

KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN SAĞLIK ETKİLERİ

Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*

Öz: Temeli toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan kadına yönelik şiddet, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve milyonlarca kadın ve kız çocuğunun yaşamını ve sağlığını etkileyen ağır bir insan hakları ihlalidir. Kadına yönelik şiddet, kadın mortalitesini ve morbiditesini etkileyen önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar doğrudan kadına yönelik şiddetin neden olduğu ölümler, yaralanmalar ve sakatlıklar olduğu gibi, birçok sağlık sorununun ortaya çıkışını kolaylaştıran, iyileşmeyi geciktiren, tedaviye uyumu bozan etkilere de sahiptir ve uzun vadede fiziksel ve psikolojik sonuçlara neden olarak kadınların yaşamlarının birçok alanını etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, cinsiyet eşitsizliği, şiddetin sağlık sonuçları

Violence Against Women and Health

Abstract: Violence against women, rooted in gender inequality, is a major public health problem and a grave human rights violation that affects the lives and health of millions of women and girls. Violence against women causes significant problems affecting women's mortality and morbidity. These problems, in addition to the deaths, injuries and disabilities caused directly by violence against women, also have effects that facilitate the emergence of many health problems, delay recovery, and impair compliance with treatment, and affect many areas of women's lives by causing long-term physical and psychological consequences.

Key words: Violence against women, gender-based violence, gender inequality, health consequences of violence

1. Giriş

Birleşmiş Milletler (BM) 1993 yılında kadına yönelik şiddeti; "ister kamusal, isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten ve ekonomik ihtiyaçlardan yoksun bırakma" şeklinde tanımlamıştır [UN, 1993; Coomaraswamy, 2003].

Kadına yönelik şiddet, kökleri toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve milyonlarca kadın ve kız çocuğunun yaşamını ve sağlığını etkileyen, ağır bir insan haklarının ihlalidir. Nitekim BM Kadınlara

Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi (CEDAW) Komitesi de kadına yönelik şiddeti **toplumsal cinsiyete dayalı şiddet** (TCDŞ) olarak tanımlamaktadır. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet; "bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da orantısız bir şekilde kadınları etkileyen" şiddettir. Bu şiddet türü, erkekler ve kadınlar arasındaki "eşitlikçi olmayan güç ilişkilerinin tarihsel bir göstergesi" ve "erkeklerle karşılaştırıldığında kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın çok önemli toplumsal mekanizmalarından biri" olarak ve TCDŞ'nin, kadınların insan haklarından yararlanmasını ağır şekilde etkileyen bir ayrımcılık biçimi olduğunu belirtilmektedir [CEDAW, 1994].

*Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü ve Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara (ORCID No.:0000-0003-0650-2952)

Geliş Tarihi / Received : 22.10.2024

Kabul Tarihi / Accepted : 17.11.2024

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddetin kabul edilebilirliğine ilişkin normlar, kadına yönelik şiddetin temel nedenidir. Kadına yönelik şiddet ve ayrımcılık birbirleriyle çok yakından ilişkilidir. Kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sürdürülmesiyle ilgili kullanılan bir tehdit, bir araç olarak görülmektedir. Kadınlar, kendilerine verilen rolleri yerine getirmedikleri düşünüldüğünde erkekler tarafından şiddet görek cezalandırılmakta ve toplumdaki rolleri hatırlatılmaktadır. Kadına yönelik şiddet, farklı şekillerde ifade edilse de sorunun altta yatan temel nedenini açık bir şekilde ortaya koyması açısından bu metinde bundan böyle "Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet" (TCDŞ) olarak ifade edilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de 2002 yılında "eşler arası şiddet" tanımını yapmış; "özel bir ilişkide fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol etme davranışı şeklindeki eylemlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, cinsel ve psikolojik zarara neden olan davranış" olarak tanımlamıştır. Bu tanım halen birliktelikleri süren ya da ayrılmış bütün çiftleri kapsamaktadır [WHO, 2002].

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, hem **temel insan hakları ihlali** olarak hem de dünyada ve ülkemizde yaygın olması, akut ve kronik etkileriyle **kadında sağlığını olumsuz etkilemesi ve yeti kaybına neden olmasının** yanı sıra **kadın cinayetleriyle kadınların ölümüne** kadar varabilen sonuçları nedeniyle önemli bir "**Halk Sağlığı sorunu**" olarak nitelendirilmektedir. Bir ilişkide kadının erkeğe, erkeğin kadına şiddet uygulaması olasıdır. Ancak, pek çok araştırma sonuçları eşler arası şiddet sorununda şiddeti yaygın bir şekilde yaşayanların kadınlar olduğunu göstermiştir.

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik özellikte olabilir. Ayrıca, kişinin yaşamının kontrol altında tutulması ve temel yaşamsal gereksinimlerinin karşılanmaması, ihmal edilmesi, kişiye çeşitli gerekçelerle baskı uygulanması, özgürlüklerinin kısıtlanması da diğer şiddet türleridir. 1990'lı yıllardan itibaren TCDŞ konusunda artmaya başlayan araştırmalar; her ülkede, her yaşta, her gelir ve öğrenim düzeyindeki, evli-bekar ya da boşanmış kadınların şiddet ile karşılaşabildiğini göstermektedir. DSÖ, dünya genelinde kadınların yaşamları boyunca yaklaşık üçte birinin yakın partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete ya da partneri dışında cinsel şiddete maruz kaldığını

tahmin etmektedir. Bu şiddetin çoğu yakın partner şiddetidir. Dünyada 161 ülke ya da bölgeden 2000-2018 arasındaki toplam 366 araştırmayı inceleyen bir araştırmanın sonuçlarına göre; 15-49 yaş arası partneri olan kadınların yaklaşık üç kadından birinin (%27) yakın partnerinden fiziksel ya da cinsel ya da her ikisi birden, şiddet gördüğünü ortaya koymuştur (**Sardinha ve ark., 2022**). Bu araştırmada da belirtildiği gibi, dünyada milyonlarca kadının ve çocuğun yaşamını etkileyen sağlık sorunlarına neden olan eş şiddeti, görüldüğü gibi yaygın bir sorundur.

Birleşmiş Milletler kadın kuruluşu olan UN WOMEN, 2023 yılında tüm dünyada her 10 dakikada bir, eşleri ve aile üyelerinin bir kadını veya kız çocuğunu kasten öldürdüğünü bildirmektedir. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddete karşı "16 Günlük Aktivizm" kapsamında toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin acil bir kriz durumu olduğunu ve kadına ve kız çocuklarına yönelik şiddetin bahanesi olmadığını belirtmektedir. Ayrıca, 1995'de yayınlanan Pekin Deklarasyonu'nun 30. yıldönümüne yaklaşırken her yıl 25 Kasım'dan itibaren ele alınan bu "16 Günlük Aktivizm" döneminin, ülkelerin verdikleri taahhütleri canlandırmak, karar vericilerin hesap vermelerini istemek ve eylem çağırısı yapmak için bir fırsat olduğunu, ülkelerin toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik adım atmaları için planlar oluşturmalarının gerekliliğini vurgulamaktadır (**UN WOMEN, 2024**).

COVID-19 pandemisi sırasında uygulanan karantinalar ve bunun sosyal ve ekonomik etkileri, kadınların şiddet uygulayan partnerlere ve bilinen risk faktörlerine maruz kalma oranını artırırken, hizmetlere erişimlerini de kısıtlamıştır. İnsani krizler ve yerinden edilme durumları, partnerler tarafından uygulanan şiddetin yanı sıra partner olmayanların cinsel şiddetini de arttırabilmekte ve aynı zamanda kadına yönelik yeni şiddet biçimlerine de yol açabilmektedir (**WHO, 2024**).

Türkiye, kadına yönelik şiddette OECD ülkeleri arasında ne yazık ki ilk sırada yer almaktadır. 2023 yılında Türkiye'de 417 kadın, 2024 yılı Kasım ayına kadar ise 397 kadın önlenebilir bir neden olan TCDŞ sonucu öldürülmüştür. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2014 yılında ulusal düzeyde en son yapılmış olan Kadına Yönelik Şiddet Araştırması'na göre; %16'sı "ağır" şiddet olmak üzere, her üç kadından birinin (%35,5) eşinden fiziksel şiddet gördüğü, %38'inin ise fiziksel ve/veya cinsel şiddet gördüğü bilinmektedir (**HÜNEE, 2015**).

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın 25. yılında 2019'da yapılan Nairobi Zirvesi'nde, TCDŞ yeniden ele alınmış ve üç sıfır hedefinden biri olarak TCDŞ'in ve erken yaşta ve zorla evlendirmeler ve genital sakatlama (FGM) gibi geleneksel zararlı uygulamalarda dahil 2030 yılına kadar sıfıra indirilmesi hedeflenmiştir (**Nairobi Summit on ICPD25, 2019**). Yaygın, ancak önlenabilir bir sorun olarak kadına yönelik şiddet konusunda ülkelerin, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) için taahhütlerini yerine getirme yolunda olmadığı belirtilmektedir (**Sardinha ve ark., 2022**).

2. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet ve Sağlık Etkileri

Dünyada kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet ayrımcılığına bağlı şiddet, (Çin'de ve Hindistan'da erkek çocuk tercihi nedeniyle cinsiyet temelli isteyerek gebelik sonlandırma-sex selective abortion) konusunda olduğu gibi intrauterin dönemde başlayıp, yaşlılık döneminin sonuna kadar, yaşamının her döneminde kadının karşılaşacağı potansiyel riskler arasında yer almaktadır.

Ne yazık ki, şiddet mağduru kadınlara sağlık personelinin sağlık hizmeti sunması konusunda yetersizlikler yaşanmaktadır. Oysa, sağlık personeli şiddet mağduru kadın ve kız çocukları için ilk temas edilen meslek gruplarından biridir. Şiddete maruz kalan kadınlar birçok özel konularını paylaştıkları gibi güven duydukları sağlık personeli ile konuşabilirler. Gelişmekte olan ülkelerde, kadınların üreme sağlığı hizmetleri için birinci basamak kuruluşlara yaptıkları ziyaretler aynı zamanda herhangi bir sağlık kurumuna yaptıkları tek ziyaret niteliği de taşıyabilmektedir. Bu nedenle söz konusu ziyaretler mağdurların TCDŞ açısından değerlendirilmesi açısından önemli bir fırsattır (**UNFPA, 2001**).

Bu başvurularda sağlık personelinin yeterli ve uygun yanıtı veremediği durumlarda kadının zarar görme, hatta yaşamını kaybetme ihtimali vardır. Bilinmesi gereken gerçeklerden biri, şiddete maruz kalan kadınlar, kalmayanlara nazaran sağlık hizmetlerini daha fazla kullanırlar. Bu nedenlerle sağlık personeli, TCDŞ tanısı açısından önemli bir insan gücüdür. Sağlık personeli şiddet gören kadını, sonradan karşılaşılabileceği şiddetten korumada, güvenlik planı oluşturarak veya gerekiyor ise sığınma evi dahil diğer hizmetlere yönlendirerek desteklemede önemli rol oynar.

Ancak, TCDŞ açısından sağlık personeli için bazı engeller söz konusu olabilir. Bunlar; sağlık personelinin konuyla ilgili yetersiz bilgi ve beceriye sahip

olması, danışmanlık ve tıbbi bakım için zaman yetersizliğinin olması, destek hizmetler konusunda yetersiz bilgiye sahip olması olabilir. Sağlık kurumlarına giden kadınlara, şiddet semptomları taşımalarına rağmen, genellikle konuyla ilgili sorular yöneltilmemektedir. Bazı sağlık personeli de şiddet mağdurlarının ihtiyaçlarının ve sorunlarının kendilerinin iş yükünü artıracacağı endişesini taşımaktadır. Sağlık hizmetini sunanlar şiddet vakalarını tanıma ve TCDŞ'i ele alma konusunda eğitim almadıkları için ve kendilerine bu alanda destek sunacak kurumsal bir temel olmadığı için de kendilerini konuya müdahalede bulunamayacak kadar çaresiz hissedebilir. Ayrıca, gizlilik kuralı ve zorunlu bildirim birbiriyle çelişiyormuş gibi görünmesi, malpraktis yasası nedeniyle sağlık personelinin özellikle doktorların inisiyatif almaktan çekinmeleri söz konusu olabilir. Şiddet uygulayan kişinin sağlık personeli tehdit etmesi ya da sağlık personeline de şiddet uygulaması olabilir. Ayrıca, kendi tutum ve yanlış düşüncelerinden dolayı şiddet gören kadını suçlaması veya eş şiddetini "özel" bir sorun olarak algılaması, geçmişte kendisinin şiddete maruz kalması ve bu nedenle şiddet hakkında konuşurken rahatsız olması gibi konular olabilir.

TCDŞ'e maruz kalan kadın açısından da bazı engeller olduğu bilinmelidir. Bunlar; utanma, suçluluk, gördüğü şiddetten kısmen veya tamamen sorumlu olduğu duygusu, şiddet uygulayan kişiden tekrar şiddet göreceği korkusu, aileleri ve toplum tarafından damgalanma ve sosyal dışlanmaya uğrayacağı korkusu, şiddet gören kadın, böylesi zor olmaya başlayan bir düzeyde destek aramasının ve desteği kabul etmesinin, uzun vadede kendine duyduğu güveni ve saygısını zedeleyeceği düşüncesi, çocuklarının güvenliği için seçeneklerinin eksikliği ve velayetini kaybedeceği korkusu, maddi kaynaklar, ev, iş veya güvenlik gibi gerçekçi seçeneklerin eksikliği ve göçmen/mülteciler için şiddet uygulayan bir eşten ayrı düştüğünde geçici göçmenlik statüsünü kaybedeceği korkusu söz konusu olabilir.

Kadına yönelik şiddet, kadın mortalitesini ve morbiditesini etkileyen önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar doğrudan kadına yönelik şiddetin neden olduğu ölümler (kadın cinayetleri, intiharlar veya intihara zorlama vb.), yaralanmalar ve sakatlıklar olduğu gibi, birçok sağlık sorununun ortaya çıkışını kolaylaştıran, iyileşmeyi geciktiren, tedaviye uyumu bozan etkilere de sahiptir ve uzun vadeli psikolojik ve fiziksel sonuçlara neden olarak kadınların yaşamlarının birçok alanını etkileyebilir.

Kadına yönelik şiddetin sağlık sonuçları şu şekilde gruplanabilir (WHO, 2003):

I. Öldürücü sonuçlar

- Cinayet
- İntihar
- Anne ölümü

II. Öldürücü olmayan sonuçlar

a. Fiziksel sağlık

- Ağrı
- Kalıcı fonksiyonel bozukluk
- Subjektif sağlığın bozulması
- Obesite

b. Kronik durumlar

- Kronik ağrı sendromu
- İrritable barsak sendromu
- Gastrointestinal düzensizlikler
- Somatik şikayetler
- Fibromiyalji

c. Üreme sağlığı

- İstenmeyen gebelikler
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, HIV/AIDS
- Jinekolojik problemler
- Sağlıksız düşükler
- Gebelik komplikasyonları
- Erken doğum
- Düşük doğum ağırlıklı bebek
- Pelvik inflamatuvar hastalık

d. Mental sağlık

- Post-travmatik sendrom
- Depresyon
- Anksiyete
- Fobi-panik atak
- Yeme düzensizlikleri
- Uyku bozuklukları
- Cinsel disfonksiyonlar
- Benlik saygısının yitimi
- Madde kullanımı

e. Olumsuz sağlık davranışları

- Sigara içme
- Alkol ve madde kullanımı
- Cinsel risk alma
- Fiziksel aktivite azlığı
- Oburluk/aşırı yemek yeme

2.1. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin fiziksel sağlık üzerindeki olumsuz sonuçları;

Ölüme kadar gidebilen karın ve göğüs kafesi yaralanmaları, künt karın travması, kafa travması, kırıklar, çürük, ezik ve sert cisimlerin oluşturduğu izler, yırtık ve kesikler, cerrahi müdahale gerektiren oral, farenjeal, vajinal, anal travmalar, göz içi yaralanmalarıdır. Yakın partner şiddeti gören kadınların %42'sinin bu şiddetin sonucu olarak "yaralanmaların" ortaya çıktığı bildirilmektedir (WHO, 2024). Ayrıca; somatizasyon, kronik ağrı sendromu (baş

ağrısı, sırt ağrısı, kas ağrısı, pelvik ağrılar vb.), sindirim sistemi bozuklukları, kronik mide-barsak bozuklukları, irritable barsak sendromu, gebelikle ilgili düşükler, erken doğum vb. sorunlardır.

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin neden olduğu fiziksel sağlık sorunları yanında; alkol ve madde kötüye kullanımı, sigara içme, depresyon ve anksiyete, yeme ve uyku bozuklukları, utanç ve suçluluk duyguları, fobiler ve panik bozuklukları, ilişki kurmada/cinsel ilişkide güçlük, fiziksel inaktivite, azalmış benlik saygısı, post travmatik stres bozukluğu, psikosomatik bozukluklar, fiziksel işlevsellikte azalma, intihar ve kendine zarar verme davranışı, güvenli olmayan cinsel davranışlar gibi psikolojik ve davranışsal sonuçları da mevcuttur. TCDŞ biçimleri depresyona, travma sonrası strese ve diğer kaygı bozukluklarına, uyku güçlüklerine, yeme bozukluklarına ve intihar girişimlerine yol açabilmektedir. DSÖ'nün 2013 yılında kadına yönelik şiddetle ilişkili sağlık yüküne ilişkin araştırmasının analizi, yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların depresyon ve alkol sorunu yaşama olasılığının neredeyse iki kat daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır (WHO, 2024).

Kadınlarda jinekolojik bozukluklar, infertilite, pelvik inflamatuvar hastalık, gebelik komplikasyonları/düşükler, erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek doğumu, cinsel işlevlerde bozukluklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/Hepatit-B ve HIV/AIDS, sağlıksız düşükler, istenmeyen gebelikler gibi **cinsel sağlık ve üreme sağlığı sonuçları**, AIDS'e bağlı ölümler, anne ölümleri, cinayet, intihar ya da intihara sürüklenme gibi şiddetin **ölümcül** sonuçları vardır.

TCDŞ, kadınlarda istenmeyen gebeliklere, isteyerek düşüklere, jinekolojik sorunlara ve HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) yol açar. DSÖ'nün 2013 yılında kadına yönelik şiddetle ilişkili sağlık yüküne ilişkin araştırması, fiziksel veya cinsel istismara uğrayan kadınların, partner şiddetine maruz kalmamış kadınlara göre CYBE'na ve bazı bölgelerde HIV'e yakalanma olasılığının 1,5 kat daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, aynı çalışmada şiddet gören kadınların kürtaj yaptırma olasılıklarının da iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Gebelikte yakın partner şiddeti aynı zamanda düşük, ölü doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek olasılığını da artırmaktadır. 2013'te yapılan aynı araştırma, partner şiddetine maruz kalan kadınların düşük yapma olasılığının %16, erken doğum yapma olasılığının ise %41 daha yüksek olduğunu göstermiştir (WHO, 2024).

3. Kadına yönelik şiddetin çocuk sağlığına etkisi

Ev içi şiddet, çocukların sağlığını da olumsuz etkiler. Şiddetin olduğu ailelerde büyüyen çocuklar çeşitli davranışsal ve duygusal bozukluklara maruz kalabilmektedir. Bunlar aynı zamanda yaşamın ilerleyen dönemlerinde kendisinin de şiddet uygulaması veya şiddete maruz kalması şeklinde ortaya çıkabilir (**WHO, 2024**). Ev içinde şiddete tanık olan veya şiddete uğrayan çocuklarda, anksiyete, depresyon, öğrenme güçlüğü, duyu ve davranış bozuklukları, sonraki yaşamlarında daha fazla şiddete maruz kalma, okul başarısızlığı, post travmatik stress bozukluğu, somatik yakınmalar, anti-sosyal davranış, fobi, uyum sorunları, içe kapanma gibi sorunlar görülmektedir. Bunlar tıbbi olarak erken müdahale edilmesi gereken durumlardır.

4. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin önlenmesi ve buna müdahale edilmesi çok sektörlü (sağlık sektörü, kolluk güçleri, adalet sistemi, sosyal hizmetler vb) bir yaklaşımı gerektirir.

Sağlık sektörü şunları yapabilir (**WHO, 2024**):

Kadına yönelik şiddetin kabul edilemez hale getirilmesini ve bu şiddetin bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasını savunmak.

Kapsamlı hizmetler sağlamak, sağlık hizmeti sunanları şiddet gören kadınların ihtiyaçlarına bütünsel ve empatik bir şekilde yanıt verme konusunda duyarlı hale getirmek ve eğitmek.

Şiddete maruz kalan kadın ve çocukların erken tespit edilmesi ve uygun yönlendirme ve desteğin sağlanması yoluyla şiddetin tekrarının önlenmesi.

Gençlere öğretilen yaşam becerileri ve kapsamlı cinsellik eğitimi müfredatının bir parçası olarak eşitlikçi toplumsal cinsiyet normlarını teşvik etmek .

Nüfusa dayalı araştırmalar yürüterek veya kadına yönelik şiddeti nüfusa dayalı demografik ve sağlık araştırmalarının yanı sıra sürveyans ve sağlık bilgi sistemlerine dahil ederek neyin işe yaradığına ve sorunun büyüklüğüne dair kanıt üretmek.

Sağlık personeli, şiddet gören kadını sonradan karşılaştığı şiddetten korumada, güvenlik planı oluşturarak veya gerekiyorsa sığınma evi dahil diğer hizmetlere yönlendirerek desteklemede önemli rol oynar. Sağlık personeli, kadına yönelik şiddetin

prevalansını azaltabilir ve şiddet görüldüğünde de etkisini en aza indirebilir. Bunun için halk sağlığı yaklaşımı şöyle ele alınabilir;

❑ Primer (birincil/temel) koruma: Kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve toplumun farkındalığının artırılması

❑ Sekonder (ikincil) koruma: Erken tanı, kadının mahremiyetine ve gizliliğe önem verilerek fiziksel, ruhsal ve üreme sağlığı ile ilişkili sağlık hizmeti ihtiyacının ve tedavisinin saygılı bir şekilde yönetilmesi

❑ Tersiyer (üçüncül) koruma: Uzun süreli danışmanlık, ruh sağlığı ve rehabilitasyon, sosyal, hukuksal ve ekonomik destek için rehberlik ve sevk

Birleşmiş Milletler, 2015 yılında Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Çerçevesinde yapılan araştırmalardan elde edilen kanıtlara ve sistematik incelemelere dayandırılarak kadına yönelik şiddetin önlenmesi programlarının yaygınlaştırılması amacıyla, halk sağlığı ve insan hakları yaklaşımına yönelik adımların ana hatlarını çizen RESPECT (Saygı) yaklaşımını ortaya koymuştur (**WHO, 2019**).

Bu yaklaşım;

R-elationship skills strengthened (İlişki becerilerinin güçlendirilmesi)

E-mpowerment of women (Kadınların güçlenmesi)

S-ervices ensured (Hizmetlerin sağlanması)

P-overty reduced (Yoksulluğun azaltılması)

E-nvironments made safe (Ortamların güvenli hale getirilmesi)

C-hild and adolescent abuse prevented (Çocuk ve ergen istismarının önlenmesi)

T-ransformed attitudes, beliefs, and norms (Tutumlar, inançlar ve normların değiştirilmesi/dönüştürülmesi) olarak belirtilmiştir (**WHO, 2019**).

Kadına yönelik şiddeti önlemede birincil/temel koruma, şiddeti daha ortaya çıkmadan durdurmanın tek yoludur. Bunun için siyasi kararlılık, toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik eden yasaların uygulanması, kadın örgütlerine yatırım yapılması ve kadınların her gün karşılaştığı çeşitli ayrımcılık biçimlerinin ele alınması gerekiyor. Bu konuda temel strateji "**kadının güçlenmesi**"dir. Kadının güçlenmesi; toplumsal cinsiyet bakış açısının ülkenin ana plan ve programlarına, yasalara entegre edilmesi ve uygulamalara yansımalarının garanti edilmesidir.

Kaynaklar

CEDAW, 1994. Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi (CEDAW) Komitesi, 19 sayılı Genel Tavsiye, Kadınlara yönelik şiddet (11. Oturum, 1992), *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, UN Doc. HRIGEN1Rev.1 at 84 (1994), para. 6.

Coomaraswamy R. 2003, *Kadınlara Yönelik Şiddet Özel Raportörü, İnsan Hakları Komisyonu'na Rapor*, UN Doc. E/CN.4/2003/75, para.30.

HÜNEE, 2015. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015, *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*, Ankara

Nairobi Summit on ICPD25. 2019. <https://www.nairobisummiticpd.org/content/about-nairobi-summit> (Erişim tarihi: 27 Kasım 2024)

Sardinha L., Maheu-Giroux M., Stöckl H., Meyer S.R., García-Moreno C. *Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018*. *The Lancet* 2022; Issue: 10327, Vol.: 399: 803–13

UN, 1993. *The UN General Assembly Declaration on the Elimination of Violence against Women CEDAW, General Assembly resolution 48/104, Supp. (No. 49) at 217, U.N. Doc. A/48/49*

UNFPA, 2001. *A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers & Managers*,

UNFPA, Pilot Edition, New York, 2001

UN WOMEN. 2024, *16 Days of Activism against Gender-Based Violence*. https://www.unwomen.org/en/get-involved/16-days-of-activism?gad_source=1&gclid=Cj0K-CQiAo5u6BhDJARIsAAV0DWvE1_Wt7hPv6Wx5PTVZZ-6mOqi6T-yXpp2TCXT-vZSjbpfVgcrdrVjwaAtbMEALw_wcB (Erişim tarihi: 27 Kasım 2024)

WHO, 2002. *World report on violence and health*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim tarihi: 27 Kasım 2024)

WHO, 2003. *Violence Against Women: The Health Sector Responds*, Pan American Health Organization, Occ. Pub. No: 12, Washington D.C, 2003

WHO. 2019. *Violence Against Women*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>(Erişim tarihi: 27 Kasım 2024)

WHO, 2024. *Violence against women, 2024*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>WHO. *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women, Fact sheet. 2024* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112325/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim tarihi: 27 Kasım 2024).