımı, sağlık çalışanlarının kadına şiddete yönelik yaklaşımlarının altında yatan ve yaklaşımlarını şekillendiren hususların farkında olmalarının sağlanabileceği ve bu farkındalığın düşünsel ve davranışsal değişime yol açabileceğidir. Bu da, aile içi şiddet mağdurlarına verilen hizmeti olumlu yönde etkileyecektir. Bu bağlamda araştırmanın ikinci varsayımı, kadına şiddet vakaları ile karşılaşan sağlık çalışanlarının, mesleki rollerine ve şiddet mağdurlarına sağlık hizmeti sunumuna ilişkin kavramlaştırmalarının, yenileriyle yer değiştirmesine eğitimin asgari düzeyde bile olsa katkı sağlayacağıdır.

Araştırmanın kısıtlarından biri güvenilirlikle ilgilidir. Güvenilirlik, ölçümün tutarlılığı anlamına gelir ve geçerliliğe etki eder: Aynı şeyin eş veya benzer koşullar altında yinelenildiğinde tekrar oluştuğuna işaret eder (Neuman, 2014: 277).

Karaman Halk Sağlığı Müdürlüğünden, kadına yönelik şiddetin önlenmesi eğitimleri için izin alındıktan sonra eğitim programı, materyalleri, slâytları, ölçek ve test formlarına ilişkin hazırlıklar yapılmıştır. Bir çalışmanın yöntemsel olarak her dakikası detaylı bir şekilde planlanmış olsa bile, tekniğe ve ölçme aracına tamamen alışmak için testlerin (denemelerin) yapılması önemlidir. Bu pilot çalışmalar aynı zamanda, yöntem ve araçlarda ortaya çıkabilecek problemlerin giderilmesi için bir fırsattır (Solso ve Johnson, 2005: 132). Bu doğrultuda özellikle eğiticinin sunum performansını artırmak için pilot çalışma yapmanın faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu nedenle eğitimin etkinliğini, uygulamaların ve formların anlaşılabilirliğini test etmek için pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Karaman İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerindeki 14 sağlık personeline, asıl uygulamadan bir ay önce eğitim verilip, testler uygulanmıştır. Ön uygulamada ortaya çıkan eksiklikler giderildikten sonra asıl çalışmaya geçilmiştir. Güvenirliği artırmak amacıyla alınan ilk önlem pilot çalışma düzenlenmesi olmuştur.

Ön test-son test uygulamasındaki en önemli sorun iki uygulama arasında geçen süredir. Güvenilirlik yüksek olduğunda, hatalı değişme küçüktür. Güvenirliği yüksek bir ölçüm insanlar arasındaki farklılıkları doğru yakalar (Punch, 2014: 97). Bu süre soruların hatırlanamayacağı kadar da uzun, zamana bağlı olarak kişisel değişimlerin görülemeyeceği kadar da kısa olmamalıdır. İki uygulama arasındaki süre ölçülen özelliklere göre ayarlanmalıdır (Bordens, 1998; Bulduk, 2003). Bu nedenle eğitim konularının ön testleri sabah eğitime başlamadan uygulanırken, son testler hatırlama etkisini sınırlamak için konu bitimi yerine gün sonunda uygulanmıştır (Bkz. EK-5).

Burada önerilen çalışmaya temel oluşturan ön ve son testlerin, tutum ölçeği ve üç bilgi testine göre yapılması nedeniyle verilerin güvenirliliği, katılımcıların sorulara samimi ve doğru cevap verdikleri varsayımına bağlı olarak değerlendirilmektedir. Kadına şiddeti önleme projesi kapsamında kurum içi bir eğitim olması sebebiyle, eğitimin gün

boyu sürmesi, katılımın zorunlu olması ve kurumsal beklentileri dolayısıyla, katılımcıların olduklarından farklı bir tavır sergilemeleri ihtimali bu çalışmanın geçerliği açısından kısıtlayıcıları arasındadır. Birçok çevresel faktörle beraber test kaygısı ve teste gösterilen ilgi de güvenilirliği etkileyecek hata kaynaklarıdır (Bulduk, 2003: 97). Bu kısıtlayıcı durumları minimize etmek amacıyla konu bitimlerinde dinlenme arası verilmiş ve yapılan her test öncesi bunun mesleki bir ölçüm olmadığı, verilerin tez çalışması için kullanılacağı anlatılmıştır. Test formlarındaki tanıtıcı bilgiler kısmına adı soyadı yerine takma ad yazılması istenmiştir.

Bu çalışma kapsamında yapılan eğitimler ve verilerin toplanması, kurumsal planlar, zamansal baskı ve katılımcı uzmanların tekrar toplanmasının zor olması nedeniyle tez önerisi oluşmadan yapılmıştır. Bu sebeple bu çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliğini etkileyebilecek diğer bir kısıtlılık hazır veri kullanımıdır. Daha önce toplanmış ve çözümlenmiş hazır verilerin yeniden kullanılması “ikincil çözümleme” olarak adlandırılmaktadır. İkincil çözümlemenin kullanımı hem yöntem bilimsel bakımdan hem de verilerin yorumlanması bakımından zorluklar ortaya çıkarır. “Buradaki sorunun giderilmesi, önceden toplanmış verilerin, araştırmanın şimdiki sorularına yanıt vermesi için uygun zorlama yolların bulunmasıyla mümkün olur” (Punch, 2014: 104).

2.3. Soru ve Hipotezler

Araştırmada şu soruya yanıt aranmaktadır: İsabetle ve titizlikle hazırlanıp uygulanan bir eğitim programı sayesinde verilen yeni bilgi kümesi, yerel pratiklerin direncine rağmen, uzmanların tutum ve davranışlarında beklenen değişimin ne ölçüde gerçekleşmesine yol açmıştır?

İsabetle hazırlanmış bir eğitim programı, şiddet mağduru bir kadın ile ilk kez karşılaşan bir uzmanın ‘tıbbi bakım, destek ve danışmanlık hizmetlerinin sunumunda’

mesleki rolünün mücadeledaki önemini fark etmesini sağlayarak vakanın sorumluluğunu sahiplenmesinde farkındalık yaratabilir. Verimli olan bir eğitimde katılımcıların tutum, bilgi ve farkındalık seviyelerinin artması beklenir.

2.4. Örneklem

Pozitivizm araştırmacılara, olasılığa dayalı örneklemelerle genellenebilir verilerin toplanmasını önerir. Böylece kolaylıkla verilerin ampirik kontrole açık olması sağlanıp tümevarım metodu uygulanabilir (Keat ve Urry, 2001: 120). Yapılacak araştırma genelleme yapabilmek için evreni (genelleme yapılacak nüfus grubunu) temsil edebilecek örneklem oluşturma amacıyla olmalıdır. Örneklem araştırmacının büyük bir havuzdan seçtiği ve nüfusa genellediği daha küçük örnek olaylar kümesidir. Nicel araştırmacılar temsil gücü olan örnekler seçecek tekniklere odaklanırlar (Neuman, 2014: 320).

Araştırma evreni 2016 yılında Haziran–Ağustos aylarında Karaman il ve ilçe merkezlerinde kadına yönelik şiddet mağdurlarına ilk müdahaleyi yapacak olan birinci basamak sağlık hizmetindeki 74 Aile Sağlığı biriminde görev yapmakta olan 72 doktor, 73 aile sağlığı elemanı (ebe ve hemşire) olmak üzere 145 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Bu araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin, tüm uzmanların görevlendirme yoluyla eğitime katılımları sağlanmıştır. Çalışmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Çalışma sonunda, eğitime katılan ve eğitimi tamamlayabilen katılımcıların 69'u doktor, 63'ü aile sağlığı elemanıdır. Eğitimi tamamlayanlardan bazılarının hatalı test formu doldurması sebebiyle altı adet form iptal edilmiş; böylece 67 doktor, 59 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 126 (%86) kişinin cevapları yeterli kabul edilerek çalışma kapsamına alınmıştır.

2.5. Veri Kaynakları ve Veri Toplama Yöntemi

Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önleme Projesi kapsamında Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) tarafından, Türkiye genelindeki kuruluş ve sivil toplum eğitimlerinde kullanılmak amacıyla eğitici rehber kitaplar hazırlanmıştır. Bu rehber kitapların eğitimin planlanmasında en uygun kaynak olduğu düşünülmüştür. Bu sebeple bu araştırmaya konu olan eğitimin içeriği, Türkiye’deki devlet kuruluşlarında uygulanan aile içi şiddeti önleme projesine göre şekillenmiştir (KSGM, 2016b). Eğitimin kurum içinde düzenlenmesi sebebiyle, içeriği hazırlanırken KSGM’nin Sağlık Çalışanları Eğitici El Kitabındaki eğitim modülleri kullanılmıştır. Bu projenin etkinliğinin ölçülmesinde kullanılan dört adet form, Karaman’daki çalışmada da veri toplama araçları olarak uygulanmıştır.

Eğitime katılacak sağlık personellerinin için Karaman Valiliğinden görevlendirme oluru alındıktan sonra sağlık hizmetini aksatmayacak şekilde, aile sağlığı elemanları Haziran ayında üç grup, doktorlar ise Ağustos ayında üç grup olarak eğitime alınmıştır. Her eğitim grubunun katılımcı (interaktif) olması istendiği için eğitim salonu U düzeninde 15-25 kişiden oluşturulmuştur.

Eğitim öncesi katılımcılarla tanışma, katılımcıların beklentilerinin alınması ve grup kurallarının belirlenmesi sonrasında ön-test uygulanmıştır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sözlü onamları alındıktan sonra test formları ve ölçekler eğitim salonunda araştırmacı gözetmenliğinde katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Eğitimin sonunda geri dönüşler alınmış ve ön testin bire bir aynısı olan formlar son testte uygulanmıştır. Birbirinin aynısı testlerin uygulanmasındaki amaç katılımcıların tutum, bilgi ve farkındalık seviyelerinde, eğitimin bir değişikliğe yol açıp açmadığını gözlemleyerek eğitimin etkisini ölçmektir.

Kadına yönelik şiddet konusunda hizmet veren kuruluşlarda çalışanlar üzerinde toplumsal cinsiyet rolleri ve toplumsal cinsiyet iş bölümü konuları sorgulanarak, çalışanların toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla, toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeği geliştirilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla 5'li likert ölçeğinde 15 madde bulunmaktadır. Ölçekteki her bir ifadede katılımcılar; 1-5 şeklinde puan almışlardır. 15 sorunun üç tanesi (3, 6, 8) ters yüklü maddelere karşılık gelmektedir. Katılımcıların gruptan aldıkları puanların düşük olması, toplumsal cinsiyet eşitliği tutumlarındaki geleneksellikte artmayı, yüksek olması ise azalmayı yansıtmaktadır. Ölçeğin kesme değer puanları 15-43 düşük, 44-50 orta, 51-75 yüksek şeklinde belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak saptanmıştır. Cronbach Alpha katsayısı, bireylerin bütün test veya ölçek maddelerine karşı tepkilerinin tutarlılığını analiz eder. Bir testin veya ölçeğin maddelerinin homojen olduğu testlerde ve ikiden fazla cevap seçeneği bulunan testlerde kullanılabilen iç tutarlılık bulma formülüdür (Bulduk, 2003: 76).

Araştırmada beş set değişken vardır. Birinci set bağımsız değişken tanıtım formunda, kişiler arasındaki farkı anlamak için toplanmış kişisel bilgilerdir. Bu kapsamda yaş, cinsiyet, meslek, kıdem (çalışma yılı), öğrenim düzeyi, medeni durum ve doğum yeri verilerini ölçmeye yönelik yedi bağımsız değişken kullanılmıştır. Diğer dördü, toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeği, psikolojik değerlendirme ve görüşme bilgisi, sunulan sağlık hizmeti bilgisi ve hukuki mevzuat bilgisi konularındaki bilgi sorularından oluşan değişkenler kümesidir. Aşağıdaki paragraflar bu dört alanda kullanılan değişkenleri ana hatlarıyla tanıtmaktadır.

Şiddet gören kadınlara hizmet veren birçok kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Fakat bunların çoğu, sağlık çalışanları da dâhil olmak üzere sorumluluk ve görevlerini bilmemektedir. Bu sebeple eğitimin bu kısmında sağlık çalışanları, kadına yönelik şiddet

konusunda hizmet veren diğer kuruluşların görev ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilerek, çalışanlara bu kurum ve kuruluşlara yönlendirmenin nasıl yapılacağına ilişkin bilgi verilmiştir. Dolayısıyla bu alandaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla kadına yönelik şiddet ve sunulan hizmet bilgisini sorgulayan 10 test sorusu kullanılmıştır.

Şiddete maruz kalan kadınlar, fiziksel tıbbi tedavi veya duygusal gereksinimleri yüzünden ya da şiddet sonucu yaralandıkları için sık sık sağlık kuruluşlarına başvururlar. Fakat yaşadıkları şiddeti utanç, yargılayıcı tutumlar veya eşlerinden korkmaları nedeniyle ifade edemezler. Sağlık çalışanlarının şiddet gören kadınlarla bu travmatik koşullar altında çalışabilmeleri için bazı özel beceri ve donanımına ihtiyaçları vardır; psikolojik görüşme teknikleri de bunlardan biridir. Bu sebeple eğitim kapsamında sağlık çalışanlarına, kadın merkezli hizmet yaklaşımı konusunda da bilgi verilmiştir. Edinilen bilgi düzeyini ölçmek amacıyla, psikolojik değerlendirme ve görüşme bilgisini sorgulayan 10 test sorusu kullanılmıştır.

Dünya’da kadına yönelik şiddetle mücadele için yapılan çalışmalara uygun olarak Türkiye’de hukuki düzenlemelere öncelik vermiştir. Bu sebeple eğitim, aile içi şiddetle ilgili hukuksal düzenlemelerle ilişkili mevzuat konularındaki bilgilere değinmektedir. Edinilen bilgi düzeyini ölçmek amacıyla, kadına yönelik şiddetle mücadeleye ilişkin mevzuat bilgisini sorgulayan 10 test sorusu kullanılmıştır.

2.6. Analiz

Yapılan bir niceliksel araştırmada, sadece verilerin yorumlanması ve bundan anlamlı sonuç çıkarılması mümkün değildir. Bu verilerin bir takım özelliklerinin de sunulması gerekir. İşlemselleştirme düzeyinde, göstergeler arasındaki ilişkinin seviyesini belirlemek için ampirik hipotezi test etmek gerekir (Neuman, 2014: 272; Kayış, 2005: 51). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, normal dağılım gösteren veriler

için parametrik testler (paired sample t-testi, independent t-test, one way anova) ve normal dağılım göstermeyen veriler için parametrik olmayan testler (mann-whitney u testi ve wilcoxon singe drank testi) kullanılmıştır (Bulduk, 2003: 158).

Tanımlayıcı istatistikler kategorisi içinde; ortalama, medyan ve mod gibi merkezi eğilim ölçütleri, standart sapma ve varyans gibi ortalamadan sapma ölçütleri ile çarpıklık ve baskınlık gibi normalden sapma ölçütleri kullanılmıştır. Böylece sağlık çalışanlarının ön test ve son test ölçümlerinden aldıkları puan toplamaları, ortalamaları ve ortalamalar arası farkları incelenerek, eğitimin pozitif değişim sağlayıp sağlayamadığı ortaya konulmuştur.

Araştırmaya konu olan eğitim başarısı iki farklı zaman diliminde (ön test ve son test) ölçülmektedir. Bu iki koşulda değerler arasında anlamlı bir değişim olup olmadığını test etmek için paired sample t-testi veya wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Bir bağımlı değişken ve bir bağımsız değişkenin iki veya ikiden fazla düzeyi arasındaki ilişkili ölçümler için, independent t-test, one way anova kullanılmıştır. Böylece tanıtım formundaki iki veya ikiden fazla düzeyi bulunan cinsiyet (kadın, erkek), meslek (aile hekimi, aile sağlığı elemanı), medeni hal (evli, bekâr), doğum yeri (Karaman, Karaman dışı), yaş (30 ve altı, 31-40, 41 ve üstü), kıdem (10 ve altı, 11-20, 21 ve üstü), eğitim durumu (lise, ön lisans, lisans, lisansüstü) bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişkenin (tutum ve bilgi) ölçüm sonucunda, eğitim başarı puanları (ön test ve son test) ortalaması arasındaki farkın anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiştir.

Genel kabul gören, p değerinin 0,05'den düşük olması durumunda ve ön test ve son test puanlarının ortalaması arasındaki farkın son test puanı lehine olduğu gözlemlenirse, kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilişkin eğitim programının sağlık çalışanlarının bilgilerini geliştirme ve artırmada önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

BULGULAR

3.1. Arka Plan

Çalışmalar eğitimin, bireyin şiddete yönelik tutumunu ve davranışını değiştirdiğini ve istenmeyen tutumun yerine istenen tutumu yerleştirmenin bir aracı olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan birçok araştırma, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının şiddet mağduru kadınlara yaklaşımı için gerek okul sürecinde gerekse meslek hayatlarında herhangi bir eğitim görmediklerini ortaya koymuştur (Kıyak, 2008: 67). İletişim sorunları, mağduru fark edememe, psikolojik değerlendirme yapamama, mesleki yetkilerini bilmeme ve hukuki bilgi eksikliği gibi sebeplerden, sağlık çalışanlarının şiddet mağduru veya risk altındaki kadınlara yardım konusunda yetersiz kaldıkları durumlar olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı bir sağlık sorunu olarak şiddetin fark edilmesi ve koruyucu müdahalenin yapılmasında eğitimin gerekli olduğu çalışmalar da vurgulanmıştır.

Bu bahsi geçen yetersizliklerin giderilmesi amacıyla kurumlar arasında “Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi” imzalanmıştır. Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda verilen eğitimler ile hem şiddeti önlemede hem de şiddete karşı korumada etkin ve kaliteli hizmet hedeflenmektedir. Tezime konu olan eğitimler, Sağlık Bakanlığının açtığı Kadına Yönelik Şiddeti Önleme Eğitiminden almış olduğum Eğitici Belgesi neticesinde, yukarıda belirtilen hedeflere ulaşmak için Karaman’da 2016 yılında Haziran–Ağustos ayları arasında üç ayda tamamlanmıştır.

3.2. Sağlık Çalışanlarına Verilen Eğitimin Sonuçları

Kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumların nicel düzeyde ölçüldüğü bu araştırmanın bulgular aşağıda beş başlık altında değerlendirilmiştir. Bu başlıklar, sağlık

alışanlarının temel özellikleri, toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin tutum alışları, kadına yönelik şiddete karşı sunabilecekleri hizmet bilgileri, şiddete maruz kalmış kadınların psikolojilerini değerlendirmeleri için gereken bilgiler ve kadına yönelik şiddetle mücadeleye dayanak olan mevzuata ilişkin bilgi konularını kapsamaktadır.

3.2.1. Katılımcıları Tanımlayıcı zellikler

Karaman birinci basamak sağlık hizmetinde eğitimin etkisini sorgulayan bu araştırmada hem n test hem de son testte kullanılan ölçek ve bilgi soruları 126 kişinin tüm oturumlara tam katılımıyla yapılmıştır. Tablo 1’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyeti, yaşı, çalışma süresi (kıdem), eğitim durumu, medeni hali, doğum yeri ve meslek özelliklerine bakılmıştır. Örneklem evreni temsil etmektedir. Hemşirelik ve ebelik meslekleri toplumda genellikle kadın mesleği olarak görülmektedir. Özellikle ebelik bölümü öğrencileri doğuma müdahale için yetiştirildiğinden bu bölümlere başvuru koşulu zorunlu olarak kadın olmaktır. Buna rağmen son altı yıldır hemşirelik bölümleri erkek ğrenci de mezun etmektedir. Bu sebeple bu çalışmadaki aile sağlığı elemanlarının (ASE) %99’u kadın iken sadece bir erkek hemşire örneklem girmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı 31-40 yaş grubunda %22’si 20-30 ve %32’si 40 yaşın üstündedir. En büyük katılımcının yaşı 60’tır. Katılımcıların %45’i 10 yıl ve altı, %41’i 11-20 yıl, %14’ 21 yıl ve daha fazla kıdeme sahiptir.

Tablo 1, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%71) lisans mezunu olduğunu, bunu ön lisans ve lise mezunlarının izlediğini ve hiç küçümsenemeyecek bir oranda (%7) yüksek lisans mezunu olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, tıp fakültesi mezunu doktorlar lisans ve aile hekimliği uzmanı unvanı alanlar doktorlar ise yüksek lisans kategorisinde değerlendirilmiştir. Hem doktor hem aile sağlığı elemanları arasından 9 kişi

yüksek lisans mezunudur. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşire alımı yapmaktadır. Bu nedenle katılımcılardan 12 kişi Sağlık Meslek Lisesi mezunudur.

Tablo 1: Katılımcıların Temel Özellikleri

Demografik özellikler	Erkek (43)		Kadın (83)		Toplam (126)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş (Yıl)						
≤30	3	7	25	30,1	28	22,2
31-40	20	46,5	38	45,8	58	46
41≤	20	46,5	20	24,1	40	31,7
Çalışma Süresi (Kıdem)						
≤10	20	46,5	37	29,4	57	45,2
11-20	16	37,2	35	27,8	51	40,5
21≤	7	16,3	11	8,7	18	14,3
Eğitim Durumu						
Yüksek Lisans	5	11,6	4	4,8	9	7,1
Lisans	37	86	53	63,9	90	71,4
Sağ. Yük. Okl. Önlisans	0	0	15	18,1	15	11,9
Sağlık Meslek Lisesi	1	2,3	11	13,3	12	9,5
Medeni Hal						
Evli	37	86	58	69,9	95	75,4
Bekâr	6	14	25	30,1	31	24,6
Doğum Yeri						
Karaman	20	46,5	34	41	54	42,9
Karaman dışı	23	53,3	49	59	72	57,1
Meslek						
Doktor	42	97,7	25	30,1	67	53,2
Hemşire-Ebe	1	2,3	58	69,9	59	46,8

Sağlık çalışanlarının %76'sı evlidir; erkekler arasında evlilerin oranı %86 iken kadınlar arasında bu oran %70'tir. Katılımcıların %43'ü Karaman doğumlu iken %57'si Karaman dışındaki illerde doğmuştur.

Sonuçta araştırmanın katılımcıları genellikle 40 yaş altında, eğitilmiş, evli ve 10-15 yıl deneyimli bireylerden oluşmaktadır ve grupta Karamanlı olmayanlar biraz daha fazla görünmektedir.

3.2.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Yönelik Tutum Alışlar

Toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeğinin parametrik analizlerine geçmeden önce ölçeğin normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Çünkü parametrik analiz yöntemlerinin kullanılması için, verilerin normal dağılım eğrisi göstermesi veya normale yakın olması beklenir. Puanların normalden aşırı sapma göstermesi durumunda “normallik” varsayımı gerektiren testlerin kullanılmaması gerekir (Bulduk, 2003: 155; Kalaycı, 2005: 53; Büyüköztürk, 2003: 42). Tablo 2’de çarpıklık ve baskılık değerleri gösterilmiştir.

Tablo 2: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği Çarpıklık ve Baskılık Değerleri

	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Baskılık)
Ön Test	-0,639	0,135
Son Test	-0,576	-0,144

Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Baskılık) değerleri +2,0 ile -2,0 aralığında değer alması durumunda normal kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Tabachnick ve Field’e (2013) göre +1,5 ile -1,5 arasında ise verilerin normal dağıldığı söylenebilir. Tablo 2’ye bakıldığında Skewness ve Kurtosis değerleri +1,5 ile -1,5 arasındadır. Bu verilerden hareketle değişkenlerin normal dağılım gösterdiği ve parametrik olma şartını sağladığı kabul edilmiştir. Parametrik verilerin ölçümünde kullanılan Paired-

samples t-test sonucuna göre iki ölçek arasındaki t-test ve korelasyon katsayısı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Aşağıdaki analiz, verilen eğitimin katılımcıların bilgisini değiştirdiğini, ancak eğitim öncesi kapasitenin alınan sonucu etkilediğini göstermektedir. Bunun anlamı şudur: Eğitim öncesindeki testte yüksek puan alanlar eğitim sonrasındaki testte de yüksek puan almışlardır ve tersi de doğrudur. Bu bulgu, eğitimin etkisinin sınırlı olduğuna işaret etse de, bir başka bulgu, eğitimin en çok, bilgisi en az olan grupta etkili olduğuna işaret etmektedir. Şöyle ki; tutumlardaki değişim en fazla, eşitlikçi eğilimi olmayanların oluşturduğu “düşük düzeyler” grubundan eşitlikçi eğilimi orta düzeyde gösterenlerin oluşturduğu gruba doğru olmuştur (bkz. Tablo 3). Tablo 3'te katılımcıların eğitim sonrası toplam puanı %4'lük olumlu bir artış göstermiştir. Böylece sağlık çalışanları, 60,4 puanla %80,53'lük daha iyi tutum düzeyine yükselmişlerdir.

Tablo 3: Ön Test ve Son Test Uygulamasının Korelasyon ve Fark Analizi

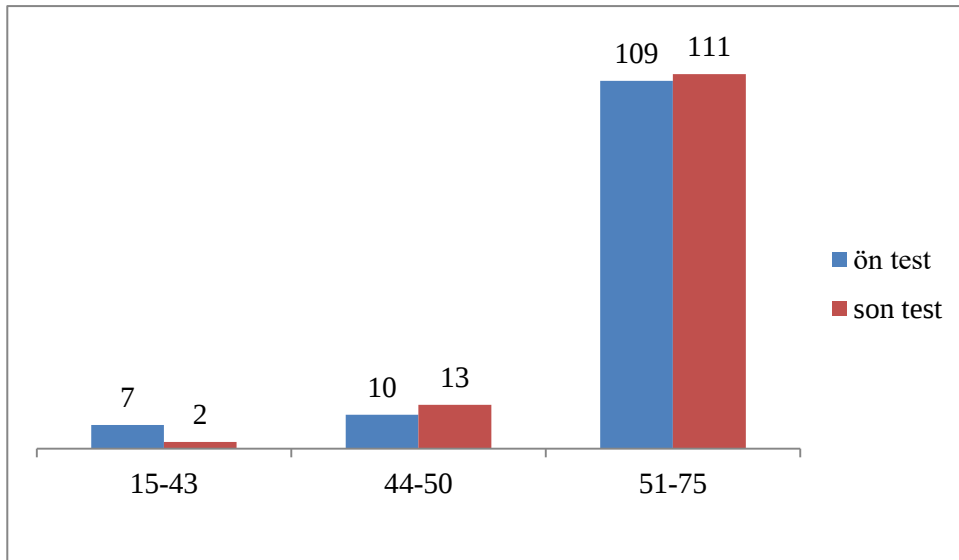
Ön Test		Son Test		P*	r*
X	±SD	X	±SD		
58,36	7,64	60,4	7,49	P=0,00	0,827 P=0,00

Analizin sonuçlarına göre 126 sağlık çalışanının ön test puanlarının ortalaması (X=58,36) ve son test puanlarının ortalaması (X=60,4) tür. Sig (2 tailed) değeri $p<0,05$ 'in altında çıkmıştır ($p=0,000$). Yani eğitimdeki sağlık çalışanlarının ön test ve son test ortalamaları arasında önemli derecede anlamlı fark vardır.

Ön test ve son test puanları arasındaki korelasyon ise $r=0,827$ 'dir. Anlamlılık (Sig.) değeri $p<0,05$ 'in altında çıkmıştır ($p=0,00$). Bu durumda ön test puanı yüksek olan

katılımcının son test puanının da yüksek; ön test puanı düşük olan katılımcının ise son test puanının da düşük olacağı söylenebilir, çünkü ön test ve son test arasındaki ilişki (korelasyon) yüksek düzeyde anlamlıdır.

Toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeğinde katılımcılar verdikleri cevaba göre bir sorudan 1 ile 5 arasında puan almaktadır. 15 maddeden oluşan ölçekte en yüksek puan 75 olmaktadır. 43 puan altı düşük, 44-50 orta, 51 ve üzeri yüksek toplumsal cinsiyet eşitliği tutumuna karşılık gelmektedir (KSGM, 2016). Şekil 1, katılımcıların %87'sinin ön testte, %88'inin ise son testte en az 51 puan aldığına işaret etmektedir. Dolayısıyla, eğitime başlarken zaten cinsiyet eşitlikleri yönünde eğilim gösteren bu grubun, eğitim sonrasında büyüdüğü görülmektedir. Gerçi gruptaki büyüme iki kişiyle sınırlıdır ama değişimin olumlu yönde olması kayda değerdir.



Şekil 1: Ön ve Son Test Sonuçlarının Kesme Değer Puanları (N:126)

Şekil 1’de katılımcıların toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeğinden almış oldukları her iki testteki puanların dağılımı gösterilmektedir. Eğitimden sonra düşük düzeyde (15-43) puan alan katılımcı sayısı beş kişi azalmış, orta düzeyde (44-50) puan alanlar üç kişi artarken, yüksek düzeyde (51-75) puan alanlar iki kişi artmıştır. Katılımcıların bu üç kategoriye dağılım sayıları eğitimin başarılı olduğunu göstermektedir.

Ancak daha önemlisi, katılımcıların ortalama puanlarında ortaya çıkan artıştır: Ön test uygulamasında 58 olan ortalama, son test uygulamasında 60’a yükselmiştir. Ortalamalarda gözlenen olumlu yöndeki iki puanlık artış eğitimin katılımcıların toplumsal cinsiyet eşitliği tutumu geliştirmesinde bir fark yarattığını göstermektedir. KSGM’nin (2016) kadına yönelik şiddeti önleme eğitimlerinde kullanılması için geliştirdiği toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeği ortalaması $X=47,3$ olarak belirlenmiştir. Bu puan ortalaması üzerinden kıyaslama yapıldığında katılımcıların toplumsal cinsiyet eşitliği tutum düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach’salpha) ön test uygulamasında 0,804 son test uygulamasında 0,814 olarak bulunmuştur. Alfa katsayısına bağlı olarak hem ön test hem de son test ölçeklerinin güvenirliği $0,80 < \text{Alfa}$ büyük olduğundan ölçek yüksek derecede güvenilir (Kalaycı, 2005: 405; Büyüköztürk, 2003: 171). Tablo 4’te katılımcıların her sorudaki puan ve standart sapmaları gösterilmiştir.

Tablo 4’te sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve sonrası toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ortalamaları arasında 13 maddede olumlu değişim gözlenirken, 2 maddede değişim gözlenmemiştir.

Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeğinde en olumlu değişim gösteren üç önerme şunlardır: ”Erkekler statüsü yüksek mesleklerde çalışmalıdır” (fark:0,36), “Erkekler kadınlara göre daha mantıklıdır” (fark:0,29) ve “Kadınların en önemli görevi anneliktir” (fark:0,27). Bu ölçekte değişim göstermeyen tutum, “Erkeklerin

ev işlerini yapmasını önemserim” (fark:0) önermesiyle belirlenmiştir. Olumsuz değişim gösteren tutum ise, “Kız ve erkek çocuklarının eğitim alma hakkı eşit olmalıdır” (fark:-0,03) önermesinde gözlenmiştir. Ancak olumsuz yöndeki bu değişim bir işaretleme yanlışı bile olabilecek düzeyde küçüktür.

Tablo 4: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği Bulguları

No	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği İfadeleri	Ön Test		Son Test		Fark
		X	SS	X	SS	
1	Erkekler statüsü yüksek mesleklerde çalışmalıdır	3,43	1,16	3,82	1,14	0,36
2	Erkekler kadınlara göre daha mantıklıdır	3,68	1,17	3,97	1,1	0,29
3	Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir	4,65	0,59	4,68	0,65	0,03
4	Yuvayı dişi kuş yapar	2,84	1,18	3,03	1,14	0,19
5	Kadının en önemli rolü evine özen göstermek ve ailesi için yemek yapmaktır	3,81	1,04	3,99	0,95	0,18
6	Kız ve erkek çocuklarının eğitim alma hakkı eşit olmalıdır	4,7	0,65	4,67	0,69	-0,03
7	Bir genç kız evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir	2,92	0,98	3,09	0,97	0,17
8	Erkeklerin ev işlerini yapmasını önemserim	3,98	1,1	3,98	1,08	0
9	Erkekler ağlamaz	4,21	0,95	4,3	0,83	0,09
10	Kadınların en önemli görevi anneliktir	2,22	1,15	2,49	1,15	0,27
11	Kadının şiddeti hak ettiği zamanlar vardır	4,66	0,69	4,73	0,61	0,07
12	Aile geçimini sağlayan erkek olduğu için kadının çalışmasına gerek yoktur	4,11	0,95	4,35	0,78	0,24
13	Üniversite eğitimi erkekler için daha önemlidir	4,18	1,1	4,29	1,01	0,11
14	Aileler erkek çocuklarına kız çocuklarından daha fazla harçlık vermelidir	4,63	0,57	4,66	0,62	0,03
15	Miras paylaşımında erkeklere kadınlardan daha çok pay verilmelidir	4,26	1,23	4,35	1,16	0,09
TOPLAM		58,3	14,5	60,4	13,9	2,1

Tablo 5: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Tutumdaki Farklılaşma

	Kadın (n=83)		Erkek (n=43)		P*
	X	±SD	X	±SD	
Ön test	61,28	5,84	52,72	7,6	P=0,000
Son test	63,2	6,04	55	7,09	P=0,000

Tablo 5'e göre eğitim sonunda erkeklerin ortalamasındaki 2,28'lik artış kadınların ortalamasındaki 1,93'lük artışa göre daha fazla olumlu yöndedir. Ancak kadın katılımcılar testlerin her ikisinde de daha yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Hem erkek hem de kadın sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda kadın ve erkeklerin birbirlerinden farklı düşündükleri yorumu yapılabilir. Eğitim öncesinde kadın katılımcılar, cinsiyet eşitliği yönündeki tutumları, erkeklere göre daha çok benimsemektedir. Bu sebeple eğitim sonrasında değişim erkeklerde daha fazla gerçekleşmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Mesleklerine Göre Tutumdaki Farklılaşma

	Aile Hekimi (n=67)		Aile Sağlığı Elemanı (n=59)		P*
	X	±SD	X	±SD	
Ön Test	55,17	7,62	61,98	5,9	P=0,000
Son Test	57,26	7,34	63,96	5,95	P=0,000

Tablo 6, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olan katılımcıların yüksek düzeyde toplumsal cinsiyet eşitliği tutumuna sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim sonunda aile

hekim ortalamasındaki 2,09'luk artış, aile sağılığı elemanı ortalamasında 1,98'lik artışa göre daha fazla olumlu yöndedir. Aile hekimlerinde olumlu yönde değışimin daha çok olduğı gözlenmiştir. Aile sağılığı elemanı olan katılımcıların testlerin her ikisinde de daha yüksek puan toplamına sahip olduğı saptanmıştır. Hem aile hekimi hem de aile sağılığı elemanı sağılık çalışanlarının, eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları puan toplamalarının ortalamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğı saptanmıştır ($p<0,001$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliğı konusunda aile hekimi ve aile sağılığı elemanlarının birbirlerinden farklı düşündükleri yorumu yapılabilir. Burada yarı yarıya erkeklerden oluşan aile hekimi mesleğine göre tamamı kadınlardan oluşan aile sağılığı elemanları mesleğı arasındaki farkın tutumlara yansıdığı görülmektedir. Bir başka deyişle, yukarıda cinsiyetlere göre tutumdaki farklılaşma konusunda belirtildiğı gibi burada da kadınlardan oluşan aile sağılığı elemanları mesleğinin cinsiyet eşitliğı konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğı söylenebilir.

Tablo 7: Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Tutumdaki Farklılaşma

	Evli (n=95)		Bekâr (n=31)		P*
	X	±SD	X	±SD	
Ön Test	57,77	7,88	60,16	6,66	P=0,133
Son Test	59,95	7,74	61,77	6,58	P=0,243

Tablo 7'de evli ve bekâr katılımcıların yüksek düzeyde olumlu toplumsal cinsiyet eşitliğı tutumuna sahip olduğı ortaya çıkmıştır. Eğitim sonunda evli ortalamasındaki 2,81'lik artışta, bekâr ortalamasındaki 1,16'lık artışa göre daha fazla olumlu değışim gözlenmiştir. Evlilerde olumlu yönde değışimin daha çok olduğı gözlenirken; bekâr katılımcıların evli katılımcılardan hem ön test hem de son test

ortalamalarında daha yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır. Fakat hem evli hem de bekâr sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları puan toplamalarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda evli ve bekârların birbirlerinden farklı düşünmedikleri yorumu yapılabilir.

Tablo 8: Katılımcıların Doğum Yerine Göre Tutumdaki Farklılaşma

	Karaman (n=54)		Karaman Dışı (n=72)		P*
	X	±SD	X	±SD	
Ön Test	57,25	7,86	59,19	7,42	P=0,161
Son Test	60	7,19	60,7	7,74	P=0,602

Tablo 8’de hem Karaman hem de Karaman dışı doğumluların yüksek düzeyde olumlu toplumsal cinsiyet eşitliği tutumuna sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Eğitim sonunda Karaman doğumlu ortalamasında 2,75’lik artış Karaman dışı doğumlu ortalamasındaki 1,51’lik artışa göre daha fazla olumlu değişim gözlenmiştir. Karamanlılarda olumlu yönde değişimin daha çok olduğu gözlenirken; Karaman dışında bir ilde doğmuş olan katılımcıların, Karamanlı katılımcılardan hem ön test hem de son test ortalamalarında daha yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır. Fakat hem Karaman’da hem de Karaman dışında bir ilde doğmuş olan sağlık çalışanlarının, eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları puan toplamalarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda Karamanlı ve Karaman dışı doğumluların birbirlerinden farklı düşünmedikleri gözlenmiştir. Bu durumda toplumsal cinsiyet düzenini sürdüren

yatkınlıkların şehirlerarasında anlamlı bir farklılaşmadan bahsedilemeyecek kadar aynı olduğu yorumu yapılabilir.

Tablo 9: Katılımcıların Yaşlarına Göre Tutumdaki Farklılaşma

	(n=28) ≤30		31-40 (n=58)		41≤ (n=40)		P*	F
	X	±SD	X	±SD	X	±SD		
Ön Test	61,64	5,38	59,43	6,39	54,52	9,1	P=0,000	F=9,261
Son Test	62,96	6,01	60,9	7,29	57,82	8,07	P=0,015	F=4,380

Tablo 9'daki sonuçlarına göre tüm yaş gruplarının yüksek düzeyde olumlu toplumsal cinsiyet eşitliği tutumuna sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Eğitim sonunda da tüm yaş gruplarının ortalamalarında olumlu yönde değişim gözlenmiştir. Tablo 9'da puan ortalamalarında en fazla artışın 41 yaş ve üzeri katılımcılarda olduğu gözlenirken; 30 yaş ve altı katılımcılar diğer yaş gruplarından hem ön test hem de son test ortalamalarında yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır.

Anova analiz sonuçları, toplumsal cinsiyet eşitliği tutum düzeyleri arasında, yaş grupları bakımından hem ön test (F=9,26; $p<0,01$) sonuçlarında hem de son test (F=4,38; $p<0,01$) sonuçlarında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Yaş grupları arası farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla Scheffe testi yapılmıştır. Burada 30 yaş ve altı ile 31-40 yaş arası sağlık çalışanları benzer özellikler göstermekte ve kendi aralarında anlamlı bir fark göstermemektedirler ($p>0,05$). 41 yaş ve üzerindeki grup puanları diğer yaş gruplarının puanlarından düşüktür ve anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda 41 yaş ve üzerindeki katılımcıların toplumsal cinsiyet düzenine uygun düşündükleri yorumu yapılabilir ve bu katılımcılar, eğitimden en az fayda gören yaş grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların Eğitim Seviyesine Göre Tutumdaki Farklılaşma

	Lise (n=12)		Ön Lisans (n=15)		Lisans (n=90)		Lisansüstü (n=9)		P*	F
	X	±SD	X	±SD	X	±SD	X	±SD		
Ön Test	59	6,75	62,8	5,84	57,72	7,67	56,55	9,48	P=0,098	F=2,147
Son Test	60,66	7,26	66	5,16	59,66	7,48	58	7,93	P=0,014	F=3,681

Tablo 10'daki sonuçlara göre tüm eğitim kademelerinin yüksek düzeyde olumlu toplumsal cinsiyet eşitliği tutumuna sahip olduğu ve eğitim sonun da tutum ortalamalarında olumlu yönde değişim olduğu gözlenmiştir. Tablo 10'daki puan ortalamalarında en fazla artış ön lisans kademesinde gerçekleşmiştir. Her iki testin ortalamalarında da ön lisans grubu diğer eğitim gruplarından daha yüksek puan almıştır.

Anova analiz sonuçları, toplumsal cinsiyet eşitliği tutum düzeyleri arasında eğitim grupları bakımından ön test ($F=2,14$; $p>0,05$) sonuçlarında anlamlı bir fark göstermemektedir. Fakat son test ($F=3,68$; $p<0,05$) sonuçları anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Eğitim grupları arası farkların anlaşılabilmesi için Scheffe testi yapılmıştır. Son test sonuçlarına göre lisansüstü grup puanları diğer gruplardan düşüktür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir ($p<0,05$). Diğer eğitim gruplarındaki ön ve son testlerin puan ortalamaları ise anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda lisansüstü grubun diğer eğitim gruplarına göre toplumsal cinsiyet düzenine daha fazla uyum sağladığı yorumu yapılabilir. Eğitimden en az fayda gören eğitim kademesi budur. Bu sonuçlara göre verilen eğitim, diğer eğitim kademeleri açısından bir değişiklik oluşturmamıştır. Lisansüstü dışındaki tüm eğitim kademeleri benzer özelliktedir.

Tablo 11: Katılımcıların Çalışma Süresine Göre Tutumdaki Farklaşma

	(n=57) ≤10		11-20 (n=51)		21≤ (n=57)		P*	F
	X	±SD	X	±SD	X	±SD		
Ön Test	59,57	5,8	57	8,57	58,2	9,62	P=0,228	F=1,498
Son Test	60,8	6,59	60,25	8,15	59,3	8,5	P=0,758	F=0,277

Tablo 11’deki sonuçlara göre tüm kıdem gruplarının yüksek düzeyde olumlu toplumsal cinsiyet eşitliği tutumuna sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Eğitim sonunda tüm kıdem gruplarının ortalamalarında olumlu yönde değişim gözlenmiştir. Tablo 11’de puan ortalamalarında en fazla artışın 11-20 yıl arası grupta olduğu gözlenirken; 10 yıl altı grubun diğer eğitim gruplarından hem ön test hem de son test ortalamalarında yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır.

Anova analiz sonuçları, toplumsal cinsiyet eşitliği tutum düzeyleri arasında çalışma süresi grupları bakımından hem ön test (F=1,49; p>0,05) hem de son test (F=0,27; p>0,05) sonuçlarında anlamlı bir fark göstermemektedir. Çalışma süresi grupları arası farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla Scheffe testi uygulanmıştır. Çalışma süresi (kıdem) kategorilerinde her iki testte de sağlık çalışanları benzer özellikler göstermekte ve kendi aralarında anlamlı bir fark göstermemektedirler (p>0,05). Yani bu durumda eğitimler kıdem kategorileri açısından bir değişiklik oluşturmamıştır. Tüm kıdem kategorileri benzer özelliktedir.

3.2.3. Şiddetle Mücadelede Sunulabilecek Hizmetlere İlişkin Bilgi

Aşağıdaki analiz tutumla ilgili bulgularda gözleendiği gibi, eğitimin katılımcıların bilgisini değiştirdiğini, ancak eğitim öncesi kapasitenin alınan sonucu

etkilediğini göstermektedir. Tablo 12’de eğitim sonrası hizmet bilgisi puanı, %71,03’lük orta derecede bilgi düzeyinden %79,84’lük iyi derecede bilgi düzeyine yükselmiştir. Burada hizmet bilgisinde eğitim sonrası %8,81 oranında iyileşme gerçekleşmiştir. Bu testteki 10 sorunun 9’unda, bilgideki değişim olumlu yönde olmuştur. Bu özeti açıklaması için analizin ayrıntılarına bakalım.

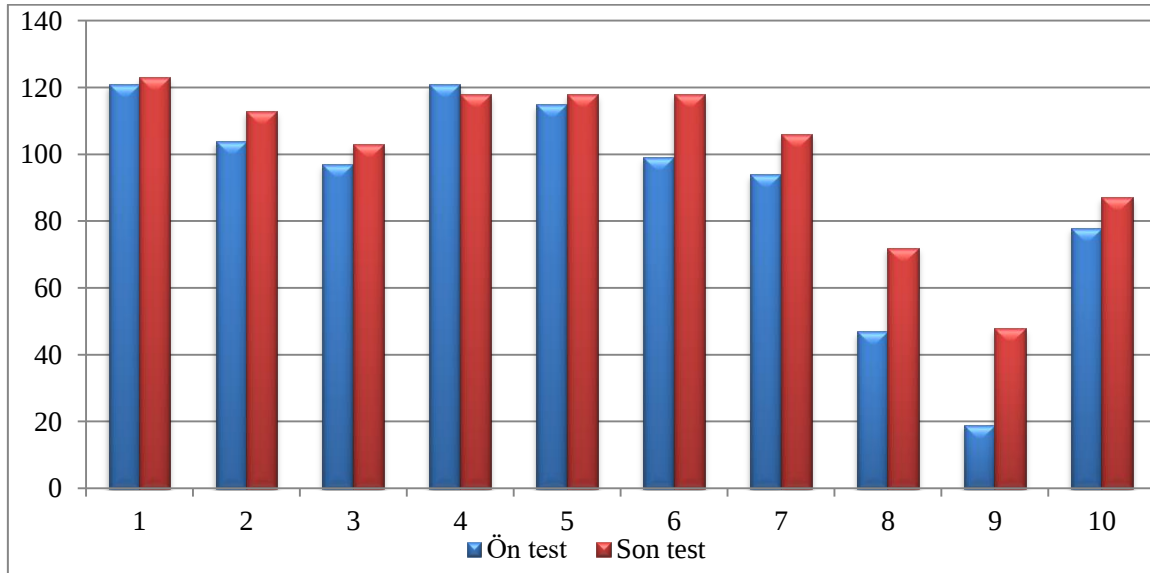
Tablo 12: Hizmet Bilgisinde Başarı Düzeyleri

No	Hizmet Bilgisi Değerlendirme Ölçütleri	DOĞRU			
		Ön Test		Son Test	
		n	%	n	%
1	Kadına yönelik şiddetin kadının hangi haklarını ihlal ettiğini saptama	121	96	123	97,6
2	Kadına yönelik şiddetle ilgili doğru ifadeyi saptama	104	82,5	113	89,7
3	Kimden gelen şiddetin yakın ilişki şiddeti olarak kabul edildiğini saptama	97	77	103	81,7
4	Devletin sorumlulukları açısından şiddet kavramının kapsamına ilişkin doğru cevabı saptama	121	96	118	93,7
5	Kadına yönelik şiddete müdahale ile ilgili yanlış ifadeyi saptama	115	91,3	118	93,7
6	CEDAW komitesinin 19. tavsiye kararıyla ilgili doğru ifadeyi saptama	99	78,6	118	93,7
7	Kadınların insan haklarıyla ilgili yanlış tanımlamayı saptama	94	74,6	106	84,1
8	BM'nin kadına yönelik şiddet tanımında bulunmayan ifadeyi saptama	47	37,3	72	57,1
9	Kadına yönelik şiddetin nedenlerini açıklamak için geliştirilen yaklaşımlardan olmayan ifadeyi saptama	19	15,1	48	38,1
10	Türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumuna dair doğru ifadeyi saptama	78	61,9	87	69
TOPLAM		895	71,03	1006	79,84

Tablo 12’ye göre çalışmada %50’nin altında doğru yanıt alan soru sayısı ön testte 2 madde (9,8) iken, son testte 1 madde’ye (9) düşmüştür. Sağlık çalışanlarının 1, 4,

5, 6, 2, 7, 3 numaralı ifadelerle yüksek düzeyde doğru yanıt verdiği görülmüştür. En çok 1 numaralı ifadeye “Kadına yönelik şiddetin kadının hangi haklarını ihlal ettiğini saptama” doğru yanıt verilmiştir. Fakat sağlık çalışanları en düşük 9 numaralı ifadeye doğru yanıt vermişlerdir. “Şiddetin nedenlerini açıklamak için geliştirilen yaklaşımlardan olmayan ifadeyi saptama”.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet ve sunulan hizmet bilgisi testinden almış oldukları ön ve son test puanlarının dağılımı şekil 2’de gösterilmiştir. Hizmet bilgisi testinde eğitim sonrasında 9 maddenin (1,2,3,5,6,7,8,9,10) doğru yanıtlama oranı artmıştır. Eğitim sonunda doğru yanıtlamada en çok artış gösteren 8 numaralı ifadedir. “BM’nin kadına yönelik şiddet tanımında bulunmayan ifadeyi saptama”. Fakat sadece 4 numaralı ifade doğru yanıtlama oranında azalma göstermiştir. “Devletin sorumlulukları açısından şiddet kavramının kapsamına ilişkin doğru cevabı saptama”.



Şekil 2: Sunulan Hizmet Bilgisi Testi Puan Dağılımı (N=126)

Sağlık çalışanlarının, eğitim öncesi ve sonrası kadına yönelik şiddet ve sunulan hizmet bilgisi testinde doğru yanıtlama başarılarının anlamlı bir fark gösterip

göstermediğine ilişkin Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmıştır. Analizin sonuçları, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet ve sunulan hizmet bilgisi testinde aldıkları eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlama puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($z=5,58$, $p<0,01$). Ayrıca eğitim sonunda 37 kişinin puanları değişmez iken, 71 kişinin puanlarında yükselme, 18 kişinin puanlarında ise düşme görülmüştür. Puanların sıra ortalaması ve toplamaları dikkate alındığında, gözlenen bu fark son test puanı lehinedir. Bu sonuçlara göre hizmet bilgisi eğitim programının bilgilendirme önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

3.2.4. Mağdurun Psikolojik Değerlendirmesinde Kullanılacak Bilgi

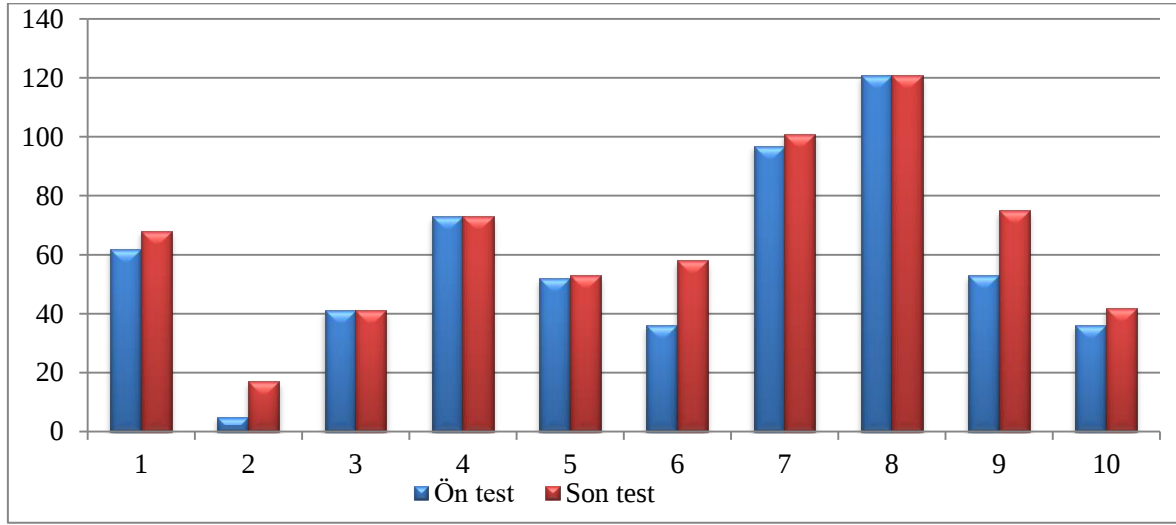
Buradaki analiz, bulguları destekler şekilde, eğitimin katılımcıların bilgisini değiştirdiğini ancak eğitim öncesi kapasitenin alınan sonucu etkilediğini göstermektedir. Tablo 13'teki toplam puanlar bilgidaki değişimin, %45,72'lik zayıf derecede bilgi düzeyinden %51,5'lik orta derecede bilgi düzeyine yükseldiğini göstermektedir. Bu testteki 10 sorunun 7'sinde bilgidaki değişim olumlu yönde olmuştur. Bu özeti açıklaması için şimdi ayrıntılara bakalım:

Tablo 13'teki psikolojik yaklaşım bilgisi testine göre, eğitim sonrası %5,38 oranında iyileşme gerçekleşmiştir. Sağlık çalışanlarının 8 ve 7 numaralı ifadelerle yüksek doğru yanıt verdiği görülmüştür. En çok 8 numaralı "Şiddeti anlatırken tedirgin olan bir danışana en uygun müdahaleyi saptamak" ifadesine doğru yanıt verildiği görülmektedir. Fakat sağlık çalışanlarının en düşük 2 numaralı "Danışanla güven ilişkisinin kurulumunda en önemli değişkeni saptamak" ifadesine doğru yanıt verdikleri görülmektedir. Çalışmada %50'nin altında doğru yanıt alan soru sayısı ön testte 7 madde (1,2,3,5,6,9,10) iken eğitim sonrası son testte 5 madde'ye (2,3,5,6,10) düşmüştür.

Tablo 13: Psikolojik Değerlendirme Bilgisinde Başarı Düzeyleri

No	Psikolojik Yaklaşım Bilgisi Değerlendirme Ölçütleri	DOĞRU			
		Ön Test		Son Test	
		n	%	n	%
1	Şiddete maruz kalmış kadınla görüşme yapmanın amacını saptamak	62	49,2	68	54
2	Danışanla güven ilişkisinin kurulumunda en önemli değişkeni saptamak	5	4	17	13,5
3	Görüşme öncesi lojistik hazırlık ögesi olmayan ifadeyi saptamak	41	32,5	41	32,5
4	Görüşmenin tanışma ve başında verilecek bilgileri uygun sıralama ile seçmek	73	57,9	73	57,9
5	Etkin dinlemenin özelliği olmayan ifadeyi saptamak	52	41,3	53	42,1
6	Mağdur kadınla yapılacak görüşmede aranacak en önemli başlığı saptamak	36	28,6	58	46
7	Travmatik yaşantının ayırt edici özelliklerinden olmayan ifadeyi saptamak	97	77	101	80,2
8	Şiddeti anlatırken tedirgin olan bir danışana en uygun müdahaleyi saptamak	121	96	121	96
9	Görüşme sırasında bireyi tehdit eden (rahatsız eden) konuları saptamak	53	42,1	75	59,5
10	Zor danışan olarak kabul edilen kişilerin özelliklerini saptamak	36	28,6	42	33,3
TOPLAM		576	45,72	649	51,5

Sağlık çalışanlarının, şiddete maruz kalmış kadınlarla psikolojik yaklaşım bilgisi testinden almış olduğu ön test ve son test puanlarının dağılımı şekil 3'te gösterilmiştir. Psikolojik yaklaşım bilgisi testinde, eğitim sonrasında 7 maddenin (1,2,5,6,7,9,10) doğru yanıtlama oranı artmıştır. Eğitim sonunda doğru yanıtlamada en çok artış gösteren 6 numaralı “Mağdur kadınla yapılacak görüşmede aranacak en önemli başlığı saptamak” ifadesidir. Hiçbir ifade maddesi eğitim sonrasında doğru yanıtlama oranında azalma göstermemiştir. Ayrıca 3,4,5 numaralı ifadelerde eğitim sonrasında bir değişiklik olmamıştır.



Şekil 3: Psikolojik Yaklaşım Bilgisi Testi Puan Dağılımı (N=126)

Sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve sonrası şiddete maruz kalmış kadınlarla psikolojik yaklaşım bilgisi testinde doğru yanıtama başarılarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmıştır. Analizin sonuçları, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmış kadınlarla psikolojik yaklaşım bilgisi testinde aldıkları eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtama puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($z=3,001$, $p<0,01$). Ayrıca eğitim sonunda 26 kişinin puanları değişmez iken, 63 kişinin puanlarında yükselme, 37 kişinin puanlarında ise düşme görülmüştür. Puanların sıra ortalaması ve toplamaları dikkate alındığında, gözlenen bu fark son test puanı lehinedir. Bu sonuçlara göre psikolojik görüşme ve yaklaşım eğitim programının bilgilenmede önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

3.2.5. Şiddetle Mücadelede Sunulabilecek Mevzuat Bilgisi

Aşağıdaki analiz, bulgularda olduğu gibi, eğitimin katılımcıların bilgisini değiştirdiğini, ancak eğitim öncesi kapasitenin alınan sonucu etkilediğini göstermektedir. Tablo 14'teki toplam puanlar bilgideki değişimin, %63,18'lik orta derecedeki bilgi

düzeyinden %75,4'lük iyi derecede bilgi düzeyine yükseldiğini göstermektedir. Bu testteki 10 sorunun tamamında bilgideki değişim olumlu yönde olmuştur. Bu özetin açıklaması için şimdi analizin ayrıntılarına bakalım:

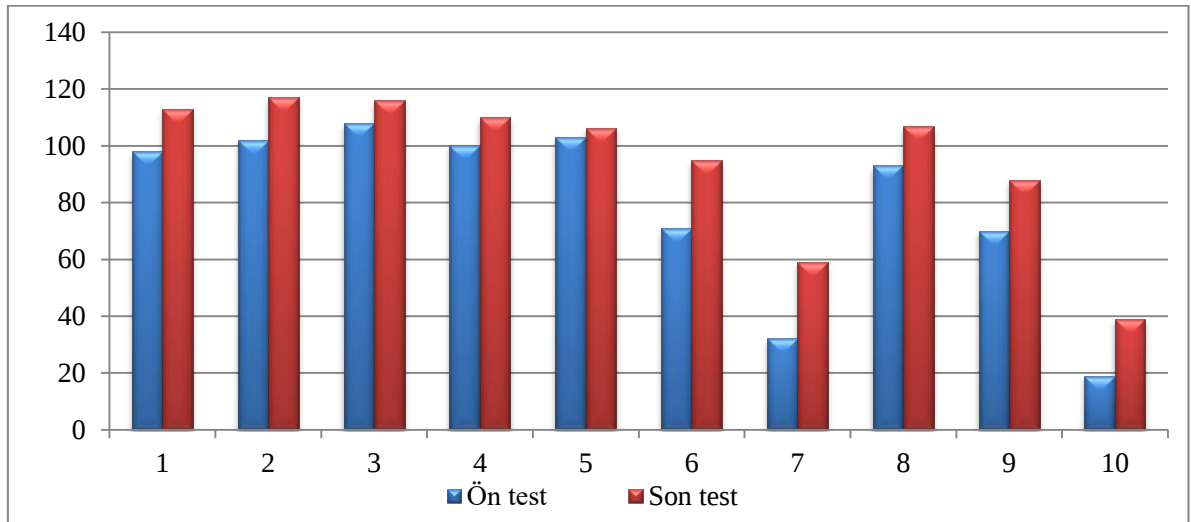
Tablo 14: Mevzuat Bilgisinde Başarı Düzeyleri

No	Mevzuat Bilgisi Değerlendirme Ölçütleri	DOĞRU			
		Ön Test		Son Test	
		n	%	n	%
1	Sağlık personelinin şiddet gören bir kadın ile karşılaştığında ilk yapacağı işi saptamak	98	77,8	113	89,7
2	Şiddetin kadının cinsel sağlığı/üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini saptamak	102	81	117	92,9
3	Şiddet mağduru kadınlarla ilgili bilgilerin kayıt altına alınmasında uyulması gereken prensiplerden olmayan ifadeyi saptamak	108	85,7	116	92,1
4	Cinsel şiddetin üreme sağlığı ile ilgili sonuçlarından olmayan ifadeyi saptamak	100	79,4	110	87,3
5	Akut cinsel saldırıda örnek alma ile ifadelerden yanlış olanı saptamak	103	81,7	106	84,1
6	Sağlık personeli tarafından risk değerlendirmesi yapılmasının yararlarını saptamak	71	56,3	95	75,4
7	Riski yüksek bulunmuşsa, ancak evine dönmek istiyorsa neler yapılacağını saptamak	32	25,4	59	46,8
8	Hukuki olarak şiddet gören bir kadınla karşılaşan sağlık personelinin yapmaması gereken ifadeyi saptamak	93	73,8	107	84,9
9	Adli rapor düzenlenirken yapılmaması gereken yanlış ifadeyi saptamak	70	55,6	88	69,8
10	Kadına yönelik şiddeti önlemede üçüncül koruma kapsamına giren ifadeyi saptamak	19	15,1	39	31
TOPLAM		796	63,18	950	75,4

Tablo 14'teki mevzuat bilgisi testinde, eğitim sonrası %11,22 oranında doğru yanıtlamada artış gerçekleşmiştir. Sağlık çalışanlarının 2,3,1,4,8,5 numaralı ifadelere yüksek doğru yanıt verdiği görülmüştür. En çok 2 numaralı “Şiddetin kadının cinsel sağlığı/üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini saptamak” ve 3 numaralı “Şiddet mağduru kadınlarla ilgili bilgilerin kayıt altına alınmasında uyulması gereken

prensiplerden olmayan ifadeyi saptamak” ifadesine doğru yanıt verildiği görülmektedir. Fakat sağlık çalışanları en düşük 10 numaralı “Kadına yönelik şiddeti önlemede üçüncül koruma kapsamına giren ifadeyi seçmek” ifadesine doğru yanıt vermişlerdir. Çalışmada %50’nin altında doğru yanıt alan soru sayısı ön testte 2 madde (7,10) iken son testte 1 madde’ye (10) düşmüştür.

Sağlık çalışanlarının mevzuat bilgisi testiden aldığı puanların dağılımı şekil 4’te gösterilmiştir. Mevzuat bilgisi testinde 10 maddenin (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) doğru yanıtlama oranı artmıştır. Eğitim sonunda en çok doğru artış gösteren 7 numaralı “riski yüksek bulunmuşsa, ancak evine dönmek istiyorsa neler yapılacağını saptamak” ifadesidir. Hiçbir ifade maddesi eğitim sonrasında doğru yanıtlama oranında azalma göstermemiştir. Tüm maddeler eğitim sonunda doğru yanıtlama oranında artma göstermiştir.



Şekil 4: Mevzuat Bilgisi Testi Puan Dağılımı (N=126)

Sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve sonrası kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilişkin mevzuat bilgisi testinde doğru yanıtlama başarılarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmıştır. Analiz sonuçları sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilişkin mevzuat bilgisi testinde

aldıkları eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlama puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($z=6,339$, $p<0,01$). Ayrıca eğitim sonunda 24 kişinin puanları değişmez iken, 82 kişinin puanlarında yükselme, 20 kişinin puanlarında ise düşme görülmüştür. Puanların sıra ortalaması ve toplamaları dikkate alındığında, gözlenen bu fark son test puanı lehinedir. Bu sonuçlara göre mevzuat bilgisi geliştirmeye yönelik eğitim programının bilgilenmede önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

3.3. Teoriler ile Sonuçların İlişkilendirilmesi

Bu araştırmada etkileri analiz edilen eğitimlerle, Karaman birinci basamak aile hekimliğindeki sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet vakalarına en doğru şekilde müdahale etmeleri amaçlanmıştır. Yukarıda, verilen eğitimlerin az ya da çok bir etki yarattıkları ortaya kondu. Bu bölümde ise, istenen davranışın sergilenmesine engel olan sorunların ne gibi tutumlardan ve hangi konulardaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığının belirlenmesi hedeflenmektedir. Sağlık çalışanlarında istenilen davranışların sergilenmesi için tutum değişikliği şarttır. Bu tutum değişikliği ancak sağlık çalışanlarının bilgi eksikliğinin gidermesi ve sistemsal sorunların aydınlatılmasıyla mümkündür. Bu hedeflerle verilen eğitim konularının, sağlık çalışanlarınca ne derecede içselleştirildiği aşağıda sorgulanmıştır. Aşağıda, yüksek ve düşük puan alınan tutum ve bilgi konularını toplumsal cinsiyet teorileri açısından yorumlamayı deneyeceğim.

3.3.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Yönelik Tutumlar

Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği konusundaki tutumları tematik şekilde sınıflandırılıp, toplumsal cinsiyet teorileriyle ilişkilendirilerek aşağıda değerlendirilmiştir. Tablo 15'te katılımcı grubun aldığı ortalama puanların dağılımı üç ana kategori oluşturmuştur.

Tablo 15: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği Puan Sıralaması

	SIRA NO	MADDE	TEMA	ÖNERMELER	ÖN	SON	FARK	YÖN
Çok iyi (4-5) 8 madde	1	11	Şiddet	Kadının şiddeti hak ettiği zamanlar vardır	4,66	4,73	0,07	Poz.
	2	3	Karar	Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir	4,65	4,68	0,03	Poz.
	3	6	Aile, Eğitim	Kız ve erkek çocuklarının eğitim alma hakkı eşit olmalıdır	4,7	4,67	-0,03	Neg.
	4	14	Aile, Maddi kaynak kullanımı	Aileler erkek çocuklarına kız çocuklarından daha fazla harçlık vermelidir	4,63	4,66	0,03	Poz.
	5	12	Aile, Hane içi iş bölümü	Aile geçimini sağlayan erkek olduğu için kadının çalışmasına gerek yoktur	4,11	4,35	0,24	Poz.
	6	15	Miras	Miras paylaşımında erkeklere kadınlardan daha çok pay verilmelidir	4,26	4,35	0,09	Poz.
	7	9	Temel cinsiyet özellikleri	Erkekler ağlamaz	4,21	4,3	0,09	Poz.
	8	13	Eğitim	Üniversite eğitimi erkekler için daha önemlidir	4,18	4,29	0,11	Poz.
İyi (3-4) 6 madde	9	5	Aile, Hane içi iş bölümü	Kadının en önemli rolü evine özen göstermek ve ailesi için yemek yapmaktır	3,81	3,99	0,18	Poz.
	10	8	Aile, Hane içi iş bölümü	Erkeklerin ev işlerini yapmasını önemserim	3,98	3,98	0	Nötr
	11	2	Temel cinsiyet özellikleri	Erkekler kadınlara göre daha mantıklıdır	3,68	3,97	0,29	Poz.
	12	1	Statü, İş hayatı	Erkekler statüsü yüksek mesleklerde çalışmalıdır	3,43	3,82	0,36	Poz.
	13	7	Aile, Karar	Bir genç kız evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir	2,92	3,09	0,17	Poz.
	14	4	Hane içi iş bölümü	Yuvayı dişi kuş yapar	2,84	3,03	0,19	Poz.
Orta (2-3)	15	10	Hane içi iş bölümü	Kadınların en önemli görevi anneliktir	2,22	2,49	0,27	Poz.

Birinci kategoride, grubun “çok iyi” puan aldığı, yani 5 üzerinden 4.73 ile 4.29 arasında ortalama puan aldığı sekiz önerme yer almaktadır. İkinci kategoride “iyi” puan aldığı altı önerme, üçüncü kategoride ise “orta” puan aldığı bir önerme bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitliği tutum ölçeğindeki maddeler; şiddet, aile, karar, eğitim, miras, toplumsal cinsiyet özellikleri, hane içi iş bölümü ve statü gibi alanlara ayrılarak Tablo 15’te değerlendirilmiştir.

Tablo 15 aynı zamanda, önermeleri tematik şekilde sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırmadaki en ilginç nokta “şiddet” temasının yalnız bir kez kullanılmış olmasıdır (sıra no 1). “Temel cinsiyet özellikleri” olarak adlandırılabilir iki özellik vardır (sıra no 7 ve 11). “Aile” teması altı kez kullanılmıştır (3,4,5,9,10,13). “Hane içi iş bölümü” olarak isimlendirilen beş özellik vardır (5,9,10,14,15). “Eğitim” teması (3,8) ve “Karar” teması (3,13) iki kez kullanılırken, “statü”, “iş hayatı”, “Maddi kaynak kullanımı” ve “miras” temaları sadece bir kez kullanılmıştır.

Tablo 15’te eğitim öncesi ve sonrasındaki cinsiyet eşitliği tutumlarının puanları ve bu puanlar arasındaki değişim farkı değerlendirilmiştir. Buraya göre grubun en yüksek doğru puana eriştiği ilk kategoride sırasıyla “şiddet, karar, aile, eğitim, maddi kaynak kullanımı, hane içi iş bölümü, miras, temel cinsiyet özellikleri” bulunmaktadır. Ölçekteki bu temalardan “kadının şiddeti hak ettiği zamanlar vardır” şeklindeki 1. İfade, testlerin ikisinde de işaretlenmesi beklendiği gibi, katılımcılar tarafından olumsuz değerlendirilmiştir. Böylece katılımcıların fikir birliğini en fazla yansıtan önermenin, şiddete açıkça gönderme yapan ifade olduğu ortaya çıkmıştır. Bu mutabakat üzerinden sağlık çalışanlarının eş dövmeyi kabullenmedikleri söylenebilir. Bu durum toplumsal cinsiyet eşitliğini geliştirme çabaları açısından olumlu bir zeminin varlığına işaret etmektedir. Buradan sağlık çalışanlarının şiddeti onaylamayan bir tutuma sahip olmalarının, ilerideki çalışma yaşamında şiddet mağdurları için sorumluluk almalarına

yönelik olumlu katkısı olacağını ümit edebiliriz. Çünkü toplumsal gerçeklik, toplumda hâkim olan bilgilere dayanarak oluşumunu ve değişimini sürdürmektedir.

Değişimin olumlu yönde sürmekte olduğu bu kategorideki diğer temalar “aile, karar, eğitim, miras” ile ilişkilidir. Bu dört temanın ortak noktası çocuğa yaklaşımla ilgilidir. Yukarıdaki sonuçlara göre sağlık çalışanları, çocuk sahibi olma ve yetiştirme konusunda “kız ve erkek çocukları eğitim, miras, harçlık (para) ve cinsiyet rolleri alanlarında eşit haklara sahip olmalıdır” ifadesine yakın tutumları benimsemektedirler. Toplumda yaygın olarak benimsenen “evin reisi erkektir ve kadın ile çocuklar üzerinde hak sahibidir” şeklindeki paralel tutumları taşımadıkları ortaya çıkmıştır. Buradan sağlıkçıların, çocuklarını toplumsal cinsiyet eşitliğine uygun yetiştirilmesi gerektiğini düşündükleri söylenebilir. Bu da cinsiyet düzeninde bir yeniden inşanın sürmekte olduğuna işaret etmektedir. Bu durumun işaret ettiği şey, eşitlikçi politikalar ve uygulamalar daha da iyileşerek sürdüğü ve yaygınlaştığı takdirde, ileride erkeklerin kadınlardan önde olmasını sağlayacak doğuştan gelen kültürel, ekonomik, ideolojik kökenli hiyerarşilerin sürdürülebilirliğinin azalacağıdır.

Grubun iyi düzeyde doğruluk değerlerine ulaştığı ikinci kategoride “aile, hane içi iş bölümü, statü ve toplumsal cinsiyet özellikleri” temaları sıklıkla vurgulanmıştır. Bu temalar ev içi iş bölümü ve toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili tutum maddelerinden oluşmaktadır. Buradaki temaların ortak özelliği toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümünü sorgulamasıdır. Bu sonuçlarda görülen ve desteklenen ekonomik eşitlik sayesinde; sağlık çalışanları arasında, hegemonik erkekliğin kendi arzu ve isteklerine boyun eğme üzerine inşa ettiği, çocuk bakımı ve evlilik içi roller gibi toplumsal özelliklerin teknik becerilerden daha fazla önemsendiği “ön plana çıkarılmış kadınlık” tiplemesinin ekonomik ve sosyal desteğini kaybettiği görülüyor. Böylece “kadının en önemli görevi evin bakımındır” şeklindeki tutum değişmektedir. Kadının iş yaşamındaki statüsü ve bireysel başarısı önemli

hale gelmiştir. Bu şekilde modern devletlerin gelişimiyle kadınların da kapitalist ilişkilere girmiştir. Kadınların kendi emek ve üretim yetileri üzerindeki kontrollü ele almaları ataerkil tahakkümü sarsmaktadır. Belki de kadını özel alandaki tutsaklıktan kurtarıp kamusal alana dahil olmasının önünü açan bu modern gelişmeler; kadın bedeninin ve emeğinin yeniden kontrol altına alındığı ve ekonomik kaynaklara dönüştüğü yeni bir “Patriyarkal mutabakat” şeklidir.

Buradaki temaların sonuçlarını erkek sağlık çalışanları açısından değerlendirdiğimizde, ev içi iş bölümü ve ekonomi ile ilgili konularda; modernleşmenin istediği eşitlikçi, akılcı, hesapçı erkek örüntüsünün, geleneksel ataerkil otorite olan erkek örüntüsünün yerini aldığını görmekteyiz. Böylece aile reisi olarak görevlerini yapabilmek adına yasaklama, zorlama ve şiddet kullanmayı erkeklerin ayrıcalığı olarak gören tutumlardan zamanla uzaklaşmakta ve vazgeçilmektedir. Ayrıca bu sonuçlara göre erkeklerin kendilerine yönelik bütün beklentileri karşılayabilmiş gibi hareket etmelerine gerek kalmamaktadır. Burada olduğu gibi iş bölümü ve ekonomik bakış açısının değişmesi, gelecekteki erkek gelişimini, aileyi geçindirmek adına içine girdiği çıkmazlardan çıkmazdan kurtarabilir.

Orta düzey puan kategorisinde ise bir önerme yer almaktadır. O da hane içi iş bölümüne ilişkindir. Burada iş bölümüne esas oluşturan “görev” annelik olarak tanımlanmıştır. Değişmeye en fazla direnç gösteren ifade “kadınların en önemli görevinin anneliktir” ifadesidir. Nitekim verilen eğitimden sonra bu ifadede grubun ortalama puanlarında 0,27’lik bir artış olmasına rağmen bu, hem ön test hem de son teste en düşük puanları alan ifadedir. Bu durumda annelik konusundaki tutumun değişmemesinin nedenleri üzerinde durmak gerekir. Öncelikle kadına yapılan özel atıftan dolayı, bu denli derin bir içselleştirmenin bir günlük eğitimle değişmesi beklenemez. Bunu destekler şekilde kültürel olarak manevi değer yüklenen bu görev, halen sağlık çalışanlarının tutum

ve düşünce şemalarında güçlü şekilde benimsenmektedir. Bu konuda sağlık çalışanlarının sahip olduğu pratik şemalar, toplumsal cinsiyet düzeni ile uyumlu haldeki değer ve anlam sisteminin sürdürücüsüdür. Aynı zamanda bu manevi tutumlar içerisinde kadın kımıldayamamaktadır. Annelik kutsallaştıkça kadınlar anneliğin içine hapsedilmek isteniyor. Böylece anne olan kadının toplumun tanımladığı annelik davranışlarının dışına çıkması kısıtlanıyor. Bu açıklama sayesinde, kadına şiddetin kaynağının toplumsal cinsiyet ile ilişkisinin manevi dayanağı ortaya çıkmaktadır. Sıradan bir insan olduğundan uzaklaştırılarak ve değerler yüklenerek kutsallaştırılan kadın, bu kutsallığın dışında görülen gayet insani bir hareket sergilediğinde ayıplanmaktadır. Böylece kirlendiği düşünülen kadının şiddetle terbiyesi toplumsal normlarca doğru görülmekte ve kadına şiddetin ortaya çıkması desteklenmektedir. Şiddetin önlenmesi ve kadınların özgürleşmesi için kadınlara manevi değerler yükleyen tutumların değişmesi gereklidir. Anne ve sevgili gibi birine tabi olmak anlamına gelen manevi tutumlardan vazgeçilmelidir.

Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği tutumları ölçeğinin 13 maddesinde olumlu değişim gözlenirken, iki maddede anlamlı değişim olmamıştır. Değişim göstermeyen tutum maddeleri (3,10) sırası ile “kız ve erkek çocuklarının eğitim alma hakkı eşit olmalıdır” (Fark:-0,03), “erkeklerin ev işlerini yapmasını önemserim” (fark:0) ifadeleridir. Değişim göstermeyen maddeler “eğitim, aile, hane içi iş bölümü” temalarıyla ilgilidir. Bu ifadelerde bir değişim yaşanmamasının nedeni belki de sağlık çalışanlarının eğitimden önce de ön teste yüksek puan almaları ve bu konuda zaten istenilen toplumsal cinsiyet eşitliği düzeyinde olmalarıdır. Bu ölçekte en fazla olumlu değişim gösteren tutum maddeleri (12, 11, 15, 5) sırası ile “erkekler statüsü yüksek mesleklerde çalışmalıdır” (Fark:0,36), “erkekler kadınlara göre daha mantıklıdır” (Fark:0,29), “kadınların en önemli görevi anneliktir” (Fark:0,27), “ailenin geçimini sağlayan erkek olduğu için kadının çalışmasına gerek yoktur” (Fark:0,24) ifadeleridir.

Burada olumlu değişim gösteren maddeler “statü, aile, toplumsal cinsiyet özellikleri ve hane içi iş bölümü” temalarıyla ilgilidir. Modern dünya kadınların geleneksel konumunu değişik şekillerde dönüştürmüş ve değiştirmiştir. Aynı süreçte büyük bir kültürel yenilenme de oluşmuştur ve bu oluşumunu sürdürmektedir. Tarihsel ve toplumsal dönüşümler kadının sosyal yaşam içerisindeki konumunu değiştirmektedir. Araştırma sonuçlarındaki olumlu değişmelere rağmen sağlık çalışanlarının yaşadıkları erkek egemen ataerkil toplumdaki geleneksel kültürel düşünceden tamamen arındıkları söylenemez. Bu sonuçların işaret ettiği toplumsal cinsiyet eşitliğinde tüm alanlarda orta ve üstü yüksek başarı yakalanması yukarıdaki kültürel yenilenme sürecinin yaşandığının göstergesi olduğudur.

Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde bu eğitim sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği tutumunun değişmesinde fayda sağlamıştır. Buradaki sonucun gösterdiği şey toplumsal cinsiyetin oluş hallerinin olduğu ve bu oluşların değişebildiğidir. Tüm bireylerin davranış şekilleri ve duygusal tepkileri; büyüdüğü toplumun değer yargılarıyla, inançlarıyla, ahlaki ve yaşamsal tecrübeleriyle oluşmaktadır. Benzer şekilde sağlık çalışanlarının uzun eğitim hayatları sonucunda, belki değişik bir sosyalleşme deneyimi kazanmış olmaları neticesinde oluşan gelişmeye ve değişmeye açık tutumlarının etkisini, bu eğitimin sonuçlarında görmekteyiz. Bunun nedeni toplumsal eşitsizlik kültürünün var olan aktarım yapılarıyla yüksek eğitimli katılımcılara fotokopi şeklinde aktarılamaması olabilir. Sonuçlarda katılımcıların büyük çoğunluğunun toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik tutumlarının olumlu olduğu görülmektedir. Bu nedenle bireydeki toplumsal cinsiyet tutumunu yerleşmiş standartlara uygun, basmakalıp, değişmez bir tutum olarak değerlendirmek anlamsızdır.

3.3.2. Psikolojik Değerlendirme, Hizmet ve Mevzuat Bilgisi

Kadına yönelik şiddet ve sunulan hizmet bilgisi testi cevapları (1-10), şiddete maruz kalmış kadınlara psikolojik yaklaşım bilgisi testi cevapları (11-20), kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilişkin mevzuat bilgisi testi cevapları (21-30). Bu konularla ilgili soru maddeleri beş kategoriye göre ayrılmıştır. Bu kategoriler: Şiddet kavramı bilgisi (2, 3, 5, 9, 10) beş madde, hukuki haklar bilgisi (1, 4, 6, 7, 8) beş madde, psikolojik yaklaşım bilgisi (11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20) dokuz madde, kadın sağlığı bilgisi (17, 22, 24) üç madde, hizmet bilgisi (21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30) sekiz madde olarak Tablo 16’da gösterilmiştir.

Bu testin 26 maddesinde olumlu değişim gözlenirken, dört maddesinde anlamlı değişim olmamıştır. Sağlık çalışanlarının bilgi testlerinde en fazla olumlu değişim gösteren bilgi maddeleri (9, 27, 8) sırası ile “Kadına yönelik şiddetin nedenlerini açıklamak için geliştirilen yaklaşımlardan olmayan ifadeyi saptamak” (fark:28), “Riski yüksek bulunmuşsa, ancak evine dönmek istiyorsa neler yapılacağını saptamak” (fark:27), “BM'nin kadına yönelik şiddet tanımında bulunmayan ifadeyi saptamak” (fark:25) şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu olumlu değişim gösteren maddeler sırasıyla şiddet kavramı bilgisi, hizmet bilgisi ve hukuki haklar bilgisi ile ilgili alt kategorilerdendir. Değişim göstermeyen maddeler (4, 13, 14) sırası ile “Devletin sorumlulukları açısından şiddet kavramının kapsamına ilişkin doğru cevabı saptamak” (fark:-3), “Görüşme öncesi lojistik hazırlık ögesi olmayan ifadeyi saptamak” (fark:0), “Görüşmenin tanışma ve başında verilecek bilgileri uygun sıralama ile seçmek” (fark:0). Burada değişim göstermeyen maddelerin biri hukuki haklar bilgisi, diğer ikisi psikolojik görüşme bilgisi ile ilgilidir.

Tablo 16: Bilgi Testleri Sorularının Puan Sıralaması

	No	Kategori	Sorular	Ön Test	Son Test	Fark	Yön
Çok iyi (100-125) 15 madde	1	Hukuk	Şiddetin kadının hangi haklarını ihlal ettiğini saptamak	121	123	2	Poz.
	18	Görüşme	Şiddeti anlatırken tedirgin olan bir danışana en uygun müdahaleyi saptamak	121	121	0	Nötr
	4	Hukuk	Devletin sorumlulukları açısından şiddet kavramının kapsamına ilişkin doğru cevabı saptamak	121	118	-3	Neg.
	5	Şiddet	KYŞ müdahale ile ilgili yanlış ifadeyi saptamak	115	118	3	Poz.
	6	Hukuk	CEDAW 19. kararıyla ilgili doğru ifadeyi saptamak	99	118	9	Poz.
	22	Sağlık	Şiddetin kadının cinsel sağlığı/üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini saptamak	102	117	15	Poz.
	23	Hizmet	Mağdurla ilgili bilgileri kayıt etmekte uyulması gereken prensiplerden olmayan ifadeyi saptamak	108	116	8	Poz.
	2	Şiddet	Kadına şiddetle ilgili doğru ifadeyi saptamak	104	113	9	Poz.
	21	Hizmet	Sağlık personelinin şiddet gören bir kadın ile karşılaştığında ilk yapacağı işi saptamak	98	113	15	Poz.
	24	Sağlık	Cinsel şiddetin üreme sağlığı ile ilgili sonuçlarından olmayan ifadeyi saptamak	100	110	10	Poz.
	28	Hizmet	Hukuki olarak mağdur kadınla karşılaşan sağlık personelinin yapmaması gereken ifadeyi saptamak	93	107	14	Poz.
	7	Hukuk	Kadın haklarıyla ilgili yanlış tanımlamayı saptamak.	94	106	12	Poz.
	25	Hizmet	Akut cinsel saldırıda örnek alma ile ilgili ifadelerden yanlış olanı saptamak	103	106	3	Poz.
	3	Şiddet	Kimden gelen şiddetin yakın ilişki şiddeti olarak kabul edildiğini saptamak	97	103	6	Poz.
	17	Görüşme	Travmatik yaşantının ayırt edici özelliklerinden olmayan ifadeyi saptamak	97	101	4	Poz.
İyi (75-100) 4 madde	26	Hizmet	Sağlık personeli tarafından risk değerlendirmesi yapılmasının yararlarını saptamak	71	95	24	Poz.
	29	Hizmet	Adli rapor düzenlenirken yapılmaması gereken yanlış ifadeyi saptamak	70	88	18	Poz.
	10	Şiddet	Türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumuna dair doğru ifadeyi saptamak	78	87	9	Poz.
	19	Görüşme	Görüşme sırasında bireyi tehdit eden (rahatsız eden) konuları saptamak	53	75	22	Poz.
Orta (50-75) 6 madde	14	Görüşme	Görüşmenin tanışma ve başında verilecek bilgileri uygun sıralama ile seçmek	73	73	0	Nötr
	8	Hukuk	BM'nin kadına yönelik şiddet tanımında bulunmayan ifadeyi saptamak	47	72	25	Poz.
	11	Görüşme	Mağdur kadınla görüşme yapmanın amacını saptamak	62	68	6	Poz.
	27	Hizmet	Riski yüksek bulunmuşsa, ancak evine dönmek istiyorsa neler yapılacağını saptamak	32	59	27	Poz.
	16	Görüşme	Mağdurla görüşmede aranacak başlığı saptamak	36	58	22	Poz.
	15	Görüşme	Etkin dinleme olmayan ifadeyi saptamak	52	53	1	Poz.
Zayıf (20-50) 4 madde	9	Şiddet	Kadına şiddeti açıklamak için geliştirilen yaklaşımlardan olmayan ifadeyi saptamak	19	48	28	Poz.
	20	Görüşme	Zor danışan olan kişilerin özelliklerini saptamak	36	42	6	Poz.
	13	Görüşme	Görüşme hazırlık ögesi olmayan ifadeyi saptamak	41	41	0	Nötr
	30	Hizmet	Kadına yönelik şiddeti önlemede üçüncül koruma kapsamına giren ifadeyi saptamak	19	39	20	Poz.
Çok zayıf (0-25)	12	Görüşme	Danışanla güven ilişkisinin kurulumunda en önemli değişkeni saptamak	5	17	12	Poz.
TOPLAM PUAN ORTALAMASI:				75,5	86,8	11,3	Poz.

Tablo 16'ya bakıldığında sağlık çalışanlarının alt kategorilerden aldıkları puan ortalamaları sırasıyla kadın sağlığı bilgisi ($X=109,3$), hukuki haklar bilgisi ($X=107,4$), şiddet kavramı bilgisi ($X=93,8$), hizmet bilgisi ($X=75,8$) ve psikolojik görüşme bilgisi ($X=54,7$) olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanları psikolojik görüşme bilgisi kategorisinde orta düzeyde bir puan alırken diğer kategorilerde iyi ve çok iyi düzeyde puan almışlardır. Bu kategorilerin eğitim sonrası puan artış ortalamaları sırasıyla hizmet bilgisi ($X=16,1$), şiddet kavramı bilgisi ($X=11$), kadın sağlığı bilgisi ($X=9,6$), hukuki haklar bilgisi ($X=9$), ve psikolojik görüşme bilgisi ($X=7,6$) olarak bulunmuştur. Eğitim sonrası en çok artış hizmet bilgisi kategorisinde olurken en az artış yine psikolojik görüşme bilgisi kategorisinde olmuştur. Bu verilerin ve çalışmanın öncelikle gösterdiği şey; kadınlara verilen hizmet kalitesinin artmasının devlet tarafından önemsendiğidir. Bu sorumlulukla günümüzde kadınların hizmete daha kolay erişimi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu gelişmelerin somut göstergesi olarak kadın haklarının geliştiğini, gelir sahibi olmayanlara mali destek sağlandığını, sağlık ve eğitimdeki dışlayıcılığa son verildiğini, birçok politik ve hukuki değişimler yaşandığını görüyoruz. Ayrıca geçmişe nazaran kadına yönelik şiddet konusunda özel alana müdahaleyi sınırlandıran devlet politikaları geçmişe nazaran ciddi biçimde azalırken, mağdur kadına kamusal alanın koruyucu kapıları açılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının psikolojik görüşme bilgisinin orta düzeyde çıkması ve ön test, son test fark puan ortalamasının en az olması nedeniyle; birçok araştırmacının da belirttiğine benzer şekilde, sağlık çalışanlarının şiddet mağdurlarına psikolojik yardım sunmayı mesleki işlevleri olarak görmemeleri üzerinde düşünülmesi gereklidir. Bu çalışmada psikolojik görüşme bilgisinin orta düzeyde kalmasının sebebi eğitimdeki bilginin psikolojik alandaki duygu ve düşüncelere yansımamasıdır. Psikolojik yaklaşımda istenilen değişimin gerçekleşmesi için empati ve bilgi farkındalığının davranışlara geçmesi

gerekmektedir. Buna ek olarak psikolojik alandaki değişimin; somut uygulaması olan, sağlık çalışanının iři ile direk bağlantılı olduğu dūřınılen diğer alanlardaki değişime göre daha zor gerçekleştiği de söylenebilir. Bu durumu oluşturan diğer faktör ise; somut uygulamaları olan alanların psikolojik alana göre dışarıdan gözlenip takip edilebilmesi ve eksikliğin fark edilmesi durumunda sağlık çalışanlarına idari ve hukuki yaptırım potansiyeli taşımasıdır. Ayrıca psikolojik danışmanlık hizmetleri vermenin sağlık kurumları ve çalışanları açısından döner sermaye getirisi yoktur. Sağlık yöneticileri ve hastalar tarafından bu hizmetin eksikliği hem fark edilemez hem de kalitesi denetlenemezdir. Bu haliyle mağdur kadına psikolojik yaklaşım ve değerlendirme hizmeti, sağlık çalışanlarının vicdanına bırakılmış bir alandır.

Sonuç olarak eğitimin sonunda genel bir başarı elde edilmiştir. Yapılan birçok çalışma farklı şekillerde ve sürelerde verilen kadına yönelik şiddet eğitimlerinin sağlık personelinin faydalı tutum geliştirmesinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada yaptığımız bir günlük ve altı oturumluk eğitim: benzer konularda eğitimin etkisine ilişkin yapılmış araştırma sonuçlarıyla paralel şekilde, hedeflenen olumlu tutum gelişimini gerçekleştirdiği grlmştir. Hem toplumsal cinsiyet eşitliği leği hem bilgi test puanları anlamlı derecede yüksek çıkan sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının istenen davranışları sergilemesi için gerekli tutum değişimi bu eğitimde sağlanmıştır. Bu sonucu oluşturan diğer bir konu ise katılımcıların eğitime ve bilgilendirmeye karşı herhangi bir karşıt tepki ve direnç sergilemeyişidir. Son olarak insanlarla ilgili bir alanda uzmanlaşmış, meslek sahibi ve eğitim düzeyi yüksek bir grup üzerinde uygulanan bir günlük eğitimin; bilgi ve tutum değişikliğini kolaylaştırdığı ve sağladığı söylenebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada Karaman’da birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimliği birimlerindeki sağlık çalışanlarının; kadına şiddeti önlemeye destek olacak şekilde tutum ve bilgi geliştirmeleri amacıyla düzenlenen bir eğitimin etkisi araştırılmıştır. Bu araştırmanın temel iddiası; sağlık çalışanlarının, kadına şiddete yönelik yaklaşımlarının altında yatan nedenlerin ve yaklaşımlarını şekillendiren tutum ve bilgilerin farkında olmalarının eğitimlerle sağlanabileceği ve bu farkındalığın düşünsel ve davranışsal değişime yol açabileceğidir. Bu sayede, aile içi şiddet mağdurlarına verilen hizmet olumlu yönde gelişecektir.

Bu çalışma sonunda eğitime katılıp eğitimi tamamlayabilen katılımcılardan 67 aile hekimi ve 59 aile sağlığı elemanının cevapları yeterli kabul edilmiştir; bu grup evrenin %86’sını temsil etmektedir. Katılımcıların 43’ü erkek, 83’ü kadındır; yaş ortalaması 37’dir. Katılımcılar en az lise mezunudur ve meslekteki kıdem ortalaması 13 yıldır.

Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı sağlık hizmetleri alanında dikkat edilmesi gereken bir kavramdır. Tüm katılımcıların ön test ve son test arasındaki toplam fark puanları değerlendirildiğinde eğitim sonrası toplumsal cinsiyet eşitliği tutumu 2,04 puan artışıyla %4’lük değişim göstererek %80,53’lük iyi derecedeki tutum düzeyine yükselmiştir. Ölçek puanlarının analiz sonuçlarına göre eğitim öncesi ve sonrası ortalamaları arasında önemli derecede anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Demek ki, eğitim sayesinde toplumsal cinsiyet kalıplarının nasıl üretildiğine; toplumsal cinsiyet rollerinin ve toplumsal cinsiyet temelli iş bölümünün nasıl gerçekleştiğine, kadınların yaşamını ve gelişimini nasıl etkilediğine ilişkin bir farkındalık oluşmuştur. Bu sonuçlardan dolayı, sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği konusundaki tutumlarının olumlu yönde

evirildiği söylenebilir. Yani sağlıkçıların toplumsal cinsiyet düzeninden uzaklaşıp yeni tutumları tanımaya başladıkları, hatta belki de benimsedikleri görülmektedir.

Bu hızlı dönüşümün altında, uzun eğitim hayatları boyunca edindikleri farklı tecrübelerin etkisi olduğu düşünülebilir. Şöyle ki; korelasyon analizi, ön test puanı yüksek olanın son test puanının da yüksek olduğu ve bunun tersinin de doğru olduğunu göstermektedir. Tabii ki bir günlük eğitimle yıllar boyu oluşmuş kalıp tutumların en olumlu düzeye taşınması beklenemez. Bu fikri destekler şekilde eğitimin sonunda ölçeğin kesme puan kategorilerinde geçişler şu şekilde olmuştur: Düşük düzey beş kişi azalırken, orta düzey üç ve yüksek düzey iki kişi artmıştır. Her katılımcının gelişimi kendi tutum noktasına en yakın puan seviyelerine doğru olmuştur.

Eğitim sonunda pozitif yönde değişim erkeklerde ve aile hekimlerinde daha fazla gözlenirken; kadın katılımcıların erkeklerden, aile sağlığı elemanlarının aile hekimlerinden her iki test ortalamalarında da daha yüksek puan toplamına sahip olduğu saptanmıştır. Hem cinsiyet hem de meslek kategorilerinde sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve sonrası aldıkları puan toplamalarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Bu tür çalışmalarda kadınların erkelere göre yüksek puan ortalamalarına sahip olması beklendik bir durumdur. Benzer şekilde %99'u kadınlardan oluşan aile sağlığı elemanlarının, cinsiyetlerin eşit dağıldığı aile hekimi mesleğine göre yüksek puan alması da anlaşılmalıdır. Ayrıca eğitim sonunda puan artışının erkeklerde ve aile hekimlerinde daha yüksek olmasını kadın katılımcıların olduğu kategorilerde puanların zaten doyum seviyesine yakın olmasıyla açıklayabiliriz. Her iki mesleğin modern bir mesleki eğitim alması yüksek düzeydeki tutum puanlarındaki anlamlı farkın en önemli nedenidir. Mesleklerin eşitlikçi bir tutuma sahip olması yüksek eğitimin getirdiği toplumsal statüye bağlı düşüncelerdeki gelişmeyle açıklayabiliriz. Ya da ters bakarsak,

toplum kariyer sahibi bireylerin cinsiyet düzenine aykırı hareketlerine bir nebze tolerans gösterdiği için sağlıkçıların eşitlik tutumları gelişmektedir diye düşünebiliriz.

Sağlık çalışanlarının medeni durum, doğum yerleri ve çalışma süreleri (kıdem) boyutlarında toplumsal cinsiyet eşitliği puanları olumlu yönde artarak yüksek düzeye çıkmıştır. Fakat bu boyutların her iki testte de aldıkları puan toplamalarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bunun anlamı öncelikle, evli veya bekâr olmanın tutum değişimini etkileyen bir faktör olmadığıdır. Şaşırtıcı olan bekâr ve evli insanlar arasında önemli yaşam biçimi farkları olmasına rağmen, toplumsal cinsiyet eşitliğine dair zihinsel yatkınlıklarının aynı şekilde sürmesidir. Buradan toplumun evlilik üzerinden insanlarda yarattığı etki tartışılabilir.

Benzer şekilde bireyin doğduğu ve yetiştiği bölgedeki aile, din, toplum, devlet gibi kurumlar erkek ve kız çocuklara farklı davranarak çocukları uygun cinsiyet rollerine uymaları yönünde etkilemektedirler (Garder ve Gardiner, 2007). Bu süreçte kişiler doğdukları yerin cinsiyet rollerini benimserler. Toplumsal cinsiyet şehirden şehire hatta aileden aileye göre bile değişkenlik gösterebilmektedir. Ancak bu tür farklılaşmalar genel bir örüntü olmadığı anlamına gelmemektedir; tam tersine, pek çok farklı toplumda var olan ataerkil aile yapısı çeşitli açılardan kadın aleyhine bir sistem geliştirmiştir. İç Anadolu'nun küçük bir şehri olan Karaman doğumluların daha geleneksel cinsiyet rolleri oluşacağı düşünülmüştür. Fakat bunun gerçekleşmeme sebebi, şehirlerin sınıflandırılma şeklidir. Gelecekteki çalışmalarda bölgelere göre ayrıştırılırsa daha anlamlı sonuçlar oluşabilir.

Eğitimden sonra tüm yaş gruplarında toplumsal cinsiyet eşitliği tutumunda önemli puan artışı olmuştur. Burada 30 yaş ve altı ve 31-40 yaş arası sağlık çalışanları benzer özellikler göstermekte ve kendi aralarında anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$). 41 yaş ve üzerindeki grup puanları diğer yaş gruplarının puanlarından düşüktür ve anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Lisansüstü grup puanları diğer eğitim

gruplarından düşüktür ve anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Diğer eğitim grupları arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda hem 41 yaş ve üstünde olanların, hem de lisansüstü sağlık çalışanlarının, toplumsal cinsiyet düzenine daha uygun düşündükleri yorumu yapılabilir. Bireylerin yaşları arttıkça ataerkil yapıları daha çok benimsemeleri ve toplumsal cinsiyet konusunda daha muhafazakâr tutumlara sahip olmaları beklendiktir. Zaten tutumlar uzun sürelerde organize olmuş, kolay değişmeyen duygu ve inanış eğilimleridir. 41 yaş ve üstündeki sağlıkçıların kendilerinden daha genç olanlara göre toplumsal cinsiyet düşüncesine daha sıkı bağlı olmalarının sebebi, içinde yaşadıkları geçmiş zamanda toplumsal cinsiyetin daha kuvvetli bir şekilde sosyal yaşamı düzenlemesi, aykırı veya direnen cinsiyet kimliklerinin görünürlüğünün az olması ve çoğunluğun ataerkil düzenin yansımalarını normal kabul etmesi şeklinde sıralanabilir.

Yukarıda yaş miktarı artışı ile ortaya konan özelliklerin çalışma süresi (kıdem) için de geçerli olacağı düşünülmüştür. Bu düşüncenin aksine, kıdem süresinin sınıflandırma dilimlerinden dolayı anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Bunun nedeni aynı kıdem kategorisindeki kişilerin göreve başlama tarihlerine göre yaşları arasındaki farktır. Çalışma yaşamına erken başlayan lise mezunları ile çeşitli nedenlerle ileri yaşlarda işe başlayan üniversite mezunları, farklı kıdem kategorilerinde yer almaktadır.

Eğitim seviyesi yüksek olan lisansüstü sağlıkçıların beklenenin aksine, daha geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri benimsedikleri ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni belki ilk olarak, lisansüstü eğitimini tamamlamış olanların ileri yaşlarda olmasıdır. İkinci neden ise, sağlıkçıların hem eğitim hem de meslek yaşamlarında toplumsal cinsiyet konusunda herhangi bir eğitim görmemesidir. Bu nedenle sağlık alanında eğitim süresinin artması ile toplumsal cinsiyete yönelik olumlu tutumların artması paralel değildir. Çünkü mesleki

teknik uygulamalara yönelen sağlık eğitiminde, sosyal yaşamı sorgulayan dersler bulunmamaktadır.

Yukardaki sonuçlarda sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği rolüne ilişkin tutumlarında, bireysel farklılıkların etkili olduğu yukarıdaki sonuçlarda saptanmıştır. Burada sağlıkçıların içinde bulundukları erkek egemen toplumdaki ataerkil bakış açısından tümüyle arındıkları söylenemez. Tabii ki bir günlük eğitimle yıllar boyu oluşmuş kalıp tutumların en olumlu düzeye taşınması beklenemez. Eğitimler sayesinde bir nebze de olsa; bu ataerkilliğin azaltılması ve sağlıkçıların da kadına şiddete ilişkin ataerkil düşüncenin kendilerindeki etkilerinin farkına varmaları sağlanmıştır.

Burada toplumsal cinsiyet eşitliğini geliştirme çabaları açısından olumlu bir zemin oluşmuştur. Sağlıkçılar toplumsal cinsiyet düzeninden uzaklaşıp yeni tutumları tanımaya başlamışlardır. Bu durum Connell'ın söylediği cinsiyet düzeninde yeniden inşanın sürmekte oluşuna fikrini desteklemektedir. Connell'a göre eşitlikçi politikalar ve uygulamalar daha da iyileşerek sürdüğü ve yaygınlaştığı takdirde, ileride erkeklerin kadınlardan önde olmasını sağlayacak doğuştan gelen ekonomik, kültürel ve ideolojik kökenli hiyerarşilerin sürdürülebilirliği azalacaktır. Ne var ki, bazı düşünürler, bu “yenilenmeye” Cornell kadar iyimser görmemektedir. Zizek'e göre post-modern dönemde mahrem alanların yeni biçimlerdeki metalaşmasının özgür ve özerk özne figürünü zayıflatarak, “Düşünümsel yorumlamaya kapalı irrasyonel şiddetin paradoksal olarak yeniden ortaya çıkışına” sebep olduğunu; eski ve yeni tahakküm biçimlerinin eklemlenmesiyle, şiddet ve tahakküme karşı mücadelede, pratiklerle ilgili birçok yeni zorluk oluştuğunu anlatır.

Şiddet görmüş kadının çoğu zaman başvurduğu tek yer sağlık kurumlarıdır ve sağlık çalışanları kadına yönelik şiddeti önlemede hayati bir öneme sahiptir. Özellikle farklı sorunlarla polikliniklere başvuran şiddet mağduru kadınlara profesyonel hizmet

verilebilmesi amacıyla; bu eğitim programında hizmet bilgisi, doğru psikolojik yaklaşım ve destek alınabilecek hukuki mevzuat anlatılmıştır.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet ve sunulan hizmetlere ilişkin bilgi düzeylerini ölçen testteki toplam puanları, eğitim sonrasında %8,81 oranında artış gerçekleştiğini göstermektedir. Katılımcıların hizmet bilgisi testinde aldıkları eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlama puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,01$). Bu modülde kadına yönelik şiddet konusunda katılımcılara rol ve görevleri anlatılmıştır; mağdur kadına ne gibi hizmetler verileceğini ve bu hizmetlerin sunumunda yaşanabilecek engellerle baş etme yöntemlerini öğrenmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının, mağdur kadınlarla psikolojik değerlendirme görüşmesini nasıl yapmaları gerektiğine ilişkin uygulanan eğitim sonrası testteki toplam puanlarında %5,38 oranında artış gerçekleşmiştir. Analiz sonuçları, sağlık çalışanlarının mağdur kadınlarla psikolojik görüşme bilgisindeki ön ve son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($p<0,01$). Bu modülde katılımcılar, muayene süresince yapmaları gerekenler, mağdur kadına nasıl yaklaşacakları, kadını nasıl cesaretlendireceklerini ve nasıl dinleyecekleri gibi psikolojik görüşme teknikleri konusunda beceri geliştirdiler.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadeleyle ilişkin mevzuat bilgisi testindeki toplam puanları incelendiğinde, eğitim sonrasında doğru yanıtlamada %11,22 oranında artış gerçekleşmiştir. Analiz sonuçları, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadeleye ilişkin mevzuat bilgisi testinde aldıkları eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlama puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($p<0,01$). Bu modülde katılımcılar şiddetle mücadelede ulusal ve uluslararası düzenlemeleri öğrendiler. Böylece hukuki olarak kendi rol ve sorumluluklarının farkına vardılar. Mağdura yardım edebilmek için kullanabilecekleri sosyal yardımlar ve hukuksal düzenlemeler konusunda bilgilendiler. Böylece yasal düzenlemelerin işlerliğinin sahada oluşmasına destek vermiştir.

Bu verilerin ve çalışmanın öncelikle gösterdiği şey; Devletin kadına yönelik şiddeti önlemeye çalıştığıdır. Kadınlara verilen hizmet kalitesi artırılmaya ve kadınların hizmete daha kolay erişimi sağlanmaya çalışılmaktadır. Böylece devletin kadın erkek ilişkisine olumlu bir müdahalesi olmaktadır. Bunu Connell'in kavramıyla söylersek cinsel politikada bir değişim yaşanmaktadır. Kavramsal çerçevede saydığım "cinsel politika" konularında devletin tüm tutarsızlıklarına rağmen, son dönemlerde kadın haklarını geliştirmek için Türkiye'deki hukuksal ve idari girişimler umut vericidir. Benzer kaygıları taşıyan Walby'e göre, günümüzdeki modern gelişmelerle kadınları özel alanda sınırlandıran devlet politikaları ciddi biçimde azalırken, kadınlara kamusal alanın koruyucu kapıları açılmaktadır. Devlet cinsiyet ayrımcılığını önleme yasalarıyla kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olmasını destekliyor. Fakat yine de bu politik desteğin ne kadar samimi olduğu tartışılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadelenin başarıya ulaşmasındaki duyarlı tutumları, bilgi ve becerileri kritik bir öneme sahiptir. Bu sonuçlara göre; düzenlenen eğitim programı sayesinde bu alanlarda, değişim yönünde bir adım atıldığı gözlenmektedir. Bu sebeple kadına şiddeti önlemeye yönelik bu eğitim programının, sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği tutumlarını değiştirmede ve destekleyici meslek bilgilerini geliştirmede önemli bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Gelecekteki benzer çalışmalarda, eğitim sonrası sağlık çalışanlarının mağdur kadına yaklaşımda sergileyecekleri mesleki tutumlarının davranışlarına nasıl bir etkisi olduğu araştırılabilir. Eğitim sonrasında şiddet vakalarının tespit ve müdahale sayısında değişim olup olmadığı kıyaslanabilir. Böylece zaman içerisinde eğitimin kalıcı etkileri hakkında daha doğru tespit ve çıkarımlar yapılabilir. Ayrıca eğitim öncesi ve sonrasında sağlık kuruluşlarına başvuran mağdur kadınlara hangi hizmetler verildiğinin karşılaştırılması ve mağdur kadınların sunulan hizmetleri değerlendirmesi istenebilir.

Sağlık kurumlarına başvurudan sonra şiddet davranışının sergilenme sıklığında bir değişim olup olmadığı incelenebilir. Bu hizmetlerin şiddet olgusuna etkisinin araştırılması, eğitimin etkisini daha net görmemizi sağlayacaktır.

Karaman İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Psikolog olarak görev yapmam sayesinde, eğitim sonrasında geçen süre boyunca, verdiğim eğitimin katılımcıların meslek pratiklerinde ne gibi değişimler yarattığına ilişkin bazı ipuçları elde ettim. Buna göre verdiğim eğitimin; katılımcıların hem şiddete müdahale sayılarını, hem de şahsıma gelen “mağdur kadına nasıl yardım edebilirim?” şeklindeki geri dönüş sayılarını artırdığını kaydedebilirim. Bu kapsamda, bu eğitimin sağlık çalışanlarının hizmet duyarlılığını artırmasının yanı sıra, sağlık çalışanları ile temas eden insanların yaşam alanlarına dokunan, görünmeyen ikincil kazançları ve etkileri olduğunu savunabilirim. Ayrıca bu eğitimle sağlık çalışanları, özel yaşamlarında da kullanabilecekleri ve çevrelerindeki insanlarla paylaşabilecekleri birçok yeni bilgi edinmişlerdir. Böylece bu eğitimle; dolaylı olarak, bu tarz bir eğitimi alma fırsatı olmayan insanlara da dokunma olanağına ulaştığımı savunabilirim. En azından bu durum bile kadına yönelik şiddeti önleme eğitimlerinin yayınlştırılmasının faydalı olacağını ispatıdır. Bu tespitlerden, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik eğitimlerin olumlu etkilerinin, suya atılmış bir taşın halkalarının genişlemesi gibi zamanla ortaya çıkacağını ve kadına şiddeti önleme mücadelesine bir ivme katacağını söyleyebilirim. Buradaki eğitimlerin etkisi sayesinde, Karamandaki sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet kaynaklı şiddeti önleme mücadelesinde, artık bir basamak daha ilerdeyiz.

KAYNAKÇA

- Aba, A. (2008). *Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeğinin “The Revised Conflict Tactics Scales (CTS 2)” Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Acar, F. (2014). CEDAW'dan İstanbul Sözleşmesine: Kadınların insan hakları ve kadına karşı şiddete ilişkin uluslararası standartların evrimi. F. Kaya, N. Özdemir, & G. Uygur (Dü) içinde, *Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet* (s. 61-76). Ankara: Savaş Yayınevi.
- Açıkel, S. (2009). *Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Kadın Sığınmaevi Önlemi: Türkiye Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akın, A. (2014). Bir sağlıkçı gözünden kadına yönelik şiddet. F. Kaya, N. Özdemir, & G. Uygur (Dü) içinde, *Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet* (s. 155-164). Ankara: Savaş Yayınevi.
- Akkaş, İ. ve Uyanık, Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 6 (1), 32-42
- Altınay, A. ve Arat, Y. (2007). *Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet*. İstanbul.
- Arendt, H. (2016). *Şiddet Üzerine* (Cilt 8.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Aslan, Ş., Akarçay, D., Güzel, Ş., & İnan, S. (2015). Kadına yönelik cinsel şiddet: Kybele'nin günahı mı? M. Korkmaz, E. Demiray, Ü. Sevil, Ş. Hablemitoğlu, & Y. Taşkiran (Dü) içinde, *Dünyada, Türkiye’de Kadın ve Şiddet* (s. 73-98). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- BBC, (2016). *Polonya kürtaj yasağında geri adım attı*. Erişim: 10.11.2017, <http://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-35570618>
- Bianet, (2016). *2005'te Kanundan çıkartılmıştı, tecavüzcüsüyle evlendirme geri dönüyor*. Erişim: 10.11.2017, <http://m.bianet.org/bianet/toplumsal-cinsiyet/180857-2005>
- Bilgin, N. (2005). *Sosyal psikolojiye giriş* (5. Baskı). İzmir: Ege Üniversitesi Basım Evi
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bulduk, S. (2003). *Psikolojide deneysel araştırma yöntemleri*. İstanbul: Çantay Kitabevi
- Butler, J. (2014). *Cinsiyet Belası: Feminizm ve Kimliğin Altüst Edilmesi*. (4. b.). (Ö. D. Gürkan, Dü., & B. Ertür, Çev.) İstanbul: Metis Yayıncılık.
- _____(2007). Şiddet ve Şiddetsizliğin Normları: Mills ve Jenkins'e yanıtlar. *Differences* 18:2
- Büyükgök, D. (2007). *Eşler Arası Şiddet*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Büyüköztürk, Ş. (2003). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, Spss Uygulamaları ve Yorum*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Bordens, K. S. ve Abbott B. B. (1998). *Research design and methods*. (4. Baskı). London: Mayfield Publishing Company.
- Bourdieu, P. (2016). *Eril Tahakküm* (3. b.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- CEDAW, (2007). *United Nations Convention On The Elimination Of All Forms of Discrimination Against Women (Kadınlara karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)*. Erişim: 7 Şubat 2017, http://www.iwrawap.org/resources/pdf/41_shadow_reports/UK_SR_on_VAW.pdf
- Connell, R.W. (1987). *Toplumsal Cinsiyet ve İktidar*. (Çev. Cem Soydemir) İstanbul: Ayrıntı yayınları

- Çetiner, G. (2006). *Aile İçi Şiddet Yaşayan Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve İntihar Olasılığı*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dişsiz, M. ve Şahin, N. (2008). “Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet,” *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi, Cilt:1, Sayı:1*
- Dökmen, Z. Y. (2009). *Toplumsal Cinsiyet, Sosyal Psikolojik Açıklamalar*. (5. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Dünya Ekonomik Formu (DEF), (2016). *The Global Gender Gap Report*. Cologny/Geneva Switzerland: World Economic Forum.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO), (1997a). *Violence against women: What health workers can do?* Erişim:18 Ocak 2017. <http://who.int/gender/violence/en/u9.pdf>.
- _____ (2002b). *World Report on Violence and Health (Şiddet ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu)*. Erişim: 18 Ocak 2017, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf.
- Efe, Ş. (2012). Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Rol ve Sorumlulukları. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 26(1)*, 49-54.
- Erbek, E., Eradamlar N., Beştepe, E., Akar, H., Alpan, L. (2004). Kadına Yönelik fiziksel ve Cinsel Şiddet: Üç Grup Evli Çiftle Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam Dergisi 17(4)*: 196-204.
- Ertürk, Y. (2006). *Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Şiddet, Sebepleri ve Sonuçları Türkiye Raporu*. Erişim: 10 Şubat 2017, http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/Books/khuku/kadinlara_karsi_siddet/siddet_bm_ozel_raportoru_yakin_erturk_turkiye_ziyareti.
- Ertürk, Y. (2015). *Sınır tanımayan şiddet*. İstanbul: Metis Yayınları.

- Gander, M., & Gardiner, H. (2007). *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. (A. Dönmez, & B. Onur, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1993.)
- Garfinkel, H. (2014). *Etnometodolojide Araştırmalar*. (Ü. Tatlıcan, Çev.). Ankara: Heretik Yayıncılık. (orijinal çalışma basım tarihi 1967.)
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0update* (10 b.). Boston: Pearson.
- Giddens, A. (2005). *Sosyoloji*. (2. Baskı). (C. Güzel, Çev.). Ankara: Ayraç Yayınevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1994.)
- Goldberg, H. (1991). *Erkek Olmanın Tehlikeleri*. (S. Budak, Çev.) Ankara: Edesos Yayınevi.
- Goldman, E. (2006). *Dans edemeyceksem bu benim devrimim değildir*. (N. Bayram, Çev.) İstanbul: Agora Kitablığı.
- Gök, M. (2009). *Aile İçi Şiddet ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gömbül, Ö. ve Buldukoğlu, K. (1997). Hemşirelerin kadın ve kadına yönelik eş şiddetine ilişkin görüşleri. *Kriz Dergisi*, 5(2), 103-114.
- Gömbül, Ö. (2001). Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve mesleki role ilişkin tutumları. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1(1), 19-32.
- Görgün, B. A., Şahin, K. B., ve Maybek, M. (2012). Kadınların eşleri tarafından gördükleri şiddeti meşrulaştırmaları üzerinde kamusal alanın etkisi. *Sosyal ve beşeri bilimler dergisi*, 4(2), 41-50.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (NEE), (2015). *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Han, B. C. (2017). *Şiddetin topolojisi*. (2. Baskı). (D. Zaptçioğlu, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2015.)

Hürriyet, (2016). *Tecavüzcüyle evlendirme kabusu dönüyor mu?* Erişim:10.11.2017, <http://www.hurriyet.com.tr/tecavuzcuyle-evlendirme-kabusudonuyor-mu-26527509>.

İlkkaracan, İ., (2015). Türkiye’de kadın istihdam sorununa farklı bir yaklaşım. *Geçmişten günümüze Türkiyede kadın emeği*. İçinde (169-185). Ankara: İmge Kitebevi.

Jansen, H. ve diğer.(2009). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Kadın Dayanışma Vakfı, (2008). *Kadına Yönelik Şiddet El Kitabı*. Ankara: Kadın Dayanışma Vakfı.

Kadın Sağlığı Genel Müdürlüğü (KSGM), (2016a). *Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi Sağlık Çalışanları Kılavuzu*. Ankara: Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı.

_____(2016b). *Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi Sağlık Çalışanları Eğitimci Kitabı* Ankara: Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Karakaş, S. (1997). *Bilimsel Psikoloji Temel İlkeler* (2. b.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Karhan, S. S. (2010). *Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddetin hukuk sosyolojisi açısından analizi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kandemirci, D. ve Kağnıcı, D. Y. (2014). Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: çok boyutlu bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33), 1-12.

Karınca, E. (2008). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Ulusal ve Uluslararası Yasal Düzenlemeler*. Ankara: T.C Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü.

- Kayış, A. (2005). *Spss uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (Cilt 1.). (Ş. Kalaycı, Dü.) Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Keat, R. ve Urry, J. (2001). *Bilimsel Olarak Teori*, Ankara: İmge Kitabevi.
- Kıyak, S. (2008). *Sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kitiş, Y. ve Bilgici, S. S. (2007). Bir aile içi şiddet olgusu; sır tutma ilkesi ile şiddeti ihbar etme yükümlülüğü arasındaki etik ikilem. *Aile ve toplum eğitim, kültür ve araştırma dergisi*, 9(3), 7-12.
- Korkut, F. ve Owen, D. (2008). *Kadına Yönelik Aile içi Şiddet*. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Kuş, E. (2012). *Nicel-Nitel Araştırma teknikleri*. (4. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kuzu, Ş. L. (2013). Toplumsal Cinsiyet Rejimi Bağlamında Aile. *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 15-27.
- Makal, A. Ve Toksöz, G. (2015). *Geçmişten günümüze Türkiye’de kadın emeği*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Memiş, E. (2014). Ekonomik şiddet kapsamında karşılıksız emek. F. Kaya, N. Özdemir, & G. Uygur (Dü) içinde, *Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet* (s. 167-178). Ankara: Savaş Yayınevi.
- Memiş, E. (2015). Şiddet ve Ekonomi. B. Yarar (Dü.) içinde, *Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri* (1. b.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Moroğlu, N. (2012). *Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi 6284 sayılı Yasa ve İstanbul Sözleşmesi*. Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi.

- Mutlu, P. F. (2016). *Kadına yönelik şiddet farkındalığı oluşturmada psikoeğitimin aile işlevselliğine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Neuman, W. L. (2014). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri*. (7. Baskı). (S. Özge, Çev.). Ankara: Yayın Odası Yay.
- Öden, M. (2014). Türk Anayasa hukukunda devletin kadınları Ev-içi şiddete karşı koruma ödevi. F. Kaya, N. Özdemir, & G. Uygur (Dü) içinde, *Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet* (s. 77-94). Ankara: Savaş Yayınevi.
- Özkazanç, A. (2015). Psikanaliz, Feminizm ve Şiddet Sorunu. B. Yazar (Dü.) içinde, *Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri* (s. 53-81). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Öztürk, E. (2008). *Türkiye’de Aile İçi Şiddet, Kadın Sığınma Evleri ve Din*. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Page, A. Z. ve İnce, M. (2008). Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 81-94.
- Punch, K. F. (2014). *Sosyal Araştırmalara Giriş: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. (Çev. Bayrak Dursun). Ankara: Siyah Kitabevi.
- Sancar, S. (2013). *Erkeklik: İmkânsız İktidar*. İstanbul: Metis Yayınları. (2014). *Türk Modernleşmesinin Cinsiyeti*. (L. Cantek, Dü.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Sarıhan, Ş. (2014). 4320 Sayılı Yasa'dan 6284 Sayılı Y:asa'ya: Biz bir adım ilerdeyiz. Şiddetse 1000 adım. F. Kaya, N. Özdemir, & G. Uygur (Dü) içinde, *Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet* (s. 143-154). Ankara: Savaş Yayınevi.
- Segal, L. (1992). *"Ağır Çekim Değişen Erkeklikler"*. (Çev: Volkan Ersoy). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

- Sevil, Ü., Yanikkerem, E., Özkan, S., & Güneri, S. E. (2015). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. M. Korkmaz, E. Demiray, Ü. Sevil , Ş. Hablemitoğlu, & Y. Taşkiran (Dü) içinde, *Dünyada, Türkiye'de Kadın ve Şiddet* (s. 565-628). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Sevim, A. (2005). *Feminizm*. İstanbul: İnsan Yayınları.
- Sezgin, H. (2007). *Partneri Tarafından Şiddet Görmüş ve Kadın Sığınma Evinde Barınan Kadınların Kullandıkları Baş etme Yöntemleri İle Algıladıkları Sosyal Desteğin Ruhsal Sağlıkları İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Solso, R. L., & Johnson, H. H. (2005). *Psikolojide Deneyisel Yönteme Giriş: Vaka Yaklaşımı*. (A. Ayçiçeği, Çev.) İstanbul: Kitabevi.
- Sözen, E. (2014). *Söylem*. Ankara: Birleşik Yayınları.
- Şahin, F. T., & Kurtulmuş, Z. (2015). Değişen Aile Yapısı, Aile İçi Rollar ve Aile içi İlişkiler. M. Korkmaz, E. Demiray, Ü. Sevil , Ş. Hablemitoğlu, & Y. Taşkiran (Dü) içinde, *Dünyada, Türkiye'de Kadın ve Şiddet* (s. 167-191). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Şahiner, G. (2007). *Toplumsal Cinsiyet ve Kadına Karşı Şiddetin Kadınların Üreme Sağlıklarına İlişkin Hizmetlerden Faydalanmasına Etkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara: Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şimşek, A. A. (2013). Türkiye'de Modernleşme, Toplumsal Cinsiyet Ve Kadın Hakları. L. Gültekin, & G. Güneş (Dü) içinde, *Toplumsal Cinsiyet ve Yansımaları* (s. 50-66). Ankara: Atılım Üniversitesi.
- Tabachnick, B. F. ve Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6. b.). Boston: Pearson.

- Tanrıverdi, G. ve Şıpkın, S. (2008). Çanakkale’de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13(3): 183-187.
- Taşcı, N. (2003). *Ebelerin aile içinde kadına uygulanan şiddete ve şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Taşdemir, A. S., (2015). Türkiye’de şiddetin “kadın yüzü”. *Sosyoloji konferansları*, 2(52), 715-753
- Taşdemir, A. S., Görgün, B. A., ve Koca, A. C. (2017). Şiddet gören kadınların sığınmaevlerine erişimini engelleyen etmenler. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 9(1), 134-152.
- Tekin, Ü. (2011). *Şiddet*. (S. B. Baytekin, Dü.) Ankara: Orient Yayınları.
- Tunçel, E. K., DüNDAR. C., Peşken, Y.(2007). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17 (2), 105–110.
- Türk, H. B. (2015). "Şiddete Meyyalım Vallahi Dertten" Hegemonik Erkeklik ve Şiddet. B. Yarar (Dü.) içinde, *Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri* (s. 85-108). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Türk Tabipler Derneği. (2008). Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddetin Tanı-Tedavi Ve Yönlendirilmesi [Broşür]. Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu: Yazar.
- Uçak, N. Ö. (2010). Bilgi: Çok Yüzlü Bir Kavram. *Türk Kütüphaneciliği*, 4(24): 708-715.
- Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), (2001). *Nurses, always there for you: United against violence*. International Nurses’ Day 2001. Anti-Violence Tool Kit.

- Umut Vakfı. (2017, 03 08). Erişim: 06 09, 2017 tarihinde <http://umut.org.tr/umut-vakfi-2016-yili-kadin-cinayetleri-haritasi/> adresinden alındı.
- Uygur, G., & Gürgey, İ. Ç. (2014). Kadınların ve kız çocuklarının insan hakları ihlali ve bunun bir örneği olarak kadına yönelik şiddet. F. Kaya, N. Özdemir, & G. Uygur (Dü) içinde, *Kadına Yönelik Şiddet ve Ev-İçi Şiddet* (s. 9-60). Ankara: Savaş Yayınları.
- Walby, S. (2016). *Patriyarka Kuramı*. (A. Güneş, Dü., & H. Osmanağaoğlu, Çev.) Ankara: Dipnot Yayınları.
- Wolf, V. (2012). *Kendine ait bir oda*. (İ. Özdemir, Çev.). İstanbul: Kırmızı Kedi Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1929.).
- Yanikkerem, E., ve Sevil, Ü. (2006). *Kadına yönelik aile içi şiddet*. İzmir: İzmir Güven Yayınları.
- Yarar, B. (Ed.). (2015). *Şiddetin cinsiyetli yüzleri*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Yavuz, S. ve Aşırdizler, M. (2009). “Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği’ne Başvuran Aile İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadın Olgularının Analizi,” *Adli Tıp Dergisi*, 23(1): 15- 23.
- Yıldırım, S. (2015). *Kadına yönelik şiddet ve ataerkillik*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zizek, S. (2005). *Gıdıklanan özne: Politik ontolojinin yok merkezi*. (Ş. Can, Çev.). İstanbul: Epos Yayınları.

EKLER

Ek-1: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutum Ölçeği

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Erkekler statüsü yüksek mesleklerde çalışmalıdır.					
Erkekler kadınlara göre daha mantıklıdır.					
Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir.					
Yuvayı dişi kuş yapar.					
Kadının en önemli rolü evine özen göstermek ve ailesi için yemek yapmaktır					
Kız ve erkek çocuklarının eğitim alma hakkı eşit olmalıdır.					
Bir genç kız evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir.					
Erkeklerin ev işlerini yapmasını önemserim.					
Erkekler ağlamaz.					
Kadınların en önemli görevi anneliktir.					
Kadının şiddeti hak ettiği zamanlar vardır.					
Aile geçimini sağlayan erkek olduğu için kadının çalışmasına gerek yoktur.					
Üniversite eğitimi erkekler için daha önemlidir.					
Aileler erkek çocuklarına kız çocuklarından daha fazla harçlık vermelidir.					
Miras paylaşımında erkeklere kadınlardan daha çok pay verilmelidir.					

Ek-2: Kadına Yönelik Şiddet ve Sunulan Hizmet Bilgisi Başarı Bilgisi Test Soruları

1 Kadına yönelik şiddet kadının hangi haklarını ihlal eder?

- a) Sağlık hakkını
- b) Yaşama hakkını
- c) Beden bütünlüğüyle ilgili haklarını
- d) Yukarıdakilerin hepsini

2 Kadına yönelik şiddetle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Kadınlar yalnızca özel alanda şiddet görür.
- b) Kadına yönelik şiddet, kadın erkek eşitsizliğinden kaynaklanır.
- c) Şiddet, kadınları erkekler karşısında ikincil konuma sokmak için kullanılır.
- d) Kadına yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddet kadınlara karşı ayrımcılıktır.

3 Aşağıdaki kişilerden hangisinin uyguladığı şiddet, yakın ilişki şiddeti olarak kabul edilebilir?

- a) İşverenin kadın işçiyi taciz etmesi
- b) Eski eşin boşandığı eşini gelip dövmesi
- c) Sokakta bir erkeğin tanımadığı bir kadına tecavüz etmesi
- d) Hastanede doktorun hastayı odasından kovması

4 Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Devlet yalnızca resmi nikâhı olanlarla ilgili aile içi şiddetti önlemekle sorumludur.
- b) Kadına yönelik şiddetin önlenmesi uluslararası sözleşmelerle de düzenlenmiştir.
- c) Aile içinde kadına yönelik şiddet aile mahremiyetidir, devleti ilgilendirmez.
- d) Devlet aileyi korumak için aile içi şiddeti cezalandırmamalıdır.

5 Kadına yönelik şiddetle ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kadına yönelik şiddet insan hakları ihlalidir.
- b) Kadına yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddet bir ayrımcılık biçimidir.
- c) Kadına yönelik şiddet kadınları zorla ikincil konuma sokar.
- d) Aile mahremiyetine girdiği için devlet müdahale etmemelidir.

6 CEDAW komitesinin 19. Tavsiye kararıyla ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Taraf devletler hak ihlallerini önlemede gerekli özeni göstermez ve şiddet eylemini soruşturup cezalandırmazlarsa, özel şahıslar tarafından işlenen eylemlerden ve bunlarla ilgili gerekli tazmini sağlamaktan da sorumludurlar.
- b) Taraf devletlerin aile mahremiyeti nedeniyle aile bireylerinden gelen şiddetle ilgili tazminat sorumluluğu yoktur.
- c) Kadına karşı şiddet özel alanda gerçekleşirse herhangi bir kamu görevlisi tarafından gerçekleştirilmediğinde devletin sorumluluğu yoktur.
- d) Taraf devletler hak ihlallerini önlemede gerekli özeni göstermez ve şiddet eylemini soruşturup cezalandırmazlarsa sorumlu değildir. Taraf devletlerin hiçbir biçimde tazminat yükümlülüğü bulunmamaktadır.

7 Kadınların insan haklarıyla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kadınların insan hakları kavramı, kadınların cinsiyetleri dolayısıyla uğradıkları insan hakları ihlallerinden dolayı ortaya çıkmıştır.
- b) Kadınların insan haklarının, insan haklarıyla ilgisi yoktur.
- c) Kadınların insan haklarının görülmemesinde kamusal alan özel alan ayrımı etkili olmuştur.
- d) Kadınların insan haklarıyla ilgili CEDAW önem taşımaktadır.

8 Aşağıdakilerden hangisi Birleşmiş Milletlerin kadınların maruz kaldığı şiddeti tanımlama üzere geliştirdiği tanımda vurgulanan bir husus değildir?

- a) Ailenin kutsallığının vurgulanması
- b) Şiddetin cinsiyet temelli oluşu
- c) Özel alan kamusal alan ayrımı yapmaması
- d) Olumsuz sağlık sonuçlarına vurgu

9 Kadına yönelik şiddetin nedenini açıklamak üzere geliştirilen yaklaşımlar arasında bulunmayan hangisidir?

- a) Ekolojik model
- b) Güç ve kontrol kurma yaklaşımı
- c) Sosyal psikiyatrik yaklaşım
- d) Şiddet döngüsü

10 Türkiye’de kadına yönelik şiddete dair durum için aşağıdakilerden hangisi söylenebilir?

- a) Kadınlar yaşadıkları şiddeti en çok sağlık çalışanlarına ifade etmektedir.
- b) Kadının gelirinin erkekten fazla olduğu durumlarda şiddet daha az görülmektedir.
- c) Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasına göre her üç evlenmiş kadından biri fiziksel şiddet görmektedir.
- d) Kadınların maruz kaldığı kadına yönelik şiddetin görülme sıklığı yıllar içinde azalmaktadır.

Ek-3: Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarla Psikolojik Değerlendirme Görüşmesi Bilgisi Test Soruları

1 Şiddete maruz kalmış kadınla görüşme yapmanın amacı _____ .

- a. Güven ilişkisi kurmaktır.
- b. Doğru bilgiye ulaşmaktır.
- c. Kendini rahat hissedeceği ortam yaratmaktır.
- d. Terapötik işbirliği kurmaktır.

2 Danışanla güven ilişkisinin kurulumunda hangi değişken önem arz eder?

- a. Mekan özellikleri
- b. Zaman sınırı
- c. Doğru bilgi ulaşma stratejileri
- d. Hepsi

3 Aşağıdaki seçeneklerden hangisi görüşme öncesi lojistik hazırlık ögesi değildir?

- a. Mekan
- b. Oturma pozisyonu
- c. Zaman
- d. Görüşme taslağı

4 Görüşmenin tanışma ve giriş kısmında aşağıdaki konulardan hangisi hakkında bilgi verilir?

- I. Kim olduğunuz bilgisi**
- II. Görüşmenin amacı**
- III. Görüşmenin süresi**
- IV. Görüşmenin sonunda ne yapılacağı**

- a. I, II, III ve IV
- b. I, III ve IV
- c. II, III ve IV
- d. I, II ve III

5 Aşağıdaki seçeneklerden hangisi etkin dinlemenin özelliği değildir?

- a. Dinleyici, tutumlarını konuşmaya taşımaz.
- b. Sözler kadar sözel olmayan ifadeler de önemlidir.
- c. Konuşmacı sözel ve sözel olmayan mesajlarla desteklenir.
- d. Dinleyici de en az konuşmacı kadar sürece aktif katılır.

6 Şiddete maruz kalmış kadınla yapılacak görüşme süresince izlenecek yol haritasında (görüşme formatında) hangi başlık diğerlerinden daha çok önem arz eder?

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| a. Önemli yaşam olayları | b. Genel sağlık durumu |
| c. Temel yakınma ve şikayetleri | d. Beklentileri |

7 Hangisi travmatik yaşantının ayırt edici özelliklerinden değildir?

- a. Olağan baş etme becerilerini kullanmaya devam edebilir
- b. Muhakeme etme gücünü kaybeder
- c. Beden bütünlüğüne yönelik tehditle, şiddetle ya da ölümle yüz yüze gelir
- d. Kaçma-savaşma-donup kalma tepkileri verebilir

8 Şiddet yaşantısını anlatırken tedirgin olan bir danışana yönelik en uygun müdahale hangisidir?

- a. Soru sormaya devam edilmeli
- b. Tamamen güvende olduğu söylenmeli ve ikna edici bir ses tonuyla devam etmesi yönünde cesaretlendirilmeli
- c. Başka birisinden yardım istenmeli
- d. Üstünde durulmamalı

9 Aşağıdaki seçeneklerden hangisi görüşme sırasında bireyi tehdit eden konulardan değildir?

- a. Cinsellikle ilgili konular
- b. Ergenlik dönemiyle ilgili konular
- c. Madde kullanımıyla ilgili konular
- d. Yaşadığı travmanın detaylarıyla ilgili konular

10 Hangi özellikteki kişi ‘zor danışan’ olarak kabul edilir?

- a. Konuşma isteksizliği olan kişi
- b. Konuşurken tedirgin olan kişi
- c. Öfkeli kişi
- d. Aralıklarla konuşan kişi

EK-4: Kadına Yönelik Şiddetle Mücadeleye İlişkin Mevzuat Bilgisi Test Soruları

1 Aşağıdakilerden hangisi hastanelerin acil servislerinde çalışan sağlık personelinin şiddet gören bir kadın ile karşılaştığında ilk yapacağı işlerden biridir?

- a) Şiddet gören kadınla ayrı bir odada yalnız konuşmak
- b) Şiddet gören kadının yakınları ile ayrıntılı olarak görüşmek
- c) Acil servisin güvenliği açısından başhekimine haber vermek
- d) Aile içindeki bu sorun için kadının evine dönmesini sağlamak

2 Aşağıdakilerden hangisi kadına yönelik şiddetin kadının cinsel sağlığı/üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden birisi değildir?

- a) İstenmeyen gebelikler
- b) Ölü doğumlar
- c) Rahim içi aracın etkililiğinin azalması
- d) Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

3 Aşağıdakilerden hangisi kadına yönelik şiddete maruz kalan kadınlarla ilgili bilgilerin kayıt altına alınmasında uyulması gereken prensiplerden biri değildir?

- a) Kadına ait kayıtlar tutulurken yazılacaklar kadınla birlikte belirlenmelidir.
- b) Kayıtlar doğru, eksiksiz olmalıdır.
- c) Kadına yönelik şiddeti ICD-10 kodlama sisteminde Y06, Y07 ve T74 başlıklarını kullanarak kaydedebiliriz.
- d) Sağlık kuruluşlarında şiddete maruz kalan kadınların bilgisi herkesin görebileceği şekilde kaydedilmelidir.

4 Aşağıdakilerden hangisi cinsel şiddetin üreme sağlığı ile ilgili sonuçlarından değildir?

- a) Cinsel isteğin azalması, yok olması
- b) Cinsel ilişkide genital irritasyon
- c) İstenmeyen gebelikler ve düşükler
- d) Somatik yakınmalarda artış

5 Akut cinsel saldırıda örnek alma ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Akut cinsel saldırı sonrası delillerin kaybolmaması için muayene ve örnek alımı en kısa zamanda yapılmalıdır.
- b) Cinsel saldırı sonrası alınacak örnekler delil niteliği taşıdığından saldırıya uğrayan kadın örnek vermek istemese de kadının hak kaybını önlemek için örneklerin alınması sağlanmalıdır.
- c) Alınan örnekler hızla ve soğuk zincirde ilgili laboratuvara gönderilmelidir.
- d) Muayene sadece genital bölgeyi değil, tüm vücudu kapsar şekilde yapılmalıdır.

6 Şiddet gören kadınla ilgili sağlık personeli tarafından risk değerlendirmesi yapılmasının yararları aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Durumu tehlike taşıyan kadın ve çocuklarını hayati tehlikelerden korumak için acil önlemler alınabilir.
- b) Şiddete maruz kalan kadına evlilik hayatlarını düzenlemeleri için gerekli eğitim verilerek aile bütünlüğü sağlanabilir.
- c) Şiddetle ilgili durumu tehlikeli olmayan kadınların erken dönemde sağlık sorunların atanı konarak tedavisi sağlanabilir.
- d) Şiddet uygulayan kişiye öfke kontrolü konusunda eğitim verilerek olası riskler önlenir.

7 Şiddet mağduru kadın aile hekimliği birimlerine başvurduğunda değerlendirmede riski yüksek bulunmuşsa, ancak evine dönmek istiyorsa neler yapılabilir?

- a) Evlilik içindeki bu sorunlarını eşiyle konuşarak çözmeleri söylenebilir.
- b) Evden ayrılmak zorunda kaldığında nereye gideceğini belirlemesi söylenir.
- c) Kadının eşiyle de görüşerek öfke kontrolü programına katılması önerilir.
- d) Çatışma çözümü konusunda eşlerin birlikte katılacağı bir eğitim planlanır.

8 Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kadına yönelik şiddet olguları adli olgulardır.
- b) Adli olgu bildirimini yasal bir zorunluluk olup bu husus TCK 280. Maddede düzenlenmiştir.
- c) Kişinin talep etmesi durumunda adli rapor düzenlenir ve olgunun bildirimi yapılır.
- d) Adli raporlar “Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber” kullanılarak düzenlenir.

9 Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Adli raporlar yaralanmanın ağırlığını ve şiddetini gösterir.
- b) Yaralanmada silah kullanılması durumunda şikâyet aranmaksızın verilecek ceza yarı oranında artırılır.
- c) Adli raporlar düzenlenirken fiziksel bulguların yanı sıra ruhsal bulgular da dikkate alınmalı, hastanın psikiyatrik değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- d) Acil serviste bilinci kapalı halde müşahede altında tutulan kadının adli olgu bildirimini hasta kendine geldikten ve onamı alındıktan sonra yapılmalıdır.

10 Aşağıdakilerden hangisi kadına yönelik şiddeti önlemede üçüncül koruma kapsamındadır?

- a) Şiddetin kadın ve çocuklar üzerinde yarattığı sonuçların azaltılması
- b) Şiddete maruz kalan kadının travma tedavisinden yararlanması
- c) Şiddet ile ilgili toplumda farkındalığın artırılması için eğitim verilmesi
- d) Şiddet ortaya çıktığında hemen fark edilerek etkilerinin en aza indirilmesi.

Ek-5

İL EĞİTİM PROGRAMI

SAATLER	OTURUMUN ADI
08:15 / 09:15	Tanışma, Beklentilerin Değerlendirilmesi, Ön-Testin Uygulanması
09:15 / 09:30	ARA
09:30 / 10:30	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Temel Kavramlar Toplumsal Cinsiyete Dayalı İş Bölümü
10:30 / 10:45	ARA
10:45 / 12:00	Bir Sağlık Sorunu Olarak Kadına Yönelik Şiddet
12:00 / 13:00	YEMEK ARASI
13:00 / 14:00	Kadına Yönelik Şiddet Olgularına Yaklaşım ve Mağdur Kadınla Görüşme
14:00 / 14:15	ARA
14:15 / 15:15	Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Çalışanının Rolü Mağdur Kadına Sunulan Hizmetler
15:15 / 15:30	ARA
15:30 / 16:30	Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Uluslararası ve Ulusal Düzenlemeler
16:30 / 17:00	Son-Testin Uygulanması, Eğitimin Değerlendirilmesi ve Kapanış