

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**2018-2019 YILLARI ARASINDA ANABİLİM DALIMIZA
BAŞVURAN PARTNER ŞİDDETİ MAĞDURU KADINLARIN
SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE ADLİ
TIP UYGULAMALARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gökhan FİDANCI

**UZMANLIK TEZİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ**

ISPARTA - 2020

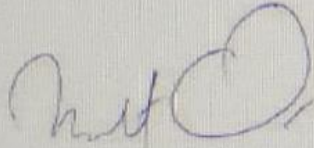
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

TEZ SONUÇ BİLDİRME FORMU

Adı Soyadı	Gökhan FIDANCI
Anabilim/Bilim Dalı	Adli Tıp Anabilim Dalı
Tez Başlığı	2018-2019 Yılları Arasında Anabilim Dalımıza Başvuran Partner Şiddeti Mağduru Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Adli Tıp Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi
Sınav Tarihi	02.04.2020

Yukarıda adı geçen uzmanlık öğrencisi tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve uzmanlık bitirme sınavına girmeye hak kazanmıştır.



Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp
Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp
Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp
Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgisi, deneyimi, alçak gönüllülüğü, asistanlarına ve düşüncelerine verdiği değer ile hekimliğe ve hayata bakış açımı değiştiren, üzerimdeki emeği kelimelerle ölçülemeyecek kadar çok değerli Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR'a,

Tez çalışmam boyunca fikirlerinden sürekli faydalandığım, uzmanlık eğitimim süresince de kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'a, asistanlığım ve tez çalışma sürecinde bilgi birikimi ve deneyimleri ile bana destek olan, abim gibi gördüğüm aynı zamanda tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ'a

Tez jürimde yer alarak beni onurlandıran Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Akça Toprak ERGÖNEN hocama,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve çalışma ortamımızı daha iyi hale getiren, aile fertlerimden biri kadar yakın ve samimi gördüğüm Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki çok değerli asistan arkadaşlarıma ve diğer Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanlarımıza,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gökhan FİDANCI

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
SİMGELER ve KISALTMALAR	VII
TABLO ve GRAFİK DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Aile Kavramı.....	3
2.2 Şiddetin Tanımı.....	3
2.3 Şiddetin Nedenleri.....	4
2.4 Kadına Yönelik Şiddet.....	6
2.5 Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri.....	7
2.6 Aile İçi Şiddet.....	8
2.7 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.....	10
2.8 Aile İçi Şiddet Türleri.....	11
2.9 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Nedenleri.....	14
2.10 Dünya’da ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Durumu..	16
2.11 Aile İçi Şiddetin Yasal Boyutu.....	19
2.11.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ile İlgili Ulusal Belgeler.....	19
2.11.2 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Uluslararası Belgeler.....	24
2.12 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Etkileri.....	28
2.13 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Ruh Sağlığına Etkileri.....	29
2.13.1 Akut Stres Bozukluğu (Akut Gerginlik Bozukluğu).....	30
2.13.2 TSSB (Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu).....	33
2.13.3 Major Depresif Bozukluk.....	36
2.13.4 Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	37
2.14 Türk Ceza Kanununun Adli Travmatoloji ile İlgili Maddeleri.....	38
3. MATERYAL VE METOD	40
4. BULGULAR	41

4.1 Kadınların Yaş Özellikleri.....	41
4.2 Kadınların Yaşadığı Yer Özellikleri.....	41
4.3 Kadınların Kimden Şiddet Gördüğü.....	42
4.4 Kadınların Şiddet Gördüğü Kişilerle Beraber Yaşama Durumu.....	42
4.5 Kadınların Çocuğunun Olup Olmaması Durumu.....	43
4.6 Kadınların Eğitim Durumu.....	43
4.7 Kadınların Meslek Durumu.....	44
4.8 Kadınların Partner ile Birliktelik Sürelerinin Durumu.....	44
4.9 Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Sayısının/Sıklığının Durumu.....	45
4.10 Kadınların Şiddet Gördüğü Yer.....	45
4.11 Şiddet Sırasında Şiddet Uygulayanın Alkollü Olup Olmaması Durumu.....	45
4.12 Kadınların Fiziksel Bulgularının Durumu.....	46
4.13 Kadınların Şiddet Sırasında Yüzüne Yönelik Yaralanma Durumu.....	46
4.14 Kadınlara Uygulanan Şiddetin Şekli.....	46
4.15 Kadınların Şikayetçi Olma Durumu.....	47
4.16 Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalığının Olup Olmaması Durumu.....	48
4.17 Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Nedeniyle İlaç Kullanımı Durumu.....	48
4.18 Kadınların Ruhsal Muayene Bulgularının Durumu.....	49
4.19 Kadınlarda Şiddete Bağlı Ruhsal Hastalık Durumu.....	49
4.20 Kadınlarda Partner Şiddeti Nedeniyle Ortaya Çıkan Ruhsal Hastalıklarının Dağılımı.....	50
4.21 Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Adli Tıp Açısından Sonuçları.....	50
4.22 Kadınların Yaşadığı Yere Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları.....	51
4.23 Kadınların Kimden Şiddet Gördüğüne Göre Şikayetçi Olma Durumları.....	52
4.24 Kadınların Şiddet Gördüğü Kişi ile Beraber Yaşamalarına Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları.....	52
4.25 Kadınların Eğitim Düzeyine Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları.....	53

4.26 Kadınların Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Durumuna Göre Şiddetle Şikayetçi Olma Durumları.....	53
4.27 Kadınların İlköğretim veya Lise-Üniversite Mezunu Olmasına Göre Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Durumları.....	54
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	55
6. ÖZET.....	67
7. SUMMARY.....	68
8. KAYNAKLAR.....	70
9. EKLER.....	78
Ek 1. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	78



SİMGELER ve KISALTMALAR

Ark. : Arkadaşları

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

CEDAW: Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Bildirgesi

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı

GABA: Gama-aminobutirik asit

KSGM: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences, Sosyal Bilimlerde İstatistik Paketi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO ve GRAFİK DİZİNİ

Tablo 1. Kadınların Yaş Özellikleri

Tablo 2. Kadınların Yaşadığı Yer Özellikleri

Tablo 3. Kadınların Kimden Şiddet Gördüğü

Tablo 4. Kadınların Şiddet Gördüğü Kişilerle Beraber Yaşama Durumu

Tablo 5. Kadınların Çocuğunun Olup Olmaması Durumu

Tablo 6. Kadınların Eğitim Durumu

Tablo 7. Kadınların Meslek Durumu

Tablo 8. Kadınların Partner ile Birliktelik Sürelerinin Durumu

Tablo 9. Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Sayısının/Sıklığının Durumu

Tablo 10. Kadınların Şiddet Gördüğü Yer

Tablo 11. Şiddet Sırasında Şiddet Uygulayanın Alkollü Olup Olmaması Durumu

Tablo 12. Kadınların Fiziksel Bulgularının Durumu

Tablo 13. Kadınların Şiddet Sırasında Yüzüne Yönelik Yaralanma Durumu

Tablo 14. Kadınlara Uygulanan Şiddetin Şekli

Tablo 15. Kadınların Şikayetçi Olma Durumu

Tablo 16. Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalığının Olup Olmaması Durumu

Tablo 17. Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Nedeniyle İlaç Kullanımı Durumu

Tablo 18. Kadınların Ruhsal Muayene Bulgularının Durumu

Tablo 19. Kadınlarda Şiddete Bağlı Ruhsal Hastalık Durumu

Tablo 20. Kadınlarda Partner Şiddeti Nedeniyle Ortaya Çıkan Ruhsal Hastalıklarının Dağılımı

Tablo 21. Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Adli Tıp Açısından Sonuçları

Tablo 22. Kadınların Yaşadığı Yere Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 23. Kadınların Kimden Şiddet Gördüğüne Göre Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 24. Kadınların Şiddet Gördüğü Kişi ile Beraber Yaşamalarına Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 25. Kadınların Eğitim Düzeyine Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 26. Kadınların Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Durumuna Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 27. Kadınların İlköğretim veya Lise-Üniversite Mezunu Olmasına Göre Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Durumları

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadınların partnerlerinden şiddet görme oranı çok yüksek seviyelerde olup giderek artmaktadır. Kadının konumu, yaşı, maddi durumu, mesleği, yaşadığı sosyal çevre bu oranları etkileyebilmekte ancak hemen her kadın şiddet mağduru olabilmektedir. Şiddet gören çoğu kadın çoğu kez bunu gizlemekte ve gerek kendi çevresinden, gerek toplumdan, gerek de resmi kurumlardan destek alamamaktadır. Bu durum şiddetin seviyesini ve sayısını arttırabildiği gibi kadının fiziksel ve ruhsal sağlığının daha kötü yönde etkilenmesine neden olmaktadır.

Kadına yönelik şiddet büyük bir halk sağlığı problemidir. Kadına yönelik şiddetin azaltılması, önlenmesi ve engellenmesi için ilk yapılması gereken toplumun eğitilmesidir. Kadını şiddetten korumak ve şiddet uygulayana yönelik yaptırımlar ile şiddetin tekrarlanmasını önlemek gerekmektedir. Kadına yönelik şiddeti önlemede en büyük görev topluma düşerken kadını koruma ve tedbirlerin alınması, tarafların tedavisi ise devletin temel görev ve sorumluluklarındandır.

Ülkemizde şiddet gören kadınlar çoğu zaman sessiz kalmaktadır. Hastanelere, adli makamlara ulaşan az sayıda kadın ise çoğu kez yeterince önemsenmemekte ve kadınlar bir kez daha mağdur edilebilmektedir. Kadına yönelik şiddette ilk olarak ya da adli makamların hemen ardından başvuru yapılan birimler sağlık kurumlarıdır. Bir hekim tarafından yaralanması değerlendirilerek adli raporu hazırlanmakta ve bu rapor kadının maruz kaldığı şiddetin niteliğinin ve karşı tarafa uygulanacak yaptırımın belirlenmesinde kullanılmaktadır. Tıbbi bir delil işlevinde olan bu raporların büyük çoğunluğunda yalnızca fiziksel yaralanma bulguları yer almaktadır. Oysaki şiddet gören kadın fiziksel yaralanmasının yanı sıra ruhsal olarak etkilenmiştir. Bu etkilenim yıllar boyu sürecektir ve günlük işlevselliğini etkileyecek ruhsal hastalıklara hatta intiharlara sebep olabilecek kadar ciddi olabilir. Tıbbi değerlendirmelerde çoğunlukla yalnızca fiziksel bulgular önemsenip ruhsal bulgular kayıt altına alınmamakta hatta kişi bu yönde muayene bile edilmemektedir. Oysaki travmatik bulguların ruhsal bulgular olmadan yalnızca fiziksel açıdan değerlendirilmesi düzenlenen adli raporların sonuçlarının eksik ve yanlış olmasına

neden olmaktadır. Daha da önemlisi yalnızca fiziksel bulguların araştırılması mevcut ruhsal patolojinin tedavi ve takibinin yapılamamasına yol açmaktadır. Bu konuda asıl sorumlu olan hekim, kadının fiziksel yaralanmasının yanı sıra ruhsal bulgularını da değerlendirmeli, gerekirse konunun uzmanı diğer hekimlerden konsültasyon alıp raporunu bu şekilde tamamlamalıdır.

Bu çalışmanın amacı; partner şiddetine maruz kalan kadın hastaların travmaya bağlı ruhsal yakınma ve tanılarını, sosyodemografik özelliklerinin bu sorunları ve adli makamlara şikayet etme durumunu ne şekilde etkilediğini, ruhsal bulguların ve patolojilerin verilen adli rapor sonucunu ne kadar değiştirdiğini ortaya koymaktır. Bu amaçla; toplumumuzdaki kadınların bir örnekleme durumundaki adli olgular retrospektif taranarak; 2018-2019 yılları arasında Adli Tıp Anabilim Dalımıza başvuran partner şiddeti mağduru kadın hastaların muayene ve konsültasyon bulgularını içeren klinik özellikleri ve adli rapor sonuçları sosyodemografik özellikleri ile birlikte adli tıp uygulamaları açısından değerlendirilmiştir

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Aile Kavramı

Aile, kan bağı ve evlilikten köken alan, karı, koca ve çocuklar arasında olan ilişkilerin meydana getirdiği, toplumdaki en küçük birliktir (1).

Aile, içerisinde cinsel yaşamın düzenlendiği, insan türünün devamının sağlandığı, sosyalleşme sürecinin ilk ve etkili bir şekilde gerçekleştiği, üyelerinin kendi aralarında güven verici, samimi ilişkiler oluşturduğu, ekonomik yaşamın da yer aldığı toplumsal bir kurumdur (2).

Ailede kandaşlık bağı gerçek olabileceği gibi, tamamlayıcı varsayılan kutsal bir bağ da olabilir (3).

Aile toplumsal bir birim ve sosyolojik bir kurum olarak ele alınmaktadır (4).

Aile ve psikolojik olarak aile; aile yapısı, ailede bulunan etkileşim ve yaşam döngüsü yönlerinden irdelenebilir. Diğer taraftan, “aile, bütün doyumların, yakın ilişkilerin ve gelişimsel olanakların kaynağıdır” şeklindeki görüşlerin doğru olmadığı durumlar olabilir. Bazen aile duygusal problemlerin, çatışmanın ve gerilimin sebebi de olabilmektedir. Polisiye olaylar, kötü davranılan ve dövülen çocuklar, sadece beraber yeme ve yatma ile sınırlı ilişkiler, cinsel ve duygusal doyumsuzluklar da aile yaşamında olabilmektedir (5) (6).

2.2 Şiddetin Tanımı

Şiddet kelimesinin kökeni Arapçadır ve şedd kelimesinden türemektedir. Hareketin veya kuvvetin seviyesi olarak belirtilmektedir. Özünde aşırılık ve anormal davranışı içerdiğinden uzlaşma çabası yerine kaba kuvveti tercih etme anlamı da taşımaktadır. (7).

Şiddet, “Ailenin Korunmasına Dair 4320 sayılı Kanunun Uygulanması Hakkında Yönetmelik”te; bireylerinin fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel olarak zarar görmesi veya acı çekmesi ile neticelenmesi ihtimali yüksek, özel alanda ya da özel alan dışında meydana gelen fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel ve ekonomik davranışlar şeklinde belirtilmiştir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre şiddet; fiziki gücü elinde bulunduranın bilerek ve isteyerek bir tehdit ya da gerçeklik şeklinde başkasına uygulanması neticesinde, etkilenen kişide çeşitli yaralanmalara, psikolojik zararlara ve hatta ölüme yol açması ya da bu olasılığın bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (9) .

Dünyanın her yerinde değişik şekillerde görülebilen şiddet insan yaşantısının bir parçasıdır. Her yıl bir milyondan fazla sayıda kişi şiddet nedeniyle hayatını kaybetmekte, çok daha fazlası ölümcül olmayan şekilde yaralanmaktadır. (10).

2.3 Şiddetin Nedenleri

Şiddetin çeşitli nedenlerini belirli başlıklar altında toplamak mümkündür:

Şiddetin Biyolojik Nedenleri

Saldırganlıktan genel olarak beynin frontal, temporal lobları ve limbik sistem sorumludur. Serotonin metabolizması, intiharda olduğu gibi şiddet içeren davranış oluşmasında da benzer yollardan etkili olmaktadır. Serotoninin ana metaboliti olan 5-Hidroksiindolasetikasit düzeylerinin, şiddet uygulayanlarda şiddet uygulamayan insanlara göre daha düşük saptanmıştır. Gama-aminobutirik asitin (GABA) ise saldırgan davranışları önleyici olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte norepinefrin ve dopamin seviyelerindeki yükseliş saldırgan davranışları artırmaktadır. Erkeklerde şiddet barındıran davranışların daha çok ortaya çıkması, androjenlerin şiddetin meydana gelmesinde katkısı olduğunu destekler niteliktedir. Aynı şekilde kadınlarda Premenstrual Sendrom, saldırganlığı artırmaktadır. Ancak bunun tıbbi kanıtı henüz bulunamamıştır (11).

Saldırgan davranışların erkeklerde yaşla birlikte azalmaya başlaması, androjenlerin şiddet davranışındaki etkinliğini desteklemektedir (12).

Şiddetin Psikolojik Nedenleri

Freud'a göre insanın kendine zarar verme güdüsü olarak adlandırılan "Thanatos"un ölümlle sonuçlanmasının engellenmesi arzusu bir başkasına saldırganlıkla giderilebilmekte; bu bağlamda da saldırganlık kişinin kendini tahrip etme amaçlı ölüm içgüdüsünün diğer insanlara yönlendirilmesinden köken almaktadır (13).

Psikotik bozukluklardan şizofrenide, paranoid bozukluklarda, manik tip bipolar bozuklukta bazı saldırgan içeren davranışlar olabilmektedir. Nonpsikotik bozukluklardan özellikle antisosyal borderline ve paranoid kişilik bozukluklarında şiddet içeren davranışlarda artış olabilmektedir. Dikkat eksikliği gibi durumlarda da saldırganlıkta artış görülmektedir (11).

Şiddetin Sosyal ve Gelişimsel Nedenleri

Şiddet öğrenilebilir nitelikte bir davranıştır. En başta kişi ailesinden bunu öğrenmektedir. Aile içi şiddetin olduğu ortamda yetişen kişilerin, şiddet gösterme eğiliminde oldukları saptanmıştır (14).

Aile yapısını bozan yoksulluk ve sosyoekonomik faktörlerin varlığı çocukların saldırganlık davranışlarında belirginleşmeye neden olmaktadır (11).

Toplumlardaki yanlış ahlak ve namus anlayışları, bilinçsizce yapılan suçlamalar, iletişim becerilerinin kötü olması, bazı düşüncelerin kışkırtıcı şekillerde ifade edilmesi de şiddetin sosyal nedenleri arasındadır (15).

Alkol, dürtü kontrolünde baskılanma ve muhakeme yeteneğinde düşüşe neden olmaktadır. Kokain, amfetamin, fensiklidin ve sedatif-hipnotik maddeler gibi uyuşturucular da aynı etkiyi gösterdiğinden bunların kullanılması kriminal davranışlara ve saldırganlığa neden olmasının yanı sıra şiddet davranışının da sebebidir (11).

Toplumlardaki şiddet olaylarının ve saldırganlığın artması da bireyleri aynı şekilde etkilemektedir. Örneğin ekonomik krizlerin etkilediği toplumlarda bireylerde saldırganlık dürtüleri şiddetlenmektedir (16).

2.4 Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet; cinsiyete dayalı olan, kadını incitip ona zarar veren fiziksel, ruhsal ve cinsel kayıpla neticelenme ihtimali olan, özel yaşamında ya da başka alanda kadına baskı uygulanmasına ve özgürlüklerinin kısıtlanmasına yol açan tüm davranışlardır (17).

Kadına yönelik şiddet, özgürlüklerin ve temel hakların bir ihlalidir. Kadınlar ve erkek arasındaki güç dengelerinin eşit olmamasından kaynaklanır. Bu sorunun objektif olarak irdelenebilmesi zorlaştıran çoğu toplumun değer sisteminde aile bütünlüğünün üstünlüğüne olan inancın çok yüksek olması kadına yönelik şiddetin objektif olarak değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Kadına yönelik aile içi şiddet genellikle özel alanda olduğu için çoğu zaman gizlenmekte ve bu nedenle boyutlarının tespit edilmesi güç olmaktadır. Şiddetin gayesi, kadının davranışlarını korkuya dayalı olarak kontrol etmektir. Kadının aile içindeki eşitsizliğinden kaynaklanan konumu ve emeklerinin değersizliği, ataerkil toplum yapısında belirlenmiş olan güç ve iktidar ilişkileri doğrultusunda güçlü konumda olan partnerinin onun üzerindeki gücünü göstermek için şiddet uygulamasına neden olmaktadır (18).

Kadına yönelik şiddet; 2011 yılında imzalanan İstanbul Sözleşmesi'nde kadına yönelik şiddet; kadınlara karşı bir insan hakları ihlali ve ayrımcılık olup ister özel yaşamda ister kamusal alanda meydana gelsinler, söz konusu eylemlerde bulunma tehdidi, zorlama veya özgürlüğün rastgele bir biçimde kısıtlanması da dahil olmak üzere, kadınlara fiziksel, psikolojik, cinsel, veya ekonomik zarar ve acı verilmesi sonucuna yol açacak toplumsal cinsiyete dayalı bütün şiddet eylemleri şeklinde tanımlanmıştır. (19).

Şiddet kadının yaşamının her döneminde olabilmektedir. Doğum öncesi dönemde; bebeğin kız çocuk olduğu anlaşıldığında anneye fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet uygulanması, karnının tekmelenmesi, doğum öncesi sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaması, beslenmesinin önemszenmemesi ve bunların anne karnındaki bebeğe etkileri, kız bebeklerin kürtajla aldırılması, annenin kız

olduğu için bebeğini düşürmeye çalışması neticesinde bebeğin ölmesi veya sakatlanması,

Bebeklik döneminde; kız bebeklere fiziksel şiddet, beslenmesinin yeterli düzeyde olmaması,

Çocukluk döneminde; cinsiyetine uygun şekilde davranılmaması, eğitim almasına izin verilmemesi, evlendirilme, cinsel istismar uygulama, fuhuşa zorlanma ve/ya pornografik yayınlarda kullanılma,

Yetişkinlik döneminde; evlilik ve iş ilişkisinde şiddet uygulanması, zorla evlendirilme ya da erkeklerle ilişki kurmasının engellenmesi, fuhuşa zorlama, eğitim almasını engellenme, meslek tercihine müdahale etme,

Yaşlılık döneminde; her türlü şiddet çeşidine maruz kalması, fiziksel ve ekonomik olarak bağımlı kılınması, yaşlı ve kadın olduğu için görevinin sadece çocuk bakmak olduğu ve toplumda görünmez olduğunun hissettirilmesi, kocası ve çocukları tarafından hizmet beklenmesi, yeterli destek göremeyip sorunlarla yalnız başına kalması, cinsel ve duygusal ilişkilerinin sınırlandırılması, sağlık problemlerinin görmezden gelinmesi, fiziksel ve ekonomik bağımlılık sebebiyle ayrılma şartlarının sınırlı olması ve şiddete razı olmak zorunda bırakılması, kadın ve yaşlı olduğundan toplumdan soyutlanması bunlara verilecek örneklerdir.

Kadına yönelik şiddet; aile içi şiddet, erken evlendirilme, zorla evlendirme, berdel, kumalık, ensest, bekaret kontrolü, namus bahanesiyle işlenen cinayetler, asit saldırıları, çeyiz cinayetleri, kız bebeklerin öldürülmesi, kadın ticareti, taciz, tecavüz gibi şekillerde yaygın olarak görülmektedir (20).

2.5 Kadınların Şiddete Katlanma Nedenleri

Şiddete uğrayan kadınlar genellikle buna katlanmaktadır. Araştırmalar şiddeti kolay ifade edemediklerini göstermektedir. Kadınlardan bazıları bir kez şiddete maruz kaldığında yardıma başvurdukları halde bazıları sürekli şiddet görseler bile aynı şartlarda yaşamlarını devam ettirmektedirler. İlk kez fiziksel şiddete maruz kalan bir kadının tekrar şiddetle karşılaşma ihtimali oldukça fazladır. Bu gerçeği

bilen kadın bile bu şartlarda yaşamaya devam edebilmektedir. Kadının bu kısır döngü içinde kalmasına sebep olan faktörler çok karmaşık ve çeşitlidir.

Kadınların neden şiddete katlandığı irdelendiğinde; kendisine kimsenin yardım edemeyeceğini düşünme, yapılacak bir şey olmadığına inanma, ekonomik bağımsızlığının olmaması, şiddetin bütün evliliklerde olduğunu düşünmesi, bir gün biteceğine inanması, yalnız kalmaktan korkması, eğitim seviyesinin düşük olması, işinin olmaması, toplumun ön yargısı nedeniyle dul kalmaktan korkması gibi nedenler sayılabilir. Kadınların çoğu korktuğu için şiddete katlanır. Çocuğun babasına bağımlılığı ve babanın çocuk üzerindeki hakları nedeni ile ayrılmak güçleşmekte ve şiddet hali devam etmektedir. Bununla birlikte kadının şiddet sebebi ile eşinden ayrılmak istemesi tekrar şiddet görme riskini artırmaktadır (17).

2.6 Aile İçi Şiddet

Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair 6284 sayılı Kanun'da aile içi şiddet; aile bireylerinin fiziksel, psikolojik, ekonomik veya cinsel zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanma ihtimali olan hareketler, tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, özel alan veya kamusal alanda meydana gelen, fiziksel, sözlü, psikolojik, cinsel veya ekonomik her türlü tutum ve davranış olarak belirtilmiştir (21).

Aile içi şiddet aile bireylerinden birinin, diğer bir aile bireyini sindirmek, öfkelenmek amacıyla yapılan fiziksel ve sözel davranışlardır. Dövme, cinsel saldırı yaralama, sakat bırakma ve hatta öldürme ile sonuçlanan fiziksel, sözel, beden dili şekillerinde de olmaktadır (22).

Aile içi şiddet aile içinde güçlü olanın fiziksel veya psikososyal olarak baskı kurma amacı olarak karşımıza çıkmaktadır. Her yaş, eğitim seviyesinde, toplumda ve sosyoekonomik grupta olabilmektedir. Şiddetin yarattığı korkunun aile fonksiyonlarına yıkıcı etkisi vardır. Güven duygusu veren, beslenme ve bakım ihtiyaçlarını karşılayan, beden ve ruh sağlığını geliştiren ve koruyan bir kurum olması gereken aile, sıklıkla birçok şiddet çeşidinin beslendiği ve gerçekleştirildiği tek odak olmaktadır. Aile dışında meydana gelen şiddette toplum sorumlu kabul

edilirken, aile içinde meydana gelen şiddet gizli kalıp özel hayat olduğu kabul edilmekte ve çoğu zaman da olağan veya yasal olarak karşılanmaktadır (23).

Kadına yönelik şiddetin tarihi insanlıkla yaşıttır. Mumyalarda yapılan bir çalışmada ölüme sebep olan kafa kırıklarının oranı kadınlarda %30-50, erkek mumyalarda ise %9-20 olarak saptanmıştır. Koca şiddeti, tüm tarih boyunca kabul edilen toplumsal kurallar, medeni olarak bahsedilen yasalarda dahi destek görmekte ve yasal olarak kabul edilebilmektedir. Örnek olarak, 1970'lere kadar kabul gören Pennsylvania kanunlarında, pazar günleri ve saat 22.00'den sonra kocaların karılarını dövmelerinin yasaklanmasıdır (24).

İslam öncesi Araplarda çok basit sebeplerle, Çin'de çocuk doğurmama ve hatta gevezelik gibi sebeplerle erkekler eşlerini boşayabilmekte, eski Hint yasaları kadını bir erkeğe bağlı tutmaktaydı. On dokuzuncu yüzyılın sonlarına kadar evli kadınlar Fransa'da bankada hesap açamazlarken, Almanya'da kadının çocuğunu emzireceği zamanı kocası belirlemekteydi. İngiltere'de kadınlar 1800'lü yıllara kadar kocasının her dediğini haksız dahi olsa yapmak zorundaydı (25).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı'nın çalışmasında, her üç ailenin birinde fiziksel şiddet yaşandığı ve şiddet yaşanan bu hanelerin 3/4'ünde çocukların şiddete tanık olduğu saptanmıştır. Şiddet öğrenilen bir davranış olduğundan bu çocuklar ilerde şiddet uygulamaya daha yatkın olurlar. Bu nedenle problem bireysel değil, toplumsal ele alınmalıdır (26).

1996'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından aile içi şiddetin bir halk sağlığı sorunu olduğu kabul edilmiş ve 2000 yılında bu sorunun önlenmesi amacıyla dört temel konu belirlenmiştir. 1-Şiddet çeşitlerinin tanımlanması ve neticelerinin irdelenmesi, 2-Şiddetin nedenlerinin irdelenerek agresif davranışlara neden olan risklerin belirlenmesi, 3-Şiddeti önlemede atılacak adımların tespiti, 4-Şiddeti azaltma programlarının desteklenmesidir (27).

2.7 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Kadına yönelik aile içi şiddet; aile içerisinde olan, cinsiyete dayalı, kadın üstünde üstünlük ve baskıyı hedefleyen, tehdit ve dayatma içeren; kadının insan haklarını ihlal eden, fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik zararlar sonucunda bulan her türlü eylem veya eylem tehdidi şeklinde tanımlanabilir. Aile içi şiddet uluslararası düzeyde özel olarak yaşanan ve eşlerin kendi aralarında çözüm bulunması gereken bir sorun gibi değerlendirilmiştir. Kadının maruz kaldığı aile içi şiddet bu nedenden ötürü tabu olarak kalmış ve yüzyıllardır tartışma gündeminin uzağında tutulmuştur. Kadın hareketi ancak 20. yüzyılda sorgulamaya, çözüm üretmeye başlamış ve 1970'li yıllardan sonra konuyu dünya gündemine getirmiştir (28).

Kadına uygulanan şiddet her ne kadar kadın ve kocası arasında geçse de, sebepleri toplumun yapısı ve dinamiklerinde olan, sonuçları da kadınları yalnızca bireysel olarak değil, tüm toplumu etkileyen bir olgudur (29).

Kadına yönelik şiddete yaklaşımda iki eğilim söz konusudur. İlkinde kadına yönelik aile içi şiddet, bir suç ve insan hakları ihlali şeklinde kabul edilir. Şiddet davranışlarının hukuksal tanımı yapıp ceza yaptırımlarına yer verilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de temel aldığı ikinci yaklaşımda ise kadına yönelik şiddet bir kamu sağlığı sorunu olarak değerlendirilmekte ve tıbbi model olarak ele alınmaktadır (30).

Kadına yönelik aile içi şiddet bir kuşaktan diğerine aktarılmakta ve sadece şiddet göreni değil, tanık olan kişiler ve çocukların psikososyal gelişimini kötü yönde etkilemektedir (31).

Aile içi şiddetin hemen her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerlerine göre şekillenip tanımlanması ve algılanması bu kapsamda olduğu için şiddet uygulanımı, toplumun meşru gördüğü ve benimsediği bir amaç için gerçekleştiğinde, o davranışın şiddet şeklinde algılanması da güçleşmektedir. (32).

Kadına yönelik şiddet toplumların birçoğunda evliliğin sıradan bir niteliği olarak görülüp kabul görebilir bir davranış olarak algılanmaktadır. (33).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada Türkiye genelinde kadınların %35'inin eşinden en az bir kez fiziksel şiddet gördüğü, doğu örnekleminde ise bu oranın %40 olduğu saptanmıştır (34).

2.8 Aile İçi Şiddet Türleri

Fiziksel Şiddet

Kaba kuvvetin sindirme, korkutma veya ceza aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanabilir (35).

İtmek, sıkıca tutmak, tokat atmak, yumruk ve tekme atmak, ısırarak, saçını çekmek, kolunu bükme, boğmaya çalışmak, bir şeyle vurmak, delici kesici alet kullanmak, ateşli silah kullanmak ve kezzap dökmek, ellerini, ayaklarını ezmek, vücudunda sigara söndürmek, sağlıksız şekilde yaşamasına yol açmak, sağlık hizmetlerinden mahrum bırakma yoluyla bedenen zarara uğratmak gibi eylemler fiziksel şiddet içeren eylemlerdir (17).

2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, İstanbul bölgesinde yaşayan kadınlarda, çocukların bakımını ihmal etmesi, gereksiz harcama yapması, eşine karşılık vermesi, yemeği yakması, cinsel ilişkiyi istememesi gibi durumlar söz konusu olduğunda kocası tarafından şiddet görüp dövülmeyi onaylayanların sıklığı %26.8 olarak saptanmıştır.

Duygusal ya da Sözel Şiddet-Psikolojik şiddet:

Çeşitli kaynaklarda duygusal veya sözel şiddet, bazı kaynaklarda ise psikolojik şiddet olarak geçen şiddet türü aynı dinamikleri içermektedir.

Kadına yönelik duygusal ya da sözel şiddet; sesini yükseltme, bağırma, şiddet göstermekle tehdit etme, gururunu incitme, yok sayma, başkaları yanında küçük düşürme, hissettiklerini, duygu ve düşüncelerini ifade etmesine engel olma, hareket özgürlüğünü kısıtlama, kendi istediği gibi giyinme özgürlüğünü kısıtlama, anne babası akrabaları veya arkadaşlarıyla iletişim kurmasını yasaklama gibi fiziki baskı olmadan gerçekleştirilen ve ruh sağlığını kötü yönde etkileyip bozan eylemlerin tümüdür (36).

Duygusal şiddet, lakap takmak, küfür etmek, görüştüğü kişilerin kim olduğunu sorgulamak, kötü yolda olmakla, çocuğun kendisinden olmayabileceği ile sadakatsizlikle suçlamak, sevmediğini, zorla evlendirildiğini, kendisinden sıkıldığını söylemek, aşırı kıskançlık göstermek, kendisini veya ailesini evden kovmak, başkalarıyla görüştürmemek, hastalığıyla ilgilenmemek gibi çeşitli davranış spektrumlarını da kapsamaktadır. Duygusal şiddet örtülü biçimi olması ile farklılık gösterir. Fiziksel şiddette olduğu gibi görünürde iz bırakmayabilir ama kadının kendine güvenini, kimliğini tamamıyla yok edebilmekte ve hatta fiziksel şiddetten çok daha derin izler bırakabilmektedir. Bazı uzmanlar, fiziksel istismara göre duygusal istismarın etkilerinin daha uzun süreli olacağı ve sürekli aşağılanan, çirkin, aptal, değersiz, kıymetsiz olduğu söylenen kadının zaman içerisinde bunları içselleştirebileceğini ve kendisini de kendini böyle görebileceğini düşünmektedir (37).

Duygusal güç veya ihtiyaçların kadına karşı, kontrol etmek, denetlemek, aşağılamak, küçük düşürmek, cezalandırmak niyetiyle şiddet aracı olarak kullanılması “psikolojik şiddet” olarak adlandırılır. Fiziksel şiddete göre psikolojik şiddetin tanımı daha zordur. Duygusal ihtiyaçların (sevgi, destek, ilgi vb.) kontrol sağlama amaçlı keyfi olarak karşılanması ya da karşılanmaması, duygu sömürüsü yapmak, istediklerini elde etmek için cezalandırıcı, yaralayıcı, küçük düşürücü davranışlar sergilemek, alay etmek, suçlu hissettirmek, küsmek, utandırmak, surat asmak, küfür ve hakaret etmek, kıskançlık adı altında, kiminle nasıl vakit geçirdiğini denetlemek, sosyal ilişkilerini denetlemek, becerini küçümsemek, yaptıklarını devamlı eleştirmek ve kendisini zayıf, akılsız, yetersiz, beceriksiz, aciz, muhtaç hissettirmek, yalnızlaştırıp karar mekanizmalarına katılmasını engellemek, haklarını yok saymak, yakınlarından fiziksel veya duygusal olarak uzak tutmaya çalışmak, istenmediğini, sevilmediğini belirtmek, sorunlu ya da akıl hastası olduğunu hissettirmek, fiziksel görüntüsü ile ilgili hakaret etmek, zorlayıcı taleplerde bulunmak ve yerine getirilmesi halinde birden talepleri değiştirmek, ne hissettiğini, ne düşündüğünü, ne istediğine kadın adına karar verip tanımlamak, çocukları suçlu hissettirme amaçlı kullanmak, onların elinden alınıp kaçırılacağı, gösterilmeyeceği

şeklinde tehdit etmek ve çocuklara şiddet uygulamak kadına yönelik psikolojik şiddet örnekleridir.

Psikolojik şiddet varsa fiziksel şiddet olmayabilir ama fiziksel şiddetin olduğu her durumda psikolojik şiddetin çoğu ögesi bulunmaktadır. Psikolojik şiddet sonrasında fiziksel şiddetin de başlayacağını bir habercisi, uyarıcısı olabilir (38).

Ekonomik Şiddet:

Ekonomik gücün veya paranın tehdit ya da yaptırım aracı olacak şekilde kullanılmasıdır. “Kadının çalışmasına veya kariyerinde ilerlemesine ket vurmak, kısıtlı para vermek ya da hiç vermemek, aile ekonomisi ile ilgili bilgi vermemek, ekonomik kararlarda dışlamak, çalışmayıp kadını çalışmaya zorlamak gibi örnekler bu kapsamda gösterilebilir (35).

Şiddet uygulayıcı kadının geçimini sağlayıp ihtiyaçlarını gidermesini maddi açıdan minimize etmesini isteyerek paraya ve kendisine bağımlı kılmaya çalışır. Bu sebepten fakirliğe düşen kadınlar, daha fazla fiziksel şiddete uğramakta, ruh sağlıkları kötü yönde etkilenmekte ve bu durumdan çocuklar da zarar görmektedir (39).

Kadınların %38’i kendi kazancının harcanmasına kendisinin, %50’si eşi ya da diğer kişilerle birlikte karar verdiğini, %10’u ise kararda yeri olmadığını belirtmiştir (40).

Cinsel Şiddet:

Kişiye istemediği yerde, zamanda ve biçimlerde cinsel ilişkiye zorlamak, başka kişilerle cinsel ilişkiye zorlamak, çocuk yapmasına ya da yapmamasına zorlamak, cinsel organlarına zarar vermek, fuhuşa, enseste, kürtaja zorlamak, zorla evlendirmek, sözlü olarak veya iletişim araçları aracılığıyla rahatsızlık verici cinsel içerikli davranışlarda bulunmak gibi eylemler cinsel şiddete örnektir (39).

Kadını cinsel bir nesneymiş gibi değerlendirmek ve davranmak, kıskançlık gösterip, şüphe duymak, cinselliği cezalandırma yöntemi olarak kullanmak da cinsel şiddete örnek davranışlardır (41).

Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre, evli kadınların %97’sinin kocası tarafından şiddete uğradığını, bu kadınlardan %51’i kendi rızasına bakılmaksızın cinsel ilişkide bulunduğunu, %21’i ise kocası tarafından cinsel ilişkiye zorlandığını söylemiştir (42).

Dijital Şiddet:

Teknolojik araçların, kadını denetlemek, kontrol etmek, aşağılamak, küçük düşürmek, cezalandırmak niyetiyle kullanılması dijital şiddettir (38).

2.9 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Nedenleri

Şiddetin nedeni arasında pek çok faktör vardır. Araştırmacılar nedenin tek olmadığını, çok yönlü olduğunu belirtmiştir (43).

Literatürde aile içi şiddete yol açan nedenler hakkında farklı yaklaşımlar irdelenmiştir. Bunlardan sosyolojik yaklaşıma göre toplumsal oldular şiddetin temelini oluşturur. Cinsiyetçi rollerin öğrenilmesine dayalı bir toplumsallaştırma süreci erkeklerin toplumda üstün ve güçlü bir konumda olmasını sağlamakta ve erkeğin kadına uyguladığı şiddet için de hoşgörü ortamı oluşturmaktadır.

Sosyal psikolojik yaklaşım erkeklerin öğrenilmiş olarak şiddete yönelik davranışlar sergilediğini belirtmekte, ailesinde, çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmış olan veya şiddete uğramış bir anneyi, şiddet gösteren bir erkeği gören erkeklerin şiddete yöneldiğini söylemektedir (4).

Psikanalitik kuramlarda ise erkek ve kız çocuk için şiddetin bilinçaltında var olduğunu, bununla beraber ödipal dönemde meydana gelen anneden kopma ve anneye yönelik arzunun bastırılma durumunun erkek çocuklarda kız çocuklardan daha şiddetli bir korku, şiddet ve nefret duygularıyla gerçekleştiğini belirtmektedir (44).

Feminist bakış açısına göre şiddet, sosyal, kültürel ve ekonomik kuralların korunması ve sürmesini sağlayan, ailenin ataerkil düzeninin belirlediği biçimde sürmesini sağlayan ve kadınları bastırılmış konumda tutan bir araçtır. Şiddet, hem

toplumsal hem de özel yaşamı kapsar ve erkek egemenliğinin en uç noktalarını ifade eder (45).

Feminist yaklaşım, erkek egemenliğinin ya da ataerkilliğin kökeninde kadınların baskı altına alınması düşüncesinin yattığını söyler. Bu baskının da nedeni erkeğin psikolojik olarak ego tatminini sağlamasıdır. Erkek “erkekliğini” bir kadına hükmedebilme yeteneğiyle kurar ve gücünü bu süreçte oluşturur (46).

Şiddetin temelde erkek ve kadın arasındaki eşitsizlikten köken aldığı, bu eşitsizliğe katkısı bulunan faktörlerin güç ilişkilerinin yürütüldüğü aile kurumu, üstün olanın erkek olduğuna dair yanlış inanışlar, kültürel yaptırımların ve yasaların kadınların bağımsız, sosyal statüleri olan bireyler olduğunu inkar etmeleri, sosyal ve ekonomik zorluklar, kadının cinselliği üzerindeki kontrol ve korku olduğu anlaşılmaktadır (47).

İstenmeden evlenme ve uyum sorunları, çocuk sahibi olamama, ekonomik yetersizlik ve işsizlik, kıskançlık, güvensizlik, aldatma, eşlerden birinin diğerine karşı gelmesi, dik başlılığı, saygısızlığı, izinsiz işler yapması, eşlerin yalan söylemesi, eşlerden birinin aşırı sinirli olması, eşlerden birinin, evini, eşini ve çocuklarını ihmal, çocukların hatalı davranışları ve başarısızlığından kadının sorumlu tutulması, akrabalarının kışkırtması, çocukların yaramazlığı, söz dinlememesi, başarısızlığı, eşlerin eğitimsiz olması, alkol bağımlılığı ve kumar tutkusu vb. aile içi şiddetin nedenleri şeklinde sıralanabilir (48).

Şiddeti uygulayanlar, uyguladıkları şiddet sonucu kazançlarının, şiddetin maliyetinden yüksek olduğunu anlarılarsa şiddet devam etmektedir. (49).

Alkol-madde bağımlısı bir partner olması, düşük gelir düzeyi, ruhsal patolojilerin olması ve çocukken şiddete tanık olunması ya da maruz kalmış olmak da şiddet riskini yükselten durumlardır (50).

2010 yılında yapılan bir nicel çalışmada; sosyo-demografik özelliklerden okur-yazar olmamak, kötü ekonomi, eşin işsiz olması ve eşler arası 5-9 yaş arası yaş farkının aile içi şiddet riskini arttırdığı saptanmıştır (51).

Eşler arası iletişimin zayıf olması kadına yönelik şiddet sebeplerinin etiolojisinde nerdeyse her zaman vardır (52).

Rhode Island Üniversitesi'nde yapılan çalışmada, aile içi şiddetin 11 risk faktörü belirlenmiştir. Yaşanacak olan aile içi şiddetin en önemli göstergesi, daha önce de ailede yaşanan ve şiddet içeren davranışlardır. Diğer risk faktörleri ise erkeğin geliri olmaması, erkeğin yasa dışı ilaç kullanması, eşlerin farklı dinlere inanmaları, erkeğin, babasının annesine şiddet uyguladığına tanıklık etmesi, evli olmayıp beraber yaşayan çiftler, erkeğin eğitim seviyesinin düşük olması, erkeğin işçi olması, erkeğin yaşının 18-30 arası olması, hanede çocuklara şiddet olması, aylık gelirin düşük olmasıdır. İki faktörün birden bulunmasının riskin iki katına çıkardığı, 7-8 faktörün de olduğu durumlarda riskin 40 kata kadar çıktığı saptanmıştır (53).

2.10 Dünyada ve Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Durumu

Uluslararası Af örgütünün Nüfus Raporuna bakıldığında; dünya genelinde yaklaşık olarak kadınların 1/3'ü şiddete maruz kalmaktadır. Kadınlar şiddeti genellikle kendi ailesinden olan ya da tanıdığı insanlardan görmektedir. Avrupa Konseyi, yaş aralığı 16-44 arasındaki kadınlardaki ölüm ve sakatlanmalarının asıl sebebinin aile içi şiddet olduğu, bunun kanser ya da trafik kazası kaynaklı ölüm ve yaralanma oranına göre çok daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bugün kız bebek olduğu için yapılan kürtaj ve doğum sonrası öldürülme sonucunda kaybolan kadınların sayısı 60 milyonu geçmiştir (54).

2002 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı sağlık ve şiddet raporunda; kadınların %47'sinde ilk cinsel ilişkilerinde zorlama ile karşılaştığı, cinayet kurbanı olan kadınların yaklaşık %70'inin birlikte yaşadıkları erkekler ya da kocalarının öldürüldüğü belirtilmiştir (10).

2005 yılında yapılan Dünya Sağlık Örgütü Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çalışması (2005)'na göre kadınların hayatı boyunca fiziksel şiddet görme sıklığı %13-%61 arasında, cinsel şiddet görme sıklığı %6-%59 arasında saptanmıştır (55).

WHO'nun 10 ülkeyi kapsayan araştırmasının sonuçlarına göre kadınların tüm yaşamları boyunca fiziksel veya cinsel şiddete uğrama oranları %15-%71 arasında değişmektedir. Örnek olarak Peru'da kadınların %61,0'i, Japonya'da ise %13,0'ü partner şiddeti görmektedir. Yine cinsel şiddete maruz kalma oranı en az %6,0 ile Japonya'da, en çok %59,0 ile Etiyopya'dadır. Aynı çalışmada duygusal şiddet oranının ise %20-%75 arasında değiştiği saptanmıştır (56).

ABD'de yapılan bir çalışmaya göre yılda 1,5 milyon kadının eşleri tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığı ve öldürücü olmayan partner şiddetinin yıl başına 150 milyon dolar maddi kayba yol açtığı saptanmıştır (57) (58).

İran'da, 2005 yılında eşi tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınların oranının %14,8; psikolojik şiddete uğrayanların oranının ise %86,6 olduğu belirlenmiştir (59).

ABD'de 15 saniyede bir kadının partnerinden fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Bir haftada partneri tarafından öldürülen kadın sayısı İngiltere'de iki, Kenya'da ise bir olarak saptanmıştır. İspanya'da partneri tarafından öldürülen kadın sayısı 2000 yılında 70'i geçmiştir. Zambia'da bu sayı yılda 250'yi bulmaktadır. Bangladeş'te öldürülen kadınların yarısının suçlusu eşidir. Çin'de kız bebek nedeniyle kürtaj ya da doğum sonrası öldürülen kız çocuklarının sayısı milyonlarla ifade edilmektedir. Yeni Zelanda'da her beş kadından biri, Mısır'da ise %35'i eşleri tarafından fiziksel şiddete uğramaktadır (60).

Eurostat'ın rakamlarına göre, Fransa'da 2019 yılı başından bu yana en az 130 kadın eski eşi ya da sevgilisi tarafından öldürüldü. Bu rakam 2018 yılında 108, 2017 yılında ise 123 kadın olarak kayıtlara geçti. Fransa'da her yıl yaklaşık 200 bin kadının şiddet mağduru olduğu ifade edilmektedir.

Almanya'da "Kadına Yönelik Şiddete Karşı Uluslararası Mücadele Günü" kapsamında yayımlanan rakamlar da ülkede kadına yönelik şiddetin çok büyük bir sorun olduğunu ortaya çıkardı. 2018 yılında ülkede tecavüz, taciz ve zorla fuhuş mağduru 114 binden fazla kadın olduğu, üç günde bir kadının yani 122 kadının öldürüldüğü duyuruldu.

İtalya’da ise İtalyan Araştırma Enstitüsü tarafından yayınlanan rakamlarda kadın cinayetlerinin arttığı belirtildi. Son beş yılda 538 bin kadının eşleri tarafından fiziksel veya cinsel istismar gördüğü, 2018 yılında 142 kadının öldürüldüğü açıklandı.

Romanya ise kadın cinayetleri sayısında milyon kişide %4.3’lük oranla Avrupa’nın en yüksek seviyesine olup, Romanya’yı %4.2 ile Macaristan, %3.6 ile ise cinsiyet eşitliği bakımından örnek gösterilen Finlandiya takip ediyor (61).

“Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet” araştırmasına göre; “yaşamı boyunca” en az bir kez fiziksel eş şiddetine maruz kalmış kadınların oranı Türkiye genelinde % 35, doğu bölgesi örnekleminde %40 olduğu şeklinde belirtilmiştir. Yine bu çalışmada Türkiye genelinde en az bir kere olmak üzere istemediği halde cinsel ilişkiye zorlanma oranı %14 olarak saptanmıştır. Cinsel şiddete maruz kaldığını söyleyen kadınların % 67’si aynı zamanda fiziksel şiddet de görmüştür (34).

2009 yılında tamamlanan Avrupa Birliği 2005 yılı Katılım Öncesi Mali Yardım Programı kapsamında gerçekleştirilen “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008” raporuna göre, Türkiye genelinde kadınların yaşamının bir döneminde fiziksel şiddete uğrama oranı %39, evli kadınların kocası tarafından cinsel şiddete maruz kalma oranı %15’i bulunmuştur. Fiziksel ve cinsel şiddet türlerinden en az birine maruz kalma durumu %42’dir. Türkiye’de yaşamlarının bir döneminde duygusal şiddet yaşayan kadınların oranı %44’tür. 10 kadından 4’ü de ekonomik şiddete maruz kalmakta yine her 10 kadından biri gebeliği süresince eşi ya da partneri tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılmaktadır. Araştırmaya göre eğitim ve refah düzeyi ile şiddet görme riski ters orantılıdır. Ancak lise ve üzeri eğitim seviyesindeki kadınların %27 ve yüksek refah düzeyindeki kadınların da %29’unun şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Türkiye genelinde eşi veya birlikte olduğu kişiler dışındakilerden şiddet gören 15 yaş üstü kadınların oranı %18’dir. Bu şiddeti uygulayanların çoğunun kadının kendi ailesinden olduğu görülmüştür. Araştırmaya göre kadınların %86’sı fiziksel şiddetin hiçbir koşulda kabul edilemeyeceğini savunmaktadır. Bu oranın önceki yıllarda yapılan araştırma sonuçlarına göre anlamlı seviyede artmış olduğu söylenebilir (39).

Türkiye’de kadınların %36’sı yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Cinsel şiddete uğrayan kadınların oranı ise % 14’tür. 12 aydan az süreli evli olan kadınların %8’inin fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır. Aynı araştırmada, kadınların duygusal şiddet veya istismara maruz kalma yüzdesi ise %44’tür. Şiddet düzeyi en yüksek Orta Anadolu Bölgesi’ndedir Türkiye genelindeki kadınların %36’sı fiziksel, yüzde %12’si cinsel şiddete maruz kalırken, kadınların %38’inin fiziksel ve cinsel şiddetin en az birine maruz kalması, çoğunlukla bu iki şiddet biçiminin bir arada olduğunu göstermektedir (62).

Türkiye’de kadın cinayetleri her yıl artış göstermektedir. Ülkede 2017 yılında 409, 2018 yılında ise 440 kadın öldürüldü. Yine 2018’de 317 kadına cinsel şiddet uygulandı (61).

Yapılan tüm istatistikler buzdağının görünen kısmıdır. Aile içi şiddet ile ilgili araştırma sayısı Türkiye’de örf, adet ve geleneksel engeller gibi zorluklara takıldığından az kalmıştır. Şiddet gören kadın sayısına göre adli vaka olma oranı çok azdır. Türkiye’de kadına yönelik şiddet hakkında raporların genellikle gerçeği tam yansıtmadığı düşünülmektedir; kadınların sorunu gizlemeye çalışması, dile getirmekten utanıp çekinmesi, yargılanmaktan ve başkaları tarafından duyulmasından, daha fazla şiddet görmekten korkup şiddeti dile getirememesi bunun başlıca sebepleridir. En az bildirilen suçlar aile içinde işlenen suçlardır. Travma aile tarafından yapıldığında şiddet kabul edilebilmektedir. Kadına yönelik şiddetin kayıtlarının düzenli tutulmadığı da hesaba katıldığı zaman tüm bunlara rağmen mevcut rakamlar bile durumun bir felaket olduğunu göstermektedir (63) (64) (65).

Kadına yönelik şiddet konusunda kadınların önemli bir bölümü de yine kadını suçlu bulmakta, şiddete maruz kaldığında da çoğunlukla sessiz kalmaktadır (65).

2.11 Aile İçi Şiddetin Yasal Boyutu

2.11.1 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ile İlgili Ulusal Belgeler

Türkiye’de 1980’li yıllardan sonra kadına yönelik şiddet kamuoyu gündemine gelmeye başlamıştır. Ülkemizde 4 Nisan 1987’de okunan bir mahkeme kararı nedeniyle ilk kez kadın hareketinin kitlesel bir eylemi gerçekleşmiştir. Karar

kocasından şiddet gördüğü için boşanma davası açan bir kadının aleyhinedir ve hakim tutanağa şu cümleyi yazdırmak istemiştir: “Kadının sırtından sopayı, karnından sıpayı eksik etmemek gerekir!” Bunun üzerine 17 Mayıs 1987’de kadınlar ilk kez sokaklarda haklarını savunmaya başlamışlardır. Bu ilk kampanya “Dayağa Hayır!” kampanyasıdır. İstanbul’da başlamış ardından Ankara ve tüm yurt geneline yayılmıştır. Kampanyanın en önemli kazanımı kadın dayanışma merkezleri ve kadın sığınma evlerinin kurulmasıdır (66).

1998 yılı Ocak ayında yürürlüğe giren ve 2007 yılında tekrar düzenlenen 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun Aile içi şiddet mağduru kadınların korunmasında önemli bir dönüm noktasıdır. Bu kanunda kadına yönelik aile içi şiddet ilk kez hukuki bir metinde tanımlanmıştır ve aile içi şiddete uğrayan bireylerin korunması için Aile Mahkemesi hakimlerince alınabilecek tedbirler belirtilmiştir (67).

Yasal alanda 2000’li yıllarda yeni düzenlemeler yapılarak tüm yasalarda kadın erkek eşitliği ilkesi güvenceye alınmıştır. Anayasa’da bu ilke 2001’de 41. ve 46., 2004’te 10. ve 90. maddelerde değişiklik yapılarak güçlendirilmiştir. 10. maddesinde yapılan değişiklik sonucu, kadın-erkek eşitliğinin sağlanmasında devletin sorumlu olduğu hükmedilmiştir.

11.10.2005 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde “*Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi*” amacıyla kurulan komisyon raporu doğrultusunda 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelge’si yayınlanmıştır. Bu genelgede kadına yönelik şiddetin bitirilmesi için alınacak önlemler ve sorumlu olacak kuruluşlar belirlenmiştir. Genelge ile KSGM(Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü), kadına şiddet ve namus/töre cinayetlerinin önüne geçilmesi hususlarında koordinatör kurum olmuştur. KSGM bu hususlarda ilgili ve sorumlu kuruluşların faaliyetlerine ilişkin üçer aylık dönemler halinde düzenlediği raporları Başbakanlığa iletmektedir. Yine bu genelge kapsamında, sorumlu Devlet Bakanının başkanlığını yürüttüğü “Kadınlara Yönelik Şiddet İzleme Komitesi” kurulmuştur. Kadına Yönelik Şiddetle

Mücadele Ulusal Eylem Planı hazırlama görevi genelge ile KSGM'nin sorumluluğuna verilmiştir.

8 Mart 2012'de yürürlüğe giren 6284 sayılı 'Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'da özellikle şiddet riskinin belirlenmesi ve gereken tedbirlerin bir an önce alınması ve mağdurun korunması üzerinde durulmaktadır. Şiddet riski için delil aranan daha önceki yasa nedeniyle tedbir kararı almak için mahkeme sonucu bekleniyordu ve bu telafisi olmayan gecikmelere sebebiyet verebiliyordu. Bu yeni yasa ile mağdurun ifadesi tedbir kararı almak için yeterli sayılması ve mülki idare amirinin kararı ile geçici tedbir alınması hükme bağlanmıştır. Mağdur olan kadının maddi güvencesinin devlet tarafından verilmesi de bu yasanın önemli kazanımlarındandır (68). Kanunda bazı maddeler incelendiğine;

Madde 1'de: kanunun amacının şiddete maruz kalan veya bu tehlike ile yaşayan kadınların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru kişilerin korunması ve bu hususlarda usul ve esasları düzenlemek olduğu,

Madde 2'de: kadına yönelik şiddet kavramı kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline neden olan ve bu Kanunda şiddet adı ile tanımlanan her çeşit tutum ve davranışı olarak tanımlanmıştır. Şiddet mağduru kavramı şiddete doğrudan veya dolaylı maruz kalan veya böyle bir tehlikesi bulunan kişiler olarak tanımlanmıştır. Şiddet önleme ve izleme merkezleri ise şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin uygulanması amacıyla destek ve izleme hizmetlerinin verildiği, yedi gün yirmi dört saat çalışma esasını taşıyan merkezler olarak tanımlanmıştır. Tedbir kararı kavramı şiddet mağdurları ve şiddeti gerçekleştirenler ile ilgili olarak yetkili makamlar tarafından, istem üzerine veya resen alınacak tedbir kararları şeklinde tanımlanmıştır.

Madde 3'te; mülkî amir tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları belirtilmiştir. Bunlar kişinin kendisine ve gerekiyorsa birlikte bulunduğu çocuklarına kalacak yer imkanı sağlanması, maddi yardımlar, hukuki, psikolojik, mesleki ve

sosyal açıdan danışmanlık ve rehberlik hizmeti sağlanması, verilmesi, hayati tehlike durumunda koruma altına alınması, çocuklara kreş imkânının sağlanmasıdır.

Madde 4'te; hâkim tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları belirtilmiştir. Bunlar kişinin gerekli hallerde evinin, işyerinin değiştirilmesi, hayati tehlike varsa kimlik bilgilerinin değiştirilmesidir.

Madde 5'te; hakim tarafından verilecek önleyici tedbir kararları belirtilmiştir. Bunlar şiddet uygulayan kişinin mağdura tehdit, hakaret, aşağılama içeren söz ve/veya davranışlarda bulunmaması, konutta yaşama hakkının korunan kişiye verilip konuttan uzaklaştırılması, konuta ya da korunan kişinin işyerine yaklaştırılmaması, ortak çocuklarla iletişiminin kesilmesi, şartlara bağlanması ya da belli koşullar çerçevesinde gerçekleştirebilmesi, korunan kişiyi iletişim araçları ile rahatsız etmemesidir.

Madde 7'de; şiddet olması ya da bu tehlikenin bulunması halinde herkesin resmi makamlara ihbar edebileceği, ihbarı alan kamu görevlilerinin gecikmeksizin görevlerini yerine getirip yetkilileri bilgilendirmekle sorumlu olduğu belirtilmiştir.

Madde 8'de; tedbir kararının ilk olarak en fazla altı ay için verilebileceği yalnız korunan kişinin başvurması ya da lüzum halinde resen süresinin ve şeklinin değiştirilebileceği, koruyucu tedbir kararı için şiddetin varlığı konusunda delil ya da belge aranmayıp önleyici tedbir kararının gecikmeden verileceği belirtilmiştir.

Madde 14'te; şiddetin önlenmesi ve koruyucu, önleyici tedbirlerin uygulanmasının izlenip destek hizmetlerin yedi gün yirmi dört saat verildiği Şiddet Önleme ve İzleme Merkezlerini kurulacağı belirtilmiştir (21).

2018 yılında gelişen teknolojide kullanılacak şekilde şiddete maruz kalan kadınların bir tuşla polise haber verebilmesi adına akıllı telefon uygulamaları kullanılmaya başlanmış, uygulama indirme sayısı 300 bine yükselmiştir (61).

Şiddete maruz kalan bir kadın sağlık kuruluşları, polis merkezi, jandarma karakolu, il sosyal hizmetler müdürlükleri, cumhuriyet savcılığı, sivil toplum kuruluşları, baro, belediye ve alo 183 telefon hattına başvurabilmekte, Sosyal

Hizmetler Müdürlüğü bünyesinde yer alan Kadın Konukevleri/Sığınma Evleri'nde gerekirse kadın 12 yaş altı çocuğu/çocukları ile birlikte 3 ay boyunca kalabilmekte, gizlilik ilkesi uygulanmakta, kalma süresi uzatılabilmekte, burada kadına ve çocuklara psikolojik ve sosyal destek sağlanmaktadır (69).

T.C. Anayasasında Aile İçi Şiddet:

Anayasada aile birliğini koruma görevi devlete verilmiştir ve bu görevi yerine getirmek için yasalarda birçok konuda düzenlemeler yapılmıştır. T. C. Anayasasının 10. maddesi “Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür.” şeklindedir (70).

Türk Ceza Kanununda Aile İçi Şiddet:

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda aile içinde şiddete uğrayan kadını koruyucu özel ve genel maddeler bulunmaktadır.

TCK madde 102 “cinsel saldırı” konusundaki yaptırımları düzenlemektedir. Bu eylemin eşe karşı işlenmesi durumunda soruşturma ve kovuşturma yapıp yapılmaması mağdur olanın şikayet etmesine bağlıdır (TCK m. 102/2).

TCK madde 86 “kasten yaralama” konusundaki yaptırımları düzenlemektedir. Bu eylemin eşe karşı işlenmesi ise ağırlaştırıcı faktör sayılır(TCKm.86/2).

TCK kasten yaralama haricinde kalan ve eşe karşı yapılmış olan kötü muameleler ve aile olma hukukundan kaynaklanan sorumluluğun ihlâli de suç tanımına alınmıştır (TCK.232).

TCK madde 96 “eziyet” suçu konusundaki yaptırımları düzenlemektedir. Eziyetin eşe karşı işlenmesi ise ağırlaştırıcı neden sayılmaktadır(TCKm.96/2).

TCK madde 109 “kişiyi hürriyetinden yoksun kılma” suçu konusundaki yaptırımları düzenlemektedir. Eylemin eşe karşı işlenmesi ağırlaştırıcı neden sayılmaktadır (TCK m. 109/3).

Tecavüzün fuhuş yapan kadınlara olması durumunda ceza indirimini öngören Türk Ceza Kanunu'nun 438. maddesi 21 Kasım 1990'da yürürlükten kaldırılmıştır.

Erkeğin zina yapmasının suç olarak kabulü 1996 yılında kanundan çıkarılırken kadının zinası bu kapsamdan 1998'de çıkarılmıştır (71).

Medeni Kanunda Aile İçi Şiddet:

Medeni Kanunda aile içi şiddetle mücadelede önemsenmesi gereken değişiklikler yapılmıştır. Evlenme yaşı değiştirilmiş, kadın veya erkeği 17 yaşını bitirdikten sonra evlenebilmesi düzenlenmiştir. Bu değişiklik çocuk evliliklerinin önüne geçerek henüz hiçbir cinsel ve sosyal kimlik kazanmamış kız çocukların pek çok şiddet türüne maruz kalması ve bu durumu küçük yaşlarda içselleştirmek zorunda kalmasını engellemiştir.

Bir diğer değişiklik boşanma sebeplerinden “cana kast ve pek fena muamele”ye “onur kırıcı davranış”ın eklenmesidir. Böylece şiddetin sadece fiziksel olmadığı; cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddetin de kadının benlik algısını zedeleyebildiği ve aile birliğini bozabildiği argümanına yasal destek bulunmuştur.

Medeni Kanunda bir diğer değişiklik ise “riyaset” sorunu ile ilgilidir. Evlilik birliğinden aile reisi kavramı çıkartılmış ve “evimizin reisi” baskısı yasal olarak kadının hayatından çıkmıştır.

Evli kadının ev dışında çalışmasının kocasının iznine bağlı olmasını belirten madde Anayasa Mahkemesi'nin 29.01.1990 tarihli kararı ile iptal edilmiştir.

1997'de kadınlara kendi soyadlarını da kullanabilme hakkı verilmiştir.

Medeni Kanununun mal rejimi ile ilgili yapılan değişikliğinde ise boşanmalardan sonra mal paylaşımı zorunlu hale gelmiştir. Yeni Medeni Kanunun Yaşamımıza Getireceği Değişiklikler (72).

2.11.2 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ile İlgili Uluslararası Belgeler

Uluslararası yasal düzenlemeler Uluslararası Kadın Konferansları, BM CEDAW (Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Bildirgesi) ve Avrupa Konseyi Tavsiye Kararları olarak üç alt başlıkta incelenebilir.

I. Uluslararası Kadın Konferansları: 1. Dünya Kadın Konferansı (1975, Mexico City), 2. Dünya Kadın Konferansı (1980, Kopenhag), 3. Dünya Kadın Konferansı (1985, Nairobi), Pekin Konferansı (1995, Pekin)

II. BM CEDAW

III. Avrupa Konseyi Tavsiye Kararları

BM, 1975-1985 yıllarını Kadın On Yılı olarak ilan etmiştir. Bu yıllarda kadına şiddet hususunda raporlar hazırlanıp uluslararası standartlar belirlenmiştir. İlk zamanlar kadına şiddet yalnızca aile bağlamında irdelenmiştir. 1975’de Meksika’da gerçekleştirilen Birinci Dünya Kadın Konferansı’nda ailenin ve bireylerinin güvenlikleri ve eşitliğinin sağlanması amacıyla eğitim programları yapılmasının tavsiye edildiği bir eylem planı kabul edilmiş lakin şiddet konusu yeterince irdelenmemiştir. 1980’de Kopenhag’da düzenlenen İkinci Dünya Kadın Konferansı’nda, ailede kadına yönelik şiddet daha çok sağlık konusu olarak irdelenmiş, kadın ve çocukların bu şiddetten korunması amacıyla programların geliştirilmesi belirtilmiştir. 1985’de Nairobi’de yapılan Üçüncü Kadın Konferansı’nda kadına yönelik şiddet daha kapsamlı biçimde ele alınıp kadına yönelik şiddetin bütün toplumlarda olduğu belirtilmiş ve ev içerisinde kadına şiddet, silahlı çatışmalarda kadının pozisyonu, insan ticareti gibi, kadına yönelik şiddetin farklı şekilleri üzerinde durulmuştur. Önleyici politikaların geliştirilip yasal tedbirlerin alınması, mağdurlar için bilinç artırıcı çalışmalar düzenlenmesi ve mağdurlar için destekleyici mekanizmaların oluşturulmasına çağrı yapılmıştır.

BM tarafından 1979’da kabul edilen CEDAW BM bünyesindeki altı temel insan hakları sözleşmesinden biridir. Türkiye’de 1985 yılından bu yana taraftır. “Uluslararası Kadın Hakları Bildirgesi” olarak da tanımlanan CEDAW, yasalarda ve gerçek yaşamda kadınların maruz kaldığı cinsiyete dayalı ayrımın ortadan

kaldırılmasını öngören ve kadınların sahip olduğu insan haklarını korumak amacı güden geniş kapsamlı bir metindir (73).

1993'te gerçekleştirilen Dünya İnsan Hakları Konferansında BM genel kurulunda "Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi" kabul görmüştür. Bu bildirmede kadına yönelik şiddet kadınlar ile erkekler arasındaki güç ilişkilerinin dengesiz olmasının bir neticesi olarak tanımlanmıştır. Maruz kalınan şiddetin kadınların ayrımcılığa uğramasına ve ilerlemesine ket vurmasına sebep olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kadına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla devletlerin alması gereken önlemler belirtilmiştir.

1995'de gerçekleştirilen Dördüncü Kadın Konferansı'nda kabul gören Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu'nda ise kadına yönelik şiddet kadınların insan haklarının ihlali şeklinde belirtilmiştir. 2000 yılında yapılan Pekin+5 Konferansı'nda, kadına ve kız çocuklarına yönelik şiddetin, ister özel yaşamda, ister kamusal alanda oluşsun, bir insan hakları ihlali olduğu ve bunun önlenmesinde devletlerin sorumluluğu bulunduğu vurgulanmıştır (74).

Bu sözleşmelerin tümüne Türkiye Cumhuriyeti de taraftır.

İstanbul Sözleşmesi

11 Mayıs 2011'de Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi tarafından İstanbul'da imzaya sunulan "Kadına Yönelik Şiddetin ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Sözleşme" uluslararası hukukta aile içi şiddet ve kadına karşı şiddet ve konusunda yaptırım hakkı olan ilk sözleşme niteliğindedir. Sözleşme İstanbul Sözleşmesi olarak anılmaktadır. Sözleşme'de kadına karşı şiddetle etkin mücadele amaçlı önleme, koruma, kovuşturma ve mağdur olana destek mekanizmalarının gerçekleştirileceği hukuki bir çerçeve oluşturulmuştur.

Sözleşme madde 1'de; sözleşmenin amacının kadınları şiddetin her türlüünden korumak, şiddeti önlemek ve ortadan kaldırmak, kadın erkek eşitliğini teşvik etmek, bu kapsamda uluslararası işbirliğinde bulunup kuruluş ve kolluk kuvvetlerine destek sağlamak, kadına yönelik şiddet mağdurlarının korunması,

destek olunup yardım edilmesi amaçlı çeşitli politikalar geliştirmek ve tedbirler almak olduğu belirtilmiştir.

Madde 2’de; aile içi şiddet de dahil olmak üzere kadına yönelik tüm şiddet türlerinin sözleşmenin kapsamında olduğu belirtilmiştir.

Madde 3’te; bazı önemli tanımlamalara yer verilmiştir. Bunlar;

Kadınlara karşı şiddetin; kadınlara karşı bir insan hakları ihlali ve ayrımcılık olup ister özel yaşamda ister kamusal alanda meydana gelsinler, söz konusu eylemlerde bulunma tehdidi, zorlama veya özgürlüğün rastgele bir biçimde kısıtlanması da dahil olmak üzere, kadınlara fiziksel, psikolojik, cinsel, veya ekonomik zarar ve acı verilmesi sonucuna yol açacak toplumsal cinsiyete dayalı bütün şiddet eylemleri olduğu,

Aile İçi Şiddetin; eylemi gerçekleştiren, mağdurla aynı yaşam alanını paylaşmakta olsun veya olmasın veya daha önce paylaşmış olsun veya olmasın, aile içinde veya aile biriminde veya mevcut veya daha önceki eşler veya beraber yaşayan bireyler arasında meydana gelen fiziksel, psikolojik, cinsel veya ekonomik şiddet eylemleri olduğu,

Toplumsal Cinsiyet kavramının; herhangi bir toplumun, kadınlar ve erkekler için uygun olduğunu düşündüğü sosyal anlamda oluşturulmuş roller, faaliyetler, davranışlar ve özellikler olduğu,

“Kadınlara Karşı Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet”in; bir kadına karşı, yalnızca kadın olduğundan yöneltilen ya da kadınları orantısız bir biçimde etkileyen şiddet olduğu belirtilmiş; “Kadın” teriminin, 18 yaşından küçükleri de kapsayacağı belirlenmiştir.

Madde 4’te; başta mağdur olanların haklarını korumaya amaçlı tedbirler olmak üzere Sözleşme hükümlerinin cinsiyet, din, dil, renk, toplumsal cinsiyet, ırk, ulusal veya sosyal köken, siyasi veya başka tür görüş, toplumsal cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, bir ulusal azınlıkla bağlantılı olma, sağlık durumu, medeni hal, engellilik gibi herhangi ayrımcılık olmadan uygulanmasının sağlanması belirtilmiştir.

Madde 11’de; tarafların Sözleşme kapsamındaki şiddet olaylarıyla ilgili tüm istatistiksel veriyi birleştirilmemiş halde düzenli aralıklarla toplayacakları belirtilmiştir.

Madde 12’de; tarafların kültür, gelenek, din, töre veya sözde “namus” gibi kavramların bu Sözleşme kapsamındaki herhangi bir şiddet eylemine gerekçe olarak kullanılmamasını temin edecekleri belirtilmiştir (75).

Sözleşme, şiddetin önlenmesi hususunda yol haritası çizmiş; uzmanların eğitimi, farkındalığı artırma, tedavi programları, önleyici müdahale, psikolojik ve hukuksal destek hizmetleri, konu ile ilgili sığınakların kurulması, özel sektörün, medyanın desteğinin alınması, acil yardım için ulaşım hatlarının açılması, fiziksel zarar görenlere tazminat, çocuk tanıklar için koruma, adli yardım hizmetleri verme gibi konular düzenlenmiştir.

Bu sözleşmede kadına yönelik şiddetin bir insan hakları ihlali olduğu ilk defa belirtilmiştir. Bağımsız bir denetim mekanizması kurulması amacıyla düzenlenmeler de yapılmıştır. İlk imza Türkiye’den gelmiştir. Sözleşme ülkemizde 1 Ağustos 2014’te yürürlüğe girmiştir. GREVİO adı verilen izleme mekanizması kurulması, böylece gerçekleştirilen uygulamaların izlenecek olması sözleşmede imzası olan devletlerin sözleşmeye bağlı kalması ve sözleşmesinin yaptırım gücünü arttıracaktır.

2.12 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Etkileri

Bireysel Etkileri

Kadının yaşamını yitirmesi en önemli sonucudur. Şiddete maruz kalan kadınlarda öfke, yetersizlik hissi, düşük benlik saygısı, suçluluk, utanma, yalnızlık hissi, başarısızlık hissi, özgüven düşüklüğü, insanlara güven kaybı, değersizlik hissi, istismarı inkar etme veya önemsememe, kaygı, yeme ve uyku bozuklukları konsantrasyon güçlüğü, madde bağımlılığı, intihar fikri, çocuklarına şiddet uygulama, fiziksel şiddetin yol açtığı rahatsızlıklar (yaralar, çürükler, kemik kırıklıkları, sağırılık, dişlerini kaybetme vb.), cinsel bozukluklar, kronik ağrılar gibi sorunlar olabilmektedir.

Toplumsal Etkileri:

Toplumun yaşam kalitesinin düşmesi, şiddet sayılarında artış, intiharlarda, taciz ve tecavüzlerde artma, suç oranlarında artma, toplumsal gelişimin yavaşlaması ve verimlilikte azalma, demokratik süreçlere katılımın düşmesi ve en önemlilerinden şiddetin etkilerinin kuşaktan kuşağa aktarılması gibi çok geniş yelpazede ve çok sayıda etkilere neden olabilir (20).

Aile İçi Şiddetin Evliliğe Etkileri:

Boşanan çift sayınının artışı en somut göstergelerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (76).

2.13 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Ruh Sağlığına Etkileri:

Depresyon, Anksiyete, Post Travmatik Stres, Psikosomatik hastalıklar, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma, toplum içine karışmayı istememe, bazı duyguları yaşayamama (örneğin sevme duygusu), özgüven kaybı, yoğun korku, uyku ve iştah bozukluğu, dikkat dağınıklığı, azalmış öz benlik saygısı, gelecek kaygısı, cinsel işlevsizlik, öfke patlamaları, duygulanım bozukluğu, bitkinlik ve yalnızlık hissetme, Obsesif kompulsif bozukluklar, yaşamdan zevk almama ve intihar düşüncesi kadına yönelik şiddetin ruh sağlığına etkileri olarak sıralanabilir (77) (78) (79) (80).

Şiddet sonrası meydana gelebilecek sorunlar iki temel başlık olarak incelenebilir;

1. Ruhsal Travma yaşamının “gerekli ama yeterli olmadığı” hastalık veya sorunlar; akut stres tepkileri, akut stres bozukluğu, akut TSSB(travma sonrası stres bozukluğu), eşik altı TSSB, geç başlangıçlı TSSB, kronik TSSB.
2. Ruhsal Travma yaşamının “gerekli olmadığı ama tetikleyici olabildiği” hastalıklar; kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar, majör depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, ağrı bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar (81).

Kadınların %12.1'i evlilikleri boyunca ruhsal sorunları olduğunu söylemişlerdir (82).

Son yıllarda çalışmalara bakıldığında kadına karşı şiddet sonucu olarak sıklıkla bildirilen hastalıklar olarak; TSSB, depresyon, madde kullanımı ve anksiyete sayılmaktadır (83) (84).

Kaygı oranı üç şiddet türünü (psikolojik, fiziksel ve cinsel) yaşamış olan kadınlarda şiddet yaşamayanlara kıyasla anlamlı bir farkla yüksek saptanmıştır. (28)

35 kadının yer aldığı bir çalışmada, kadınların %64'ünün hayatında en az bir kez eş şiddetine maruz kaldığı, %40'ının ağır depresyon, %59'dan fazlasının TSSB, %33'ünün ise distimik bozukluk tanısı aldığı ve toplamda %63'ünün yaşamları süresince bu hastalıklardan en az birisini yaşadıkları saptanmıştır (85).

991 kadınla yapılan çalışmada şiddet yaşayan kadınların 62'sinin orta düzeyde depresyon ve kaygı yaşadıkları, 61'inin kronik depresyon yaşadığı, 14 kadının ise tek seçeneklerinin intihar olduğunu söylediği belirtilmiştir (86).

Çalışmalar şiddete maruz kalma ile travma sonrası stres bozukluğu arasında ilişkiyi göstermektedir. Eşlerinden şiddet gören kadınların şiddet görmeyenlere oranla posttravmatik stres bozukluğu puanlarının anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (87).

Bosna ve Herzegovina'da gerçekleştirilen bir çalışmada, aile içinde şiddete maruz kalmış kadınların savaş deneyimi olan kadınlara oranla travma sonrası stres bozukluğu belirtileri daha yüksek bulunmuştur (88).

TSSB kaydedilen 11 çalışmanın meta analizinin yapıldığı araştırmada TSSB'nin sıklığının şiddet mağduru kadınlarda %63,8 daha fazla olduğu ve aile içi şiddet yaşamış olan kadınlarda 3,7 kat daha fazla TSSB geliştiği saptanmıştır (89).

2.12.1 Akut Stres Bozukluğu (Akut Gerginlik Bozukluğu)

DSM-V travmatik olaydan hemen sonra başlayan belirtilerin(olumsuz duygudurum, çözülme belirtileri, kaçınma belirtileri, uyarılma belirtileri ve istençdışı

gelen belirtiler gibi) en az üç gün en çok bir ay devam eden hastalar için “Akut Stres Bozukluğu” tanısını vermiştir. Tanı Kriterleri;

A) Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz kutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

- Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.

-Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme.

- Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay geldiğini öğrenme.

- Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma

B) Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan ya da kötüleşen, istenç dışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan aşağıdaki herhangi beş kümeden dokuz (ya da daha çok) belirtinin varlığı:

İstençdışı Gelen Belirtiler

1- Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

2- İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici, sıkıntı veren düşler.

3- Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler).

4- Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara tepki olarak yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama ya da fizyolojiyi ilgilendiren belirgin tepkiler gösterme.

Olumsuz Duygudurum

5- Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

Çözülme (Dissosiyasyon) Belirtileri

6- Kişinin çevresindekilere ya da kendisiyle ilgili olarak değişmiş bir gerçeklik duygusu (örn. kendisini başkasının görüngesinden görme, şaşkın bir durumda olma, zamanın yavaşlaması).

7- Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

Kaçınma Belirtileri

8- Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan uzak durma çabaları.

9- Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) uzak durma çabaları.

Uyarılma Belirtileri

10- Uyku bozukluğu

11- İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

12- Her an tetikte olma.

13- Odaklanma güçlükleri.

14- Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

C) Bu bozukluğun (B tanı ölçütündeki belirtilerin) süresi, örselenmeyle karşılaştıktan sonra, üç günle bir ay arasında değişir.

D) Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iş ve alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. ağır olmayan çarpmayla beyin yaralanması) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve kısa psikoz bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

2.13.2 TSSB (Örseleme Sonrası Gerginlik Bozukluğu)

DSM-V travmatik olaydan hemen sonra başlayan belirtilerin (olumsuz duygudurum, kaçınma belirtileri, uyarılma belirtileri ve istençdışı gelen belirtiler gibi) bir aydan fazla sürmesi durumuna “Örseleme Sonrası Gerginlik Bozukluğu” tanısını vermiştir (90).

Popülasyonun % 1-3’ünde TSSB bulunduğu tahmin edilmektedir (91).

Kadın olma, ailede ruhsal bozukluk olması ve kişide halen varolan ruhsal bozukluk, aileden erken ayrılma TSSB geliştirme için risk faktörleridir (92).

TSSB olasılığı travmatik olayın şiddetiyle artmaktadır (91).

Majör depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozuklukları TSSB’ye sıklıkla eşlik eden bozukluklarıdır (93).

Erkeklerde en sık görülen komorbid bozukluklar alkol bağımlılığı, depresyon, davranım bozukluğu ve madde bağımlılığıdır. Kadınlarda ise en sık görülen komorbid bozukluklar depresyon, basit fobi, sosyal fobi ve alkol bağımlılığıdır. (94).

Tanı Kriterleri;

A) Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinse saldırıya uğramış olma:

1- Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.

2-Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme.

3- Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölüm ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4- Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma.

B) Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1- Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

2- İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

3- Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler).

4- Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5- Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C) Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1- Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2- Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler,

konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D) Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1- Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2- Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler.

3- Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.

4- Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).

5- Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma.

6- Başkalarından uzaklaşma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7- Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama.

E) Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1- İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2- Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.

3- Her an tetikte olma.

4- Abartılı irkilme tepkileri gösterme.

5- Odaklanma güçlükleri.

6- Uyku bozukluğu.

F) Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G) Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H) Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (90).

2.13.3 Majör Depresif Bozukluk

Duygu Durum Bozukluklarından en sık görülen Majör Depresyon Bozukluğudur. Büyük bir üzüntü, endişe, suçluluk ve değersiz hissetme, diğer insanlardan uzaklaşma, uyku, cinsel istek ve iştah kaybı veya her zaman yapılan faaliyetlere karşı duyulan ilginin belirgin azaldığı duygu durumudur (95).

Depresyon kadınlarda erkeklerden iki kat daha yaygındır. Erkeklerde %10 oranında, kadınlarda yaklaşık % 20 oranında görülmektedir. Depresyon kadınlarda erkeklere göre daha erken yaşlarda, daha çok 25-44 yaşları arasında görülür. Evli ve çocuk sayısı fazla olan kadınlarda depresyonun görülme oranı ise daha yüksektir (96) (97). Tanı kriterleri;

A)- Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1- Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarının gözlenir.

2- Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

3- Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5- Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama.

6- Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7- Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir)

8- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama

9- Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B) Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C) Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D) Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E) Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (90).

2.13.4 Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Araştırmalar birçok insanın yaşamı boyunca en az bir kez olsa da travmatik olaya maruz kaldıklarını ve bu insanların çeyreğinde mutlaka travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğini göstermektedir (98).

Herman akut travma yaşayan mağdurunun, olaydan sonra “kendisi değil gibi” hissedebilirken uzamış ve tekrarlayan travmaya maruz kalan insanın kendisini geri dönüşümü olmayan bir şekilde değişmiş hissedebileceğine veya bir kendiliği olduğu duygusunu tamamen yitirebileceğini belirtmiştir.

Kronik olarak travmatize olan insanlar sürekli huzursuz, kaygılı ve aşırı tedbirli olabilirler. Bu kişiler zaman geçtikçe bedenlerini kendilerine karşı dönmüş olarak algırlar. Uykusuzluk ve heyecandan yanında baş ağrısı, gerilim, mide-bağırsak bozuklukları, çarpıntı, karın ve sırt ağrıları, titreme, boğulma hissi gibi somatik semptomlar gösterebilirler (99).

Bunların dışında bulantı, kusma, kanama, düşük, fibromiyalji gibi fiziksel hastalıklar ile travmatik stres arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir (100).

Uzun süreli işkence, çocukluk çağı istismarı ve ihmali gibi tekrarlayan travmalara maruz kalmış olan kişilerle çalışanlar TSSB tanı ölçütlerini yeterli bulmamaktadır. Bu uzamış ve yineleyen travma mağdurları için Herman, “komplike ve karmaşık TSSB” tanımlarını önermiştir. “karmaşıklaşmış travma sonrası stres bozukluğu”, “Travma sonrası karakter bozukluğu”, “Travmatik nevroz” diğer tanımlamalar olarak bahsedilebilir (99).

2.14 Türk Ceza Kanununun Adli Travmatoloji İle İlgili Maddeleri

Madde 86-1’de kasıtlı olarak bir başkasının vücuduna acı veren ya da sağlığının veya algılama yeteneğinin bozulmasına sebep olan kişinin, üç yıla kadar hapis cezası alacağı, 86-2’de yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması durumunda, mağdur kişinin

şikayetçi olması halinde, dört aydan bir yıla kadar hapis veya para cezasına hükmolunacağı belirtilmiştir.

Madde 87-1’de kasten yaralama fiili, mağdur kişinin yüzünde sabit ize, duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, yaşamını tehlikeye sokan bir duruma konuşmasında sürekli zorluğa, gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olmuşsa, madde 86 kapsamında belirlenen cezanın, bir kat arttırılacağı, 87-2’de kasten yaralama fiili, mağdur kişinin duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa yakalanmasına ya da bitkisel hayata girmesine, konuşma yeteneğinin ya da çocuk yapma yeteneğinin yitirilmesine, gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, yüzünün sürekli değişikliğine yol açmışsa madde 86’ya göre belirlenen cezanın, iki kat arttırılacağı belirtilmiştir.

Madde 87-3’te kasten yaralamanın mağdurun vücudunda kemik kırılmasına ya da çıkığına yol açması halinde, madde 86 kapsamında belirlenen cezanın kemik patolojisinin hayat fonksiyonlarındaki etkisi değerlendirilip, yarısına kadar arttırılacağı belirtilmiştir.

Rehberde travma sonrası meydana gelen ruhsal bozukluklarla ilgili olarak yaralanmanın/travmanın kişiyi ne kadar etkilediğine karar verilirken travmanın ne şiddette olduğu, ruhsal etkilenimin süresi, hastanın işlevselliği, klinik durumu gibi faktörler değerlendirmeye alınarak karar verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca ruhsal etkilenimlerde basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu/olmadığı konusunda karar verilmesi gerektiği de belirtilmiştir.

Yine rehberde saptanacak ruhsal etkilenimin duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine neden olup olmadığı hususunda, ruhsal etkilenim düzeyi ile ilgili maluliyet/engellilik listelerinden yararlanılarak görüş bildirilebileceği belirtilmiştir (101).

3. MATERYAL ve METOD

Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak 12.03.2020 tarih ve 44 sayılı onay kararı alınmıştır (Ek 1).

Bu çalışmada 01 Ocak 2018 - 31 Aralık 2019 tarihleri arasındaki 2 yıllık periyotta (adli makamlarca, özel başvuru yoluyla veya diğer Anabilim Dallarının konsültasyon istemi ile) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalında muayenesi yapıp Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen partner şiddeti mağduru kadınlar hakkında düzenlenen raporlar retrospektif incelenmiştir. Olguların yaş, meslek, eğitim durumu verilerinin yanı sıra, şiddetin nerede olduğu, sıklığı, şiddet sırasında partnerinin alkollü olup olmadığı, ne şekilde yaralandığı, yüzünden yaralanıp yaralanmadığı, şiddet öncesinde ruhsal hastalık ve psikiyatrik ilaç kullanım öyküsünün olup olmadığı, kişinin şiddet nedeniyle şikayetçi olup olmadığı, olay ile ilişkilendirilebilen ruhsal muayene bulgularının bulunup bulunmadığı, olay sonrası ruhsal açıdan takip ve tedavisinin yapılıp yapılmadığı, yaralanmasının niteliğinin ne olduğu değerlendirilmiştir. Kadınların yaşları UNESCO'nun sınıflamasına göre gençlik dönemi 15-25 olarak alındığından 25 yaş ve altı olarak birinci grup, 26 yaş ile 35 yaş arası ikinci grup, 36 yaş ve üstü olarak da üçüncü grup oluşturulmuştur.

Olgulara ait veriler Microsoft Office Software Excel dosyasına kaydedilmiştir. Veriler sayısal olarak kodlanarak verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0 programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, en büyük ve en küçük değer) ile değerlendirildi.

Olgu sayısının azlığı bu çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalında muayenesi yapıлып Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilerek rapor düzenlenen 125 adet olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

4.1 Kadınların Yaş Özellikleri

Çalışmamıza dâhil edilen 125 olgunun yaş ortalamasının $34,43 \pm 9,40$ olup en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 60 olarak belirlenmiştir.

Olguların yaşlara göre dağılımı; kadınların %16'sı (n:20) 25 yaş altında, %44,8'i (n:56) 26-35 yaş aralığında, %39,2'si (n:49) 36 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Kadınların yaş aralıkları

Yaş aralıkları	N	%
25 yaş altı	20	16
26-35 yaş	56	44,8
≥ 36 yaş	49	39,2
Toplam	125	100,0

4.2 Kadınların Yaşadığı Yer Özellikleri

Çalışmada değerlendirilen kadınların %83,2'sinin (n:104) kentsel, %16,8'inin (n:21) kırsal bölgede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Kadınların yaşadığı yer özellikleri

Yaşanılan Yer	n	%
Kentsel bölge	104	83,2
Kırsal bölge	21	16,8
Toplam	125	100,0

4.3 Kadınların Kimden Şiddet Gördüğü

Çalışmada değerlendirilen kadınlar incelendiğinde; %76,8'inin (n:96) resmi nikahlı eşinden, %3,2'sinin (n:4) resmi olmayan (imam) nikahlı eşinden, %10,4'ünün (n:13) boşanma sürecinde olduğu eşinden, %3,2'sinin (n:4) eski eşinden, %6,4'ünün (n:8) sevgilisinden şiddet gördüğü belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Kadınların Kimden Şiddet Gördüğü

Şiddet Gördüğü Kişi	N	%
Resmi Nikahlı Eşi	96	76,8
İmam Nikahlı Eşi	4	3,2
Boşanma Sürecindeki Eşi	13	10,4
Eski Eşi	4	3,2
Sevgilisi	8	6,4
Toplam	125	100,0

4.4 Kadınların Şiddet Gördüğü Kişilerle Beraber Yaşama Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; %57,5'nin (n:72) eşi ile beraber yaşadığı, %42,4'ünün (n:53) eşinden ayrı yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Kadınların Şiddet Gördüğü Kişilerle Beraber Yaşama Durumu

Beraber Yaşama Durumu	N	%
Beraber Yaşama	72	57,6
Ayrı Yaşama	53	42,4
Toplam	125	100,0

4.5 Kadınların Çocuğunun Olup Olmaması Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; %84,8'inin (n:106) çocuğunun olduğu, %15,2'sinin (n:19) çocuğunun olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Kadınların Çocuğunun Olup Olmaması Durumu

Çocuk Sahibi Olma	N	%
Çocuğu olan	106	84,8
Çocuğu olmayan	19	15,2
Toplam	125	100,0

4.6 Kadınların Eğitim Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde %36'sının (n:45) ilkokul, % 22,4'ünün (n:28) ortaokul, % 20,8'inin (n:26) lise, % 20,8'inin (n:26) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Kadınların Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	N	%
İlkokul Mezunu	45	36
Ortaokul Mezunu	28	22,4
Lise Mezunu	26	20,8
Üniversite Mezunu	26	20,8
Toplam	125	100,0

4.7 Kadınların Meslek Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların %15,2'sinin (n:19) memur, %23,2'sinin (n:29) işçi olduğu, %2,4'ünün (n:3) serbest meslek ile uğraştığı, % 54,4'ünün (n:68) ev hanımı olduğu, %4,8'inin (n:6) herhangi bir işte çalışmadığı,

genel olarak kadınların % 40,8'inin (n:51) bir iş kolunda çalıştığı, %59,2'sinin (n:74) bir iş kolunda çalışmadığı ya da ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Kadınların Meslek Durumu

Meslek Grubu	N	%	N	%
Çalışıyor			51	40,8
Memur	19	15,2		
İşçi	29	23,2		
Serbest Meslek	3	2,4		
Çalışmıyor			74	59,2
Ev Hanımı	68	54,4		
Diğer	6	4,8		
Toplam			125	100,0

4.8 Kadınların Partner ile Birliktelik Sürelerinin Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların; %7,2'sinin (n:9) 1 yıl ve/veya 1 yıldan az bir süre, %32,8'inin (n:41) 2-5 yıl arası, %23,2'sinin (n:29) 6-10 yıl arası, %19,2'sinin (n:24) 11-20 yıl arası, %17,6'sının (n:22) 21 yıl ve/veya daha uzun bir süre boyunca evli olduğu ve/veya partneri ile beraber yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Kadınların Partneri ile Birliktelik Sürelerinin Durumu

Evlilik Süresi	N	%
1 Yıl ve Altı	9	7,2
2-5 Yıl	41	32,8
6-10 Yıl	29	23,2
11-20 Yıl	24	19,2
21 Yıl ve Üstü	22	17,6
Toplam	125	100,0

4.9 Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Sayısının/Sıklığının Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların; %30,4'ünün (n:38) ilk kez, %17,6'sının (n:22) 2-3 defa, %16,8'inin (n:21) 4-5 defa, %35,2'sinin (n:44) çok sayıda şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Sayısının/Sıklığının Durumu

Şiddet Sayısı	N	%
İlk Kez	38	30,4
2-3	22	17,6
4-5	21	16,8
>5	44	35,2
Toplam	125	100,0

4.10 Kadınların Şiddet Gördüğü Yer

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; kadınların %92,8'inin (n:116) evinde şiddete maruz kaldığı, %7,2'sinin (n:9) ev dışında şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Kadınların Şiddet Gördüğü Yer

Şiddet Gördüğü Yer	N	%
Ev	116	92,8
Ev Dışı	9	7,2
Toplam	125	100,0

4.11 Şiddet Sırasında Şiddet Uygulayanın Alkollü Olup Olmaması Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; %13'ünde (n:17) şiddet uygulayanın alkollü, %86,4'ünün (n:108) alkolsüz olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Şiddet Sırasında Şiddet Uygulayanın Alkollü Olup Olmaması Durumu

Şiddet Uygulayanda Alkol	N	%
Alkollü	17	13,6
Alkolsüz	108	86,4
Toplam	125	100,0

4.12 Kadınların Fiziksel Bulgularının Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; kadınların %98,4'ünde (n:123) şiddete bağlı fiziksel bulgu olduğu, %1,6'sında (n:2) ise fiziksel bulgu olmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Kadınların Fiziksel Bulgularının Durumu

Fiziksel Bulgu	N	%
Fiziksel Bulgu Var	123	98,4
Fiziksel Bulgu Yok	2	1,6

4.13 Kadınların Şiddet Sırasında Yüzüne Yönelik Yaralanma Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; kadınlarının %71,2'sinin (n:89) şiddet sırasında yüzüne yönelik yaralanması olduğu, %28,8'inin (n:36) ise yüzüne yönelik yaralanması olmadığı belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Kadınların Şiddet Sırasında Yüzüne Yönelik Yaralanma Durumu

Yüze Yönelik Yaralanma Durumu	N	%
Var	89	71,2
Yok	36	28,8
Toplam	125	100,0

4.14 Kadınlara Uygulanan Şiddetin Şekli

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların %7,2'sinin (n:9) tutma, %12'sinin (n:15) tokat atma, %52,8'inin (n:66) tekme ve/veya yumruk atma, %20,8'inin (n:26) ezici aletle yaralama, % 5,6'sının (n:7) kesici alet ile yaralama şeklinde, %1,6'sının (n:2) ise şiddet öncesi/sırası/sonrasında cinsel saldırıya maruz kaldığı, genel olarak kadınların % 72'sinin (n:90) çıplak el ile, % 26,4'ünün (n:33) kesici-delici veya ezici bir aletle yaralandığı, %1,6'sının ise şiddet öncesi/sırası/sonrasında cinsel saldırıya maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Kadınlara Uygulanan Şiddetin Şekli

Şiddetin N	Şekli	%	N	%
9	Çıplak El İle Tutma	7,2	90	72
15	Tokat	12,0		
66	Tekme- Yumruk	52,8		
26	Ezici-Kesici-Delici Alet İle Ezici	20,8	33	26,4
7	Kesici-Delici	5,6		
	Cinsel Saldırı		2	1,6
	Toplam		125	100,0

4.15 Kadınların Şikayetçi Olma Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların %36,8'inin (n:46) şikayetçi olup ayrılmak istediği, %21,6'sının (n:27) şikayetçi olduğu ancak ayrılmak istemediği, %29,6'sının (n:37) şikayetçi olmadığı, % 12'sinin (n:15) ise aslında şikayetçi olup ayrılmak istedikleri fakat içerisinde bulunduğu sosyoekonomik durum nedeniyle şikayetçi olamadığı, genel olarak kadınların %58,4'ünün (n:73) şikayetçi olduğu, % 41,6'sının (n:52) şikayetçi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15: Kadınların Şikayetçi Olma Durumu

Şiddetin Şekli	N	%	N	%
Şikayetçi			73	58,4
Ayrılmak istiyor	46	36,8		
Ayrılmak İstemiyor	27	21,6		
Şikayetçi Değil			52	41,6
Şikayetçi Değil	37	29,6		
Şikayetçi Olamıyor	15	12,0		
Toplam	125			100,0

4.16 Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalığının Olup Olmaması Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; kadınlarının %46,4'ünün (n:58) şiddet öncesinde tanı konulmuş herhangi bir ruhsal hastalığının olduğu, %53,6'sının (n:67) ise olmadığı belirlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalığının Olup Olmaması Durumu

Ruhsal Hastalık	N	%
Var	58	46,4
Yok	67	53,6
Toplam	125	100,0

4.17 Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Nedeniyle İlaç Kullanımı Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; kadınlarının %30,4'ünün (n:38) şiddet öncesinde tanı konulmuş herhangi bir ruhsal hastalık nedeniyle bir dönem ilaç kullanımı, %9,6'sının (n:12) birden fazla dönem ilaç kullanımı olduğu, %60'ının (n:75) ise ilaç kullanımı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 17).

Tablo 17: Kadınların Şiddet Öncesi Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Nedeniyle İlaç Kullanımı Durumu

Psikiyatrik İlaç Kullanımı	N	%
Bir Kere Kullanım	38	30,4
Çok Sayıda Kullanım	12	9,6
Kullanım Yok	75	60,0
Toplam	125	100,0

4.18 Kadınların Ruhsal Muayene Bulgularının Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların %32,8'inde (n:41) yalnızca depresif bulgular, %8,8'inde (n:11) yalnızca anksiyete bulguları, %12,8'inde (n:16) hem depresif bulguları hem anksiyete bulguları, %19,2'sinde (n:24) depresif bulgular ile birlikte uyku ve iştah sorunları, % 8'inde (n:10) anksiyete bulguları ile birlikte uyku ve iştah sorunları, %4,8'inde (n:6) kaçınma bulguları, %13,6'sında (n:17) ise belirgin olmayan ruhsal bulgular saptandığı belirlenmiştir (Tablo 18).

Tablo 18: Kadınların Ruhsal Muayene Bulgularının Durumu

Ruhsal Bulgular	N	%
Yalnızca Depresif Bulgular	41	32,8
Yalnızca Anksiyete Bulguları	11	8,8
Depresif Bulgular ile Birlikte Anksiyete Bulguları	16	2,8
Depresif bulgular ile birlikte Uyku İştah Problemleri	24	19,2
Anksiyete bulguları ile birlikte Uyku İştah Problemleri	10	8,0
Kaçınma Bulguları	6	4,8
Belirgin Olmayan Bulgular	17	13,6
Toplam	125	100,0

4.19 Kadınlarda Şiddete Bağlı Ruhsal Hastalık Durumu

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde kadınların %46,4'ünün (n:58) Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından takip edildiği, %53,6'sının (n:67) Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından takip edilmediği; tüm kadınların % 27,2'sinde [%19,2'si (n:24) takip edilen, %8'i (n:10) takip edilmeyen] (n:34) şiddet sonrası ruhsal hastalık saptandığı belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19: Kadınlarda Şiddete Bağlı Ruhsal Hastalık Durumu

Takip Edilme Durumu	N	%	N	%
Takip Edilen			58	46,4
Ruhsal Hastalık Var	24	19,2		
Ruhsal Hastalık Yok	34	27,2		
Takip Edilmeyen			67	53,6
Ruhsal Hastalık Var	10	8,0		
Ruhsal Hastalık Yok	57	45,6		
Toplam			125	100,0

4.20 Kadınlarda Partner Şiddeti Nedeniyle Ortaya Çıkan Ruhsal Hastalıklarının Dağılımı

Çalışmada olgular incelendiğinde; partner şiddeti sonrası meydana gelen ruhsal hastalıkların % 55,9'unun (n:19) Depresyon, % 35,3'ünün (n:12) Post Travmatik Stres Bozukluğu, %8,8'inin (n:3) Diğer Ruhsal Hastalıklar şeklinde tanı aldığı belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 20: Kadınlarda Partner Şiddeti Nedeniyle Ortaya Çıkan Ruhsal Hastalıkların Dağılımı

Ruhsal Hastalık	N	%
Depresyon	19	55,9
Post Travmatik Stres Bozukluğu	12	35,3
Diğer Ruhsal Hastalıklar	3	8,8
Toplam	34	100,0

4.21 Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Adli Tıp Açısından Sonuçları

Çalışmada değerlendirilen olgular incelendiğinde; kadınlarının %68'inin (n:85) şiddet sonucunda basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek, %27,2'sinin (n:34)

maruz kaldığı şiddet sonucu gelişen ruhsal hastalıklar nedeniyle basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek, %4,8'inin (n:6) ise diğer nedenlerden (batın organları yaralanması, kemik kırığı, kulak zarı yırtılması, tendon hasarı gibi) ötürü basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek ve/veya yaşamı tehlikeye sokacak nitelikte yaralandığı belirlenmiştir (Tablo 21).

Tablo 21: Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Adli Tıp Açısından Sonuçları

Adli Tıp Açısından Sonuç	N	%
Basit Bir Tıbbi Müdahale ile Giderilebilenler	85	68,0
Yalnızca Ruhsal Hastalık Nedeniyle Basit Bir Tıbbi Müdahale İle Giderilemeyenler	34	27,2
Diğer Nedenlerle Basit Tıbbi Müdahale İle Giderilemeyenler ve Yaşamı Tehlikeye Sokan Nitelikte Yaralanmalar	6	4,8
Toplam	125	100,0

4.22 Kadınların Yaşadığı Yere Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 22: Kadınların Yaşadığı Yere Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Yaşadığı Yer	Şikayetçi (%)	Şikayetçi Değil (%)	P
Kentsel	62,5	37,5	0,038
Kırsal	38,1	61,9	

Kentsel bölgede yaşayan kadınların %62,5'i maruz kaldığı şiddet nedeni ile adli makamlara şikayette bulunurken kırsal bölgelerde yaşayanların %38,1'i şikayetçi olmaktadır. Kentsel bölgelerde yaşayan kadınların maruz kaldığı şiddet sonrası şikayetçi olma durumu kırsal bölgelerde yaşayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

4.23 Kadınların Kimden Şiddet Gördüğüne Göre Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 23: Kadınların Kimden Şiddet Gördüğüne Göre Şikayetçi Olma Durumları

Kimden Şiddet Gördüğü	Şikayetçi (%)	Şikayetçi Değil (%)	P
Resmi Nikahlı Eşi	47,9	52,1	
İmam Nikahlı Eşi	50,0	50,0	
Boşanma Aşamasındaki Eşi	100,0	0	
Eski Eşi	100,0	0	
Sevgilisi	100,0	0	
			<0,001

Kadınların resmi nikahlı eşinden şiddet görenlerde şikayetçi olma durumu %47,9, resmi olmayan (imam) nikahlı eşinden şiddet görenlerde %50 iken boşanma aşamasındaki eşi, eski eşi ve sevgilisi tarafından şiddet görenlerde %100'dür. Şiddeti boşanma aşamasındaki eşi, eski eşi ve sevgilisi tarafından gören kadınlarda şikayetçi olma durumu şiddeti resmi nikahlı eşinden gören kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

4.24 Kadınların Şiddet Gördüğü Kişi ile Beraber Yaşamaya Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 24: Kadınların şiddet Gördüğü Kişi İle Beraber Yaşamaya Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Beraber/Ayrı Yaşama	Şikayetçi (%)	Şikayetçi Değil (%)	P
Beraber Yaşama	38,9	61,1	
Ayrı Yaşama	84,9	15,1	
			<0,001

Şiddet gördüğü kişi ile aynı evde yaşayan kadınların %38,9'u maruz kaldığı şiddet nedeni ile adli makamlara şikayette bulunurken ayrı evde yaşayanların 84,9'u şikayetçi olmaktadır. Şiddet gördüğü kişi ile ayrı evde yaşayan kadınların maruz kaldığı şiddet sonrası şikayetçi olma durumu aynı evde yaşayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

4.25 Kadınların Eğitim Düzeyine Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 25: Kadınların Eğitim Düzeyine Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Eğitim Düzeyi	Şikayetçi (%)	Şikayetçi Değil (%)	P
İlkokul Mezunu	42,2	57,8	
Ortaokul Mezunu	60,7	39,3	
Lise Mezunu	69,2	30,8	
Üniversite Mezunu	73,1	26,9	
			0,005

Kadınlarda ilkokul mezunu olanlarda şikayetçi olma durumu %42,2, ortaokul mezunu olanlarda %60,7, lise mezunu olanlarda %69,2, üniversite mezunu olanlarda %73,1'dir. Eğitim düzeyi arttıkça şikayetçi olma durumunda anlamlı derecede yükselme bulunmuştur ($p<0,05$).

4.26 Kadınların Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Durumuna Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Tablo 26: Kadınların Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Şiddetten Şikayetçi Olma Durumları

Ruhsal Hastalık Tanısı	Şikayetçi Olma(%)	Şikayetçi Olmama(%)	P
Psikiyatrik Tanı Var	82,4	17,6	
Psikiyatrik Tanı Yok	45,9	54,1	
			<0,001

Kadınlarda şiddete bağlı psikiyatrik bir tanı alanlarda şikayetçi olma durumu %82,4 iken tanı almayanlarda bu oran %45,9'dur. Şiddete bağlı psikiyatrik bir tanı alan kadınlarda şikayetçi olma durumu tanı almayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

4.27 Kadınların İlköğretim veya Lise-Üniversite Mezunu Olmasına Göre Ruhsal Hastalık Tanısı Alma Durumları

Tablo 27: Kadınların İlköğretim veya Lise-Üniversite Mezunu Olmasına Göre Psikiyatrik Tanı Alma Durumları

Eğitim Durumu	Psikiyatrik Tanı Var(%)	Psikiyatrik Tanı Yok (%)	P
İlköğretim Mezunu	20,5	79,5	
Lise/Üniversite Mezunu	36,5	63,5	
			0,038

Kadınlarda ilkokul veya ortaokul mezunu olanlarda şiddete bağlı ruhsal hastalık tanısı alma durumu %20,5 iken lise veya üniversite mezunlarında bu oran %36,5'dir. Lise veya üniversite mezunu kadınlarda şiddete bağlı ruhsal hastalık saptanma oranı ilkokul veya ortaokul mezunu kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Kadına yönelik şiddet temel insan hakları ve özgürlüklerin ihlalidir. Kadın ile erkek arasında eşit olmayan güç dengelerinin sonucu olarak meydana gelen çok önemli bir halk sağlığı problemidir (102). Kadına şiddet tüm dünyada olduğu gibi toplumumuzda da önemli sorunlardan biridir. Şiddet toplumun her alanında var olmakla birlikte kadınlar, şiddete büyük oranda aile içinde ve duygusal ilişkisi bulunan partner tarafından maruz kalmaktadırlar. Türkiye’de kadınların en az %36’sı fiziksel şiddete, %12’si cinsel şiddete maruz kalmaktadır (103). Şiddet, kadının fiziksel ve ruh sağlığını kötü yönde etkilemekte, hatta onu hayattan koparacak boyutlara getirebilmekte ve kadınlar mağdur olduğu şiddeti çoğu kez saklayıp adli makamlara şikayette bulunmamaktadırlar.

Toplum içinde oluşturulan/belirlenen toplumsal cinsiyet kalıp yargıları sonucunda kadınlara ev içinde görevlerini yerine getirmesi gereken, kocasına karşı yapması ya da yapmaması gereken sorumlulukları olan, erkeği hep bir adım önde sayan, erkeğin daha akıllı, güçlü olduğunu kabul edip itaat eden, kendisini öteleyip başkası ya da başkaları için yaşayan bir rol verilmiştir. Kadınların bu “görevlerini” yerine getirmediğinde partnerleri tarafından şiddeti hak ettikleri düşünülebilmekte ve hatta bazen bu düşünceyi kadınlar da sahiplenmektedir. Bu durum kadının cinsel, ekonomik, psikolojik, fiziksel şiddet türlerinden birine veya birkaçına aynı anda maruz kalmasına neden olmaktadır. Şiddete uğrayan kadınlar kesi, kırık, diğer yaralanma, istenmeyen gebelik, düşük, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi fiziksel sağlık sorunları yaşayabilmektedir (10). Aile içinde ve tekrarlayıcı olarak yaşanan eş şiddeti fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra ruhsal sorunlara da neden olabilmektedir (104). Bu sorunlar tanılanmadığında ve tedavi edilmediğinde giderek kronikleşmekte, kadının yaşam kalitesi düşürmekte, mesleki ve sosyal işlevselliğini bozmakta ve intihar riskini arttırmaktadır (105).

Kadına yönelik şiddet anne, baba veya akrabaları tarafından uygulanmakla birlikte daha çok partner şiddeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Partner kavramı, resmi nikahlı ya da resmi olmayan (imam) nikahlı eşi, sevgilisi, eski eşi ya da sevgilisini içerir. Kadına yönelik şiddet daha çok aile içi şiddet ismiyle anılsa da

daha geniş kapsamlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kadına yönelik şiddetin en yaygın biçimi aile içi şiddettir. (33).

Günümüzde bilim-teknoloji alanındaki gelişmeler ve toplumsal değişimler (kadının eğitim oranlarındaki artışı, ekonomik yaşama katılım, sosyal medya, görsel ve yazılı basın, sivil toplum kuruluşları, diğer devlet ve özel kurumların farkındalık proje ve politikaları vb. gibi) kadınların şiddete ilişkin bilinçlerinin artmasını sağlamış ve şiddetten kurtulmalarını sağlayıcı mekanizmalara ulaşmalarını kolaylaştırmıştır. Kadına şiddet konusunda geçmiş dönemlere kıyasla toplum genelinde farkındalığın artması ve devlet tarafından kadına şiddete yönelik caydırıcı yaptırımlar uygulanmasına rağmen kadınların şiddet mağduru olmasının önüne geçilememiştir.

Tüm bunları göz önünde bulundurarak kadına yönelik partner şiddetinin önlenmesine bir katkısı bulunması ve bu konuda farkındalık oluşturması amacıyla hazırlanan tezimizde, 2018 ve 2019 yıllarında Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına partner şiddeti nedeniyle başvuran kadınlardan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilmiş 125 olgu incelenmiştir. Çalışmanın içerdiği iki yıllık süreçte Adli Tıp Anabilim Dalımıza partner şiddeti nedeniyle 322 kadın başvurmuş olup bu olgulardan 125'inde ruhsal bulgular saptanarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilmiştir.

Şiddet mağduru kadınlarda yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 31,68 olarak saptanmıştır (106). Yine İzmir'de kadına yönelik şiddet üzerine 156 kadın ile yapılan bir çalışmada yaş aralığının 18-62, yaş ortalamasının ise 33,36 olduğu belirlenmiştir (107). Çalışmamızda olguların yaşlarının genel olarak literatür ile uyumlu olarak 18 ile 60 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 34,43±9,40 olduğu saptandı (Tablo 1). Bu bize, kadına yönelik şiddetin geniş bir yaş grubunu ilgilendirdiğini, yaş ortalamasının 34,43 olması ise yaş dağılımının nispeten orantılı olduğunu göstermektedir.

2017 yılında yapılan bir çalışmada kadınların fiziksel şiddete yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmış ve bu çalışmada, 15-49 yaş arası 5818 evli kadından 1393'ünün (%24) eşinden gördüğü fiziksel şiddete karşı çıkmadığını

belirtmişken toplam 4425 kişi (%76) eşine karşı çıktığını belirtmiştir. Bu çalışmada uygulanan lojistik regresyon analizi ikamet yerinin (kentsel vs kırsal kesimde) kadınların şiddet karşısında gösterdiği tutumlarıyla anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermiştir (108). Çalışmamızda kentsel bölgelerde yaşayan kadınların maruz kaldığı şiddet sonrası şikayetçi olma durumu kırsal bölgelerde yaşayan kadınlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 22). Bu bulgu kırsal bölgede yaşayan kadınların kendilerine yönelik uygulanan şiddeti daha kabul edilebilir gördüklerini düşündürmektedir. Anne-baba ve yakın akrabalarından tanık olduğu aile içi şiddet kadına bunun normal bir süreç olduğunu düşündürtebilir. Eğitim seviyelerinin kentlerde yaşayan kadınlara göre genellikle daha düşük olması ve dar bir sosyal çevrede yaşamaları partner şiddetini olağan bir süreç olarak değerlendirmelerini kolaylaştıran faktörler arasında sayılabilir. Kırsal bölgede yaşayan kadınların şikayetçi olması durumunda çevresi tarafından ayıplanacağını düşünmesi, ekonomik durumunun büyük oranda eşine bağlı olması, şikayetçi olması durumunda şiddet gösterene uygulanacak yasal yaptırımın farkında ve bilincinde olmaması kadını şikayetçi olmaktan alıkoyan faktörler olabilir.

İzmir’de şiddet sonrası adli rapor düzenlenmesi amacı ile bir hastaneye başvuran 156 kadın ile yapılan bir çalışmada şiddeti uygulayanın yakınlık derecesi incelendiğinde; en çok eşi tarafından (%74,3) şiddet gören kadınların başvuruda bulunduğu, 10 kadının (%6,4) eski eşinden ve 8 kadının (%5,1) ise erkek arkadaşından şiddet görmesi sonrası başvuruda bulunduğu saptanmıştır. (107). Denizli’de 2003-2004 yılları arasında 135 şiddet olgusu üzerinde yapılan bir çalışmada şiddet uygulayıcının %71,1’inin mağdurun eşi olduğu saptanmıştır (109). Çalışmamızda ise kadınların %76,8’inin eşinden, %3,5’inin eski eşinden, %6,4’ünün ise sevgilisinden şiddet gördüğü belirlenmiştir (Tablo 4). Bu oranlar kadına karşı şiddetin en çok eşi tarafından uygulandığını desteklemektedir. Evlenmiş ve bekar kadınların tümü dikkate alındığında, kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde yakın ilişkide oldukları erkekler tarafından maruz kaldıkları şiddet yüzdesi 36’dır. Bekar kadınların erkek arkadaşları, sözlü ya da nişanlılarından yaşamış olduğu şiddet yüzdesi 9 düzeyindedir (110). Çalışmamızda sevgilisinden şiddet gören kadınların yüzdesinin nispeten düşük olmasının nedeni bu kadınların aile baskısı ve sosyal

baskıdan dolayı adli başvuru yapmaması ve/veya bildirim yapıldığı memur tarafından olayın “aile içi şiddet” olgusu olarak değerlendirilmemesi sebebiyle adli sürecin bu yönde başlatılmaması olabilir. İlk başvuru alan kamu personelinin (hekim, polis vb.) tarafların sevgili veya eş olması ayrımını yapmadan adli süreci aile içi şiddet şeklinde başlatması gerekmektedir. Bu başvuruları alan kamu görevlilerinde hizmet içi eğitimler yoluyla bu yönde farkındalık kazandırılması olayın değerlendirilme sürecini değiştirecek ve mağdurun daha da mağdur olmasının önüne geçilecektir.

Şiddet mağduru kadınlar polis merkezlerinde verdikleri ifadenin sonunda sıklıkla şikâyetçi olmadıklarını belirtmektedirler. Kadın aslında failin ceza yaptırımına uğramasından veya ceza görmesinden ziyade, kırılan gururunun, örselenmiş hayatının düzeltilmesini beklemektedir. Mahkemece yapılan işlemler mağdur açısından ya çokta önemli olmamaktadır. Bu anlamda aslında talep edilen şey bir suç ve cezai işlemde öte sosyal ve hukuki rehberlik, psikolojik danışmanlıktır. Ayrıca aile içi şiddet mağdurlarının genelde son noktada işi adli boyuta taşıdıkları, kendi aralarında, aile büyükleri, arkadaşları ya da başkaları aracılığıyla tüm uzlaşma yollarının denendiği ve sonuçsuz kaldığı hallerde şikâyetçi oldukları değerlendirilmektedir (111). Denizli’de 2003-2004 yıllarında yapılan bir çalışmada Aile içi şiddet mağdurlarının, %81,5’inin daha önce şiddete maruz kaldıkları ancak yalnızca %24,4’ünün adli makamlara bildirim yaptığı saptanmıştır (109). Sakarya’da 2009 yılında yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan kadınların % 13’ünün eşini şikâyet ettiği, %87’sinin eşini şikâyet etmediği, şikâyet bulunanların %89.5’i şikâyet esnasında zorluk yaşadığı ve %52.9 yaşanan zorluğun aile baskısından kaynaklandığı saptanmıştır (112). Kadınların şiddetten şikâyetçi olma oranının düşük olduğu çalışmamızda da bu oranın %41,6 olarak belirlenmesiyle desteklenmiştir. (Tablo:15). Kadınların şikâyetçi olmamasının en büyük nedenlerinden biri ekonomik bağımsızlıklarının olmaması olarak düşünülebilir. Ekonomik özgürlüğü olmayan kadınlar kendisi ve çocuklarının gelecek kaygısı nedeniyle şiddeti kabullenip şikâyet bulunmayabilirler. Aksaray bölgesinde 2016 yılında 169 kişi ile yapılan bir çalışmada, şiddet mağduru kadınların %56’sının yakın çevresinin duymasından çekindiği, %18,8’inin horlanmaktan, %16,5’inin ise yalnız

kalmaktan korktuğu için şiddeti gizleme eğiliminde olduğu saptanmıştır (113). Buradan da anlaşılacağı üzere kadının şikayetçi olması durumunda yakın çevresinin olaydan haberdar olmasından, kendisini küçük düşürülmüş ve çaresiz hissetmekten korktuğu için başvuruda bulunmaması da nedenlerden biridir. Ayrıca Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin Türkiye'de Aile İçi Şiddetle İlgili (Opuz /Türkiye) Kararında mağdurların polis merkezlerine aile içi şiddet bildirimini amacıyla başvurduğunda, polis memurlarının şikayetleri soruşturmak yerine mağdur kadınları evine geri dönmeye ve şikayetlerini geri almaya ikna ederek arabulucu rolünü üstlenmeye çalışabildiklerine işaret etmektedir. Polis memurlarının konuyu kendilerinin karışamayacakları bir aile meselesi olarak düşündükleri bu bildiriye yer almıştır (114). Bu konuda polis memurlarında hizmet içi eğitimlerle farkındalık yaratılması ve memurların şikayetin önüne geçilmesinin kadının zararına olabileceği konusunda bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Çalışmamızda boşanma aşamasındaki eşi, eski eşi ve sevgilisi tarafından şiddet gören kadınların resmi nikahlı eşlerinden şiddet görenlere oranla anlamlı düzeyde daha fazla şikayetçi oldukları bulunmuştur (Tablo 23). Kadınlar şiddet gördüğü partneri ile tekrar aynı evde yaşamayı ya da ilişkiyi sürdürmeyi düşünmediği zaman şikayetçi olabilmektedir. Şiddet çoğu kez tekrarlanmaktadır. Çalışmamızda kadınların %35'inin partnerinden en az 6 kez şiddete maruz kaldığı, %16,8'inin ise 4-5 kez şiddet gördüğü belirlenmiştir. Çok sayıda şiddete maruz kalan kadın bunun tekrarlanacağını, şikayet etmesinin de tekrar şiddet görmesine neden olabileceğini, bir düzelmeye olmayacağını düşündüğü için şikayetçi olmaktan vazgeçebilmektedir. Eşinden boşanan, ayrı yaşamaya başlayan ya da sevgilisi olduğu için daha kolay uzak durabileceği düşüncesi olan kadınların şikayetçi olma durumunun yüksek olması bununla açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların eğitim seviyesinin arttıkça maruz kaldığı şiddetten şikayetçi olma durumunda anlamlı derecede yükselme bulunmuştur (Tablo 25). Kişinin eğitim seviyesi arttıkça farkındalığı artmaktadır. Eğitim ile birlikte kişi kendisini ve çevresini daha iyi tanıyabilmekte, sahip olduğu hakları ve bulunması gerektiği konumu daha iyi kavrayabilmektedir. Şiddet görerek düştüğü durumu kendisine yakıştıramamakta ve kabullenememektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe

kadın kendisinin tek başına bir birey olduğunu, partnerinden ayrı kalabileceğini düşünürken, eğitim seviyesi düşük kadınlarda bu farkındalık yeterince oturmamış olabilir. Kadının eğitim seviyesi arttıkça sosyal çevresi de genişlemekte ve bu durum kadına eşi olmadan da bir birey olduğunu, kendi sosyal çevresinin olduğunu hissettirebilir. Eğitim seviyesi yüksek kadınlarda aileden gelen sosyal destek daha fazla olabilmektedir. Kadın ailesi ve akrabalarının arkasında olduğunu düşünerek maruz kaldığı şiddete sessiz kalmamayı seçebilir. Ayrıca eğitim seviyesi yüksek kadınların olası bir ayrılma durumunda iş bulabilme ve ekonomik özgürlüğünü elde etme şansının daha yüksek olması bu anlamlı yüksekliği desteklemektedir.

1994 yılı içinde İstanbul'da aile içi fiziksel şiddet nedeniyle adli makamlara başvuran ve Adli Tıp Kurumu'na sevk edilen 60 kadında yapılan bir çalışmada kadınların başvurudan beklentilerinin %58,3'ünün boşanmak, %31,7'sinin caydırıcı olmak olduğu, %10'unun ise bir beklentisi olmadığı, dayanma gücü tükendiği için başvurduğu belirlenmiştir (115). Çalışmamızda, şikayetçi olan kadınların %63'ü ayrılmak istediğini, %37'si ise ayrılmak istemediğini ancak amacının partnerinin bir daha şiddet göstermesinin önüne geçmek ya da ceza çekmesini sağlamak olduğunu söylemiştir. Şikayetçi olup da ayrılmak istemeyen kadınlar tüm başvuruların %21,6'sını oluşturmaktadır (Tablo 15). Buradan hareketle kadınların önemli bir kısmının şikayetçi olsa dahi ayrılmayı istemediği anlaşılabilir.

İzmir'de eşinden boşanmış 50 kadın ile yapılan bir araştırma da kadınların %40'ının eski eşi tarafından hala rahatsız edildiği belirtilmiştir (116). Çalışmamızda kadınların %10,4'ünün boşanma sürecinde olduğu eşinden, %3,2'sinin eski eşinden şiddet gördüğü belirlenmiştir (Tablo 3). Boşanan veya boşanma aşamasında ki kadınların şiddete maruz kalmış olması, boşanmadan önce şiddet uygulayan eşin, boşanma sırasında ve sonrasında kadının hanesinden uzak tutulması konusunda önlemler alınması gerektiğini desteklemektedir.

Çalışmamızda şiddetin sayısı (Tablo 9), şiddetin yeri (Tablo 10) ve şekli (Tablo 14) ile şikayetçi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca partnerle birliktelik sürelerinin (Tablo 8), kadının çocuğu olup olmaması (Tablo 5), yüzüne yönelik yaralanmasının olup olmaması (Tablo 13) ve partnerinin

şiddet sırasında alkollü olup olmaması (Tablo 11) ile de şikayetçi olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, şiddete bağlı psikiyatrik bir tanı alan kadınlarda şikayetçi olma durumu tanı almayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 26). Buradan şiddetin sayısı, niteliği ve kadının sosyodemografik özelliklerinden ziyade şiddetin kadının ruhsal durumunu ne kadar etkilediğinin şikayetçi olup olmamasında daha etkin olduğu düşünülebilir. Kadınların çoğunun şiddete katlandığı, şikayetçi olmadığı göz önüne alındığında şikayetçi olması konusunda anlamlı olarak belirlenen şiddet sonrası ruhsal etkileniminin önemi ortaya çıkmaktadır.

Aile içi şiddete maruz kalan kadınlar ruhsal bozukluklar gelişmesi açısından büyük tehlike altındadırlar. Kadınların ilk şok ve inkar dönemini atlattıktan sonra, şiddete şiddet ile karşılık verme şeklinde bir tutum daha da sonra depresyon ve kendini suçlama tutumu takındıkları gözlenmektedir. Şiddet mağduru kadınlarda; depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, intihar girişimleri ve çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar sık görülen durumlardır (56).

Manisa'da 15-49 yaş aralığındaki evli kadınlarda aile içi şiddete maruz kalmanın (4,96 kat) depresif belirti sıklığını en çok etkileyen faktör olduğu belirlenmiştir (117). Yang ve ark. 2006 yılında Tayvan'da gerçekleştirilen çalışmada 1,93 kat, Tadege 2008 yılında Etopya'da gerçekleştirdiği çalışmada partner şiddeti mağduru kadınlarda 2,8 kat daha fazla depresyon görüldüğünü bulmuşlardır (118) (119). Bosna Hersek ve İzlanda'da yapılan çalışmalarda da kadına yönelik şiddetin depresyon ve diğer ruhsal hastalıkları anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (88).

David ve ark. şiddete uğrayan kadınların %50'sinde depresyon görüldüğünü belirtmektedir (96). Weingourt ve ark. tarafından yapılan çalışmada da şiddete uğrayan kadınların %47'sinde depresyon olduğu belirlenmiştir (120). Balcı ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan kadınların %47,6'sında depresyon, %17,9'unda intihar düşüncelerinin olduğu belirlenmiştir (121).

Eşleri tarafından uygulanan şiddet kadınlar arasında başta gelen örselenme nedenidir ve bu nedenle gelişen travma sonrası stres bozukluğuna yol açma oranı tahminen %25 ile %65 arasında değişmektedir (122). 41 çalışmanın verilerinden elde

edilen bir gözden geçirme araştırmasında, depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan kadınlarda, ruhsal hastalığı olmayanlara göre partner şiddetine maruz kalma oranı daha yüksek bulunmuştur (123). Araştırmalar eş şiddetine maruz kalmanın kadınlarda TSSB ihtimalini dört kat, depresyon ihtimalini ise üç kat arttırdığını göstermektedir (124).

Türkiye’de şiddet gören kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %48’inde TSSB, %33’ünde ise depresyon geliştiğini bulunmuştur (125). Yapılan bir çalışmada fiziksel şiddete uğrayan kadınların %8,7’sine travma sonrası stres bozukluğu, %12,3’üne anksiyete bozuklukları, %8’ine depresif duygudurum bozukluğu, bozukluğu tanıları konulmuştur (126). Ayrıca, şiddete mağduru kadınlarda intihar oranının 4-8 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (127).

Literatüre göre kadınlarda şiddet sonrası depresyon görülme oranının %8 ile %50 aralığında, post travmatik stres bozukluğu oranının %8-%65 aralığında değiştiği belirtilmiştir. Çalışmamızda da literatür ile uygun olarak partner şiddeti ile başvurup Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen kadınların %27,2’sinde şiddete bağlı ruhsal hastalık saptandığı, (Tablo 19) bu kadınların %55’inin depresyon, %35,3’ünün post travmatik stres bozukluğu, %8,8’inin (Tablo 20) ise diğer ruhsal hastalıklar şeklinde tanı aldığı belirlenmiştir. Genel olarak partner şiddeti mağduru kadınlarda şiddete bağlı depresyon ve post travmatik stres bozukluğu saptanmaktadır. Bir kadın sığınma evinde yapılan çalışmada şiddet mağduru kadınlardan %28,8’i Major Depresyon ve TSSB tanılarını, %11,9’u Major Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılarını aynı anda almışlardır (128). Buradan da anlaşılacağı gibi şiddete bağlı aynı anda birden fazla ruhsal hastalık da ortaya çıkabilmektedir. Kadınların muayenesinin yapılmasında bu hastalıklar yönünden incelenmesi, gerekirse konsülte edilip takibinin yapılması kadın sağlığı açısından çok önemlidir.

Çetin ve arkadaşlarının (1999) Trabzon ilinde gerçekleştirdikleri çalışmada eğitim seviyesi ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış, depresyonun en çok eğitimsiz popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının düştüğü belirlenmiştir (129). Gözüyeşil ve arkadaşlarının araştırmasında

fakülte ve yüksekokul mezunu kadınlarda depresyon ortalamasının, eğitim seviyesi ilköğretim veya lise mezunu olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (130). Ankara'da yaşayan 15-49 yaş aralığında aile işi şiddet mağduru 12,510 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınlarda eğitim seviyesi yükseldikçe depresyon yaşama oranının düştüğü belirlenmiştir (131). Literatürde eğitim durumu ile şiddete bağlı ruhsal hastalıkların ortaya çıkması arasında pozitif veya negatif ilişki belirlenen çalışmalar olmakla beraber, bizim çalışmamızda ilkokul veya ortaokul mezunu olanlarda şiddete bağlı ruhsal hastalık tanısı alma durumu %20,5 iken lise veya üniversite mezunlarında bu oran %36,5'dir. Lise veya üniversite mezunu kadınlarda şiddete bağlı ruhsal hastalık saptanma oranı ilkokul veya ortaokul mezunu kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 27). Lise ve üniversite mezunlarındaki şiddete bağlı ruhsal hastalık oranının ortaokul ve ilkokul mezunlarına göre yüksek olması bu kadınların şikayetlerini daha kolay dile getirerek kendini hekime daha rahat açabilmesinden ve durumun konumlarıyla bağdaşmadığının bilinciyle duruma adapte olamamalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızdaki bazı kadınların muayenesinde şiddetli kaçınma bulguları, ağlama krizleri, ağır uyku ve iştah bozuklukları, intihar düşüncesi gibi belirgin ruhsal patolojiler gözlenirken bazıları ise yalnızca kendini pek iyi hissetmediği, psikiyatrik muayene olmasının kendisine iyi gelebileceği gibi söylemlerde bulunmuşlardır. Bu nedenle çalışmamızda kadınların muayene bulguları belirgin bulgular ve belirgin olmayan bulgular şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Çalışmamızda bu iki grup arasında şiddete bağlı ruhsal hastalık tanısı saptanması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması ve belirgin ruhsal muayene bulgusu olmamasına rağmen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına konsülte edilen grupta şiddete bağlı ruhsal hastalık saptanma oranının %17,6 çıkması dikkat çekicidir. Bu bulgu şiddet gören kadının adli tıp uzmanı tarafından muayenesinin detaylı yapılması, psikiyatri konsültasyonunun belirgin bulgu olmasa dahi istenmesi gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda maruz kaldığı şiddete bağlı tanı alma durumu 18-25 yaş aralığındaki kadınlarda %20, 26-35 yaş arası kadınlarda %26,8, 36 yaş ve üstü kadınlarda %30,6 olarak şikayetçi olma durumları ise 18-25 yaş aralığındaki kadınlarda %80, 26-35 yaş aralığındaki kadınlarda %57,1, 36 yaş ve üstü kadınlarda

%51 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların yaş aralığı ile şiddete bağlı tanı alma ve şikayetçi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Şiddetten şikayetçi olma oranının yaş artışı ile azalması ise dikkat çekicidir.

Çalışmamızda maruz kaldığı şiddete bağlı tanı alma durumu evlilik süresi bir yıl ve altı olanlarda %44,4, 2-5 yıl arası olanlarda %19,5, 6-10 yıl arası olanlarda %27,6, 11-20 yıl olanlarda %41,7, 21 yıl ve üstü olanlarda %18,2 olarak, şikayetçi olma durumları ise evlilik süresi bir yıl ve altı olanlarda %88,9, 2-5 yıl arası olanlarda %68,3, 6-10 yıl arası olanlarda %41,4, 11-20 yıl olanlarda %54,2, 21 yıl ve üstü olanlarda %54,5 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların evlilik süreleri ile şiddete bağlı tanı alma ve şikayetçi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda maruz kaldığı şiddete bağlı tanı alma durumu ilk kez şiddet görenlerde %21,1, 2-3 kez şiddet görenlerde %45,5, 4-5 kez şiddet görenlerde %9,5, çok sayıda şiddet görenlerde %31,8 olarak şikayetçi olma durumları ise ilk kez şiddet görenlerde %63,2, 2-3 kez şiddet görenlerde %72,7, 4-5 kez şiddet görenlerde %42,9, çok sayıda şiddet görenlerde %54,5 olarak saptanmıştır. Maruz kalınan şiddet sayısı arttıkça şiddete bağlı ruhsal bozukluk tanısı alma oranının artması ve/veya kadınlarının şikayetçi olma oranının artması beklenirken, çalışmamızda kadınların maruz kaldığı şiddet sayısı ile ruhsal tanı alma ve şikayetçi olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Beklendiği üzere şiddet sayısı ile korele bir artış söz konusu olmamıştır. Bu bize zaman içinde tekrar tekrar şiddete maruz kalan kadınların belki bir savunma mekanizması olarak şiddeti kanıksadığını düşündürebilir. Birçok kadının ruhsal muayenesinde saptanan ve şiddetle alakası olmadığı düşünülen kronik depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku iştah sorunları gibi ruhsal hastalıkların aslında kadının maruz kaldığı şiddet ile yakından ilişkisi bulunabilir. Söz konusu dayanak ve gerekçelerle düzenlenmiş raporlarda sonuç olarak görüş belirtmekten kaçınmamak hekimliğin görev ve sorumluluklarındandır. Bu sorumluluk seçili olguların raporlarında “Adli şikayet konusu olan son olaydan önceki fiziksel ve sözel şiddetin genel olarak adli bildirimini yapılmadığı, mağdur olan tarafta yineleyen fiziksel, sözel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddete bağlı olarak kronik depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi hastalıklar

gelişebileceği, kişide kanıksama-duyarsızlaşma veya öğrenilmiş çaresizlik durumu olarak nitelendirilebilecek bir savunma mekanizması gelişebileceğinden ruh sağlığında son şiddet olayına bağlı belirgin değişiklik ya da bozulma oluşmayabileceği, bu nedenle şikayet konusu son şiddet olayının önceki şiddet olaylarıyla birlikte bir bütün olarak değerlendirilerek tanı konulup tedavi gerektiren ruhsal bulguların partner şiddeti sonucu yaralanması ile de nedensellik bağının bulunabileceği” şeklinde değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda 125 olgunun 2 tanesinde (%1,6) şiddete bağlı fiziksel bulgu saptanmamıştır. Yalnızca fiziksel muayene bulgularına göre rapor düzenlenmesi durumunda bu iki olguya “olayın gerçekleştiğine dair kanıt bulunamadığı” yönünde görüş verilmesi düşünülebilecekken ruhsal durum değerlendirmesi yapıldığında şiddete bağlı ruhsal patolojik bir bulgu saptanmış, bulgular ile maruz kalınan şiddet ile nedensellik bağı kurulup “maruz kaldığı olaya dair tıbbi kanıt bulunduğu” yönünde rapor verilmiştir.

Şiddete bağlı fiziksel bulgu olmayan kadınların ruhsal bulgularının maruz kaldığı şiddet ile nedensellik bağının kurulduğu durumlarda rapor sonucunda kadının yaralanmış olduğunun kabul edilmesi mağdurun tanı-rehabilitasyon aşamasında yarar sağlayacağı gibi failin de gerektiği cezayı alması ve mahkeme sürecinin doğru bir şekilde ilerlemesine de imkan sağlayacaktır. Bu durum ilk bakışta mağdur tarafından suistimale (similasyon-sürsimülasyon vb.) açık gibi gözükebilir ancak; fiziksel muayenede hiçbir bulgu saptanamayan durumlarda, olayın gerçekleşip gerçekleşmediği yönünde fikir vermesi açısından ruhsal değerlendirmeden başka bir yol kalmadığı da aşikârdır. Elbette ruhsal değerlendirmede saptanan her bulgu olaya bağlı değildir. Buradaki vurgulanması gereken nokta, maruz kalınan olay ile nedensellik bağı kurabildiğimiz bulguların tıbbi değerlendirme ve yargılama için anlamlı olduğudur. Söz konusu dayanak ve gerekçelerle düzenlenmiş raporlarda sonuç olarak görüş belirtmekten kaçınmamak hekimliğin görev ve sorumluluklarındandır. Bu sorumluluk seçili olguların raporlarında “muayene sırasındaki duygulanımının, olayı anlatımının içeriği ile uyumlu bulunduğu” şeklinde belirterek yerine getirilmelidir (132).

2018 ve 2019 yıllarında Adli Tıp Anabilim Dalımıza partner şiddeti nedeniyle 322 kadın başvurmuş; bu kadınlardan 125'inde şiddete bağlı ruhsal bulgular saptanıp Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilmiştir. Konsülte edilen kadınların %27,2'sine (n:34) şiddete bağlı ruhsal hastalık tanısı konmuştur. 34 kadının 33'ünün yaralanması partner şiddetinin ruhsal hastalığa yol açmasından dolayı, 1 kadının yaralanması ise ruhsal hastalığa ve kemik kırığına yol açmasından dolayı "basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek niteliktedir" şeklinde raporlanmıştır. Adli Tıp Anabilim Dalımıza partner şiddeti ile başvuran 322 olgunun %10,6'sında (%5,9 depresyon, %3,8 post travmatik stres bozukluğu, %0,9 diğer ruhsal hastalıklar) şiddete bağlı psikiyatrik hastalık saptanmıştır ve bu kadınların neredeyse tamamının yaralanmasına yalnızca partner şiddetine bağlı ruhsal hastalık saptandığından "basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte" şeklinde rapor verilmiştir. Denizli'de yapılan bir çalışmada Adli Tıp Anabilim Dalı'na aile içi şiddet nedeniyle başvuran olguların %99,3'ünün basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olduğu saptanmıştır (109). Çalışmamızda ruhsal bulgu saptanıp Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na konsülte edilen 125 kadının yalnızca fiziksel bulguları değerlendirildiğinde yaralanmalarının "basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte" şeklinde değerlendirme oranı %4,8 iken; kadınların ruhsal hastalık durumları değerlendirildiğinde bu oran %32 çıkmıştır. Aradaki bu fark bize şiddete bağlı ruhsal etkilenimin en az fiziksel yaralanmalar kadar önemli olduğu, hatta çoğu zaman daha önemli ve kalıcı olduğunu göstermektedir. Kadınlar şiddete maruz kaldığı zaman daha çok ruhsal açıdan etkilenmekte ve yaralanmaktadırlar. Bu; hekimlerin en çok dikkat etmesi gereken durumlardan biridir. Ruhsal muayenenin atlanması ya da özensiz davranılması rapor sonucunu etkileyecek, kadının hakkını aramasını, almasını, en önemlisi de tedavisini engelleyebilecektir. Bu aslında hekimin görevini ihmali olarak değerlendirilebilecek nitelikte bir durumdur. Ülkemizde partner şiddetine maruz kalan kadınlar ilk olarak acil servislere ya da aile hekimlerine başvurmakta ya da kolluk güçlerince getirilmektedir. Bu birimlerde bulunan hekimler tarafından düzenlenen raporlar neticesinde kadınlar yönlendirilmekte ve adli süreç işlemektedir. Birçok durumda adli tıp uzmanı olmaması nedeniyle diğer hekimlerce düzenlenen raporlar kullanılmaktadır. Bu nedenle sadece adli tıp uzmanı değil rapor düzenleyen tüm hekimler kendisine

başvuran kişinin şiddete ve/veya başka bir travmaya bağlı ruhsal etkilenmesini irdelemeli, muayenesini bu şekilde tamamlamalıdır. Gerekli gördüğü takdirde konunun uzmanı branşlara ya da bir üst kuruma sevk edilip raporun o şekilde tamamlanması sağlanmalıdır. Tekrar vurgulanması gereken ise kadının ruh sağlığıdır. Muayene bulgusu olan kadınlar gerekli takip ve tedaviye alınmalı ya da yönlendirilmelidir. Tanı konulmayıp tedavi edilmemiş ruhsal hastalıklar ilerleyen dönemlerde kadın sağlığı açısından çok daha büyük etkilere yol açabilmektedir.



ÖZET

2018-2019 Yılları Arasında Anabilim Dalımıza Başvuran Partner Şiddeti Mağduru Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Adli Tıp Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamızda partner şiddeti nedeniyle rapor almak için başvuran kadınların değerlendirilmesinde olaya bağlı ruhsal etkilenim ile bunun sonucunda gelişebilecek olan ruhsal patolojilerin önemini ayrıca bu durumların adli rapor sonucunu ne ölçüde etkilediğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Bu kapsamda toplumdaki kadınların bir örneklemini olduğu öngörülen adli olgulardan; 1 Ocak 2018-31 Aralık 2019 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında muayenesi yapıp Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilen partner şiddeti olguları retrospektif olarak incelenerek literatürle karşılaştırılmıştır.

Partner şiddeti mağduru kadınların birçoğunda şiddete bağlı fiziksel yaralama bulguları basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikteyken ruhsal bulguları değerlendirildiğinde önemli bir kısmının yaralanma bulgularının basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte olduğu belirlenmiştir. Adli Tıp Anabilim Dalımıza partner şiddeti nedeniyle 2018 ve 2019 yıllarında 322 kadın başvurmuş; bu kadınlardan 125'inde şiddete bağlı ruhsal bulgular saptanıp Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına konsülte edilmiştir. Konsülte edilen kadınların %27,2'sine (n:34) şiddete bağlı ruhsal hastalık tanısı konmuştur. 34 kadının 33'ünün yaralanması partner şiddetinin ruhsal hastalığa yol açmasından dolayı, 1 kadının yaralanması ise ruhsal hastalığa ve kemik kırığına yol açmasından dolayı "basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek niteliktedir" şeklinde raporlanmıştır. Adli Tıp Anabilim Dalımıza partner şiddeti ile başvuran 322 olgunun %10,6'sında (%5,9 depresyon, %3,8 post travmatik stres bozukluğu, %0,9 diğer ruhsal hastalıklar) şiddete bağlı psikiyatrik hastalık saptanmıştır ve bu kadınların neredeyse tamamının yaralanmasına yalnızca partner şiddetine bağlı ruhsal hastalık saptandığından "basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte" şeklinde rapor verilmiştir. Yapılan analizler partner şiddeti mağduru kadınlarda hekimin fiziksel bulguları yanında

ruhsal bulgularının da değerlendirilmesinin düzenlenecek rapor sonucunu önemli derecede etkilediğini ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler: aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, partner şiddeti, ruhsal değerlendirme, ruhsal hastalık



SUMMARY

The Clinical, Sociodemographic And Forensic Medical Assessment Of The Cases Of Woman Victims Of Partner Violence Who Applied To Our Forensic Medical Department Between 2018 and 2019

In our study it was aimed to reveal the importance of event based psychological trauma and eventual psychological pathology and the influence of these situations on the conclusions of the reports, in the assessment of the cases of women who applied to obtain a report related to partner violence.

In this scope, out of the forensic cases that are sampling of the women in our society, the partner violence cases between January 1st,2018 and December 31st,2019 -diagnosed and consulted to Psychiatry Department of Süleyman Demirel University Forensic Medicine Department-were investigated retrospectively and compared to the literature.

It has been revealed that while symptoms of some physical injuries caused by violence on many women who are victims of partner violence can be cured by a basic medical care, many of the physical injuries -after their psychiatric symptoms are evaluated-cannot be cured by a basic medical care. 322 women applied to our department because of partner violence in 2018 and 2019. 125 of them sent to the Psychiatry Department for medical consultation. 27,2% of the cases (34 women) of psychiatric consultation were diagnosed mental illness caused by violence. Injuries of 34 women were described so as cannot be cured by basic medical care, since 33 of them were diagnosed mental illness and one was diagnosed mental illness and bone fracture.322 cases applied to our forensic medicine department because of partner violence. 10,6% of them have been diagnosed mental illness (5,9% depression, 3,8% post-traumatic stress disorder, 0,9% other mental illnesses). Almost all of the cases were reported as “the cases so as cannot be cured by a basic medical care” since the cases were diagnosed mental illness caused by only partner violence. The analyses revealed that evaluation of physical symptoms as well as psychiatric symptoms of

the women victims of partner violence influence significantly the conclusions of the reports to be prepared.

Key Words: domestic violence, violence against women, partner violence, spiritual assessment, mental illness



KAYNAKÇA

1. Sözlük, G. T. Ankara: Türk Dil Kurumu, sozluk. gov. tr. (Erişim tarihi 01.07.2019).
2. Ozankaya, Ö. Toplum Bilim, 9. bas. Cem Yay. İstanbul. 1996.
3. Ülken, H. Z. Aile. Aile Yazıları I, Temel Kavramsal Yapı ve Tarihi Süreç, Bilim Serisi, 1991; 27.
4. Kurumu, B. A. A. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Bilim Serisi, 1998; 113, 3-10.
5. Onur, B. Gelişim psikolojisi:(yetişkinlik-yaşlılık-ölüm). Sefat Yayıncılık. 2000.
6. Özçetin, A., Mayda, A., Karaca, A., & Akkuş, D. Geniş ailede gelin olmak ruhsal belirtileri etkiliyor mu. *NewSymposium Journal*, 2007; 45(3): 113-118.
7. Larousse, M., Lugat, B., & Ansiklopedi, M. Y. 1990; Cilt 11, 777.
8. Ailenin Korunmasına Dair 4320 Sayılı Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr> (Erişim tarihi: 19.12.2019).
9. Arın, C. Kadına Yönelik Şiddet. *Cogito*, YKY Yayınları, İstanbul, 1996;(6-7), 305-312.
10. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. The world report on violence and health. *The Lancet*, 2002; 360(9339), 1083-1088.
11. Subaşı, N., & Akın, A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*, 2003;231-249.
12. Tekin, M., & Gözütok, F. D. Ankara gecekondularında yaşayan ve şiddete karşı eğitim alan kadınların eşlerarası şiddet açısından konumları:" şiddete uğrayan kadınlara yasal haklar, fırsatlar ve bunları kullanma amaçlı bilgilendirme/bilinçlendirme. 1996.
13. Fromm, E., & Arıtan, A. Freud düşüncesinin büyüklüğü ve sınırları. *Arıtan*,1981;153-154.
14. İçli, T. G. Türkiye’de Kadın Suçluluğunun Aile İçi İlişkiler ve Aile Yapısı Açısından İncelenmesi. 20. Yüzyılın sonunda Kadınlar ve Gelecek Konferansı, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları,1997; 19-21.
15. Ergin, N., & Bilgel, N. Bursa il merkezinde kadınlara yönelik şiddetle ilgili durum saptaması araştırması. *Hemşire ve Ebeler İçin Hemşire Dergisi*, 2001; 51(1-2), 12-16.
16. Türkdoğan, O. Sosyal şiddet ve Türkiye gerçeği. *Timaş Yayınları*,1996; 262.
17. Eryılmaz, G. Aile içi şiddet, kadın sağlığı ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 5(2), 19-24.
18. Akkaş, İ., & Uyanık, Z. Kadına Yönelik Şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 2016; 6(1), 32-42.

19. ŞEN, A. A. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Kurumlar Arası İşbirliği Süreci ve 6284 Sayılı Yasanın Uygulanabilirliği. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 2018; 11(22), 141-161.
20. Çakır Parmaksızoğlu, A. Aile içi şiddet mağduru olup boşanma sürecinde bulunan kadınlarda travma sonrası stres belirtileri ve ilişkili özellikler (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). 2011.
21. Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr> (Erişim tarihi: 21.01.2020).
22. Özgüven, İ. E. Ailede iletişim ve yaşam. PDREM Yayınları, 2010.
23. Tekeli, S. Kadın Bakış Açısından Kadınlar: 1980'ler Türkiye'sinde Kadınlar.1993.
24. Dickstein, L. J. Spouse abuse and other domestic violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988; 11(4), 611-628.
25. Sevinç, N. Eski Türkler'de kadın ve aile. Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, 1987; 30-35.
26. Taşdan, D. Çocuk ve Şiddet'. Babıali Kültür Yayıncılığı, İstanbul, 2009.
27. Dixon, L., & Browne, K. The heterogeneity of spouse abuse: A review. *Aggression and violent behavior*, 2003; 8(1), 107-130.
28. İlkaracan, P., Gül, L., & Arın, C. Sıcak Yuva Masalı: Aile İçi Şiddet ve Cinsel Taciz. 1996.
29. Sakallı-Uğurlu, N., & Ulu, S. Evlilikte kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlar: Çelişik duygulu cinsiyetçilik, yaş, eğitim ve gelir düzeyinin etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2003; 6(11), 53-65.
30. Sallan Gül, S. Türkiye'de Kadın Sığınmaevleri Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar mı. İstanbul, Bağlam Yayınları. 2013.
31. Doğanavşargil, Ö., & Vahip, I. Fiziksel eş şiddetini belirlemede klinik görüşme yöntemi. *Klinik Psikiyatri*, 2007; 10, 125-136.
32. Rittersberger-Tılıç, H. Aile içi şiddet: Bir sosyolojik yaklaşım. O. Çiftçi (Ed.), 1998; 20, 119-129.
33. Güler, N., Tel, H., & Tuncay, F. Ö. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005; 27(2), 51-56.
34. Altınay, A. G., & Arat, Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet. 2007.
35. Uçar, M. A. Aile İçi Şiddet ve Ailenin Korunması Yasası. Yetkin Yayınları, Ankara, 2003.
36. Günay, C. Mor Bakışlar Kadının Sirtından Sopa Eksik Olmuyor. Truva Yayınları, İstanbul, 2004; 94.
37. Polat, O. Çocuk ve Şiddet (1. Baskı). İstanbul: Der Yayınevi, 2001.
38. <https://morcati.org.tr/yayinlarimiz/brosurler/187-erkeklerin-siddetine-karsi-dur-yasami-degistir/> (Erişim Tarihi:12.11.2019).

39. Müdürlüğü, T. B. K. S. G. Türkiye’de aile içi şiddet raporu. Ankara. Erişim: www.kadininstatusu.gov.tr/upload/...gov.tr/.../Ana_Rapor_Mizan_1.pdf. 2009.
40. Enstitüsü, H. Ü. N. E. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teskilati ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye, 2009.
41. Çetiner, Ş. G. Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda cinsel sorunlar ve intihar olasılığı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
42. Artuk, M. E. Kadına Yönelik Cinsel İstismara Örnek Olarak Evlilik İçinde Irza Geçme ve Fücur, 2. Baskı, İstanbul 2002.
43. Ayan, S. Aile ve şiddet: Aile içinde çocuğa yönelik şiddet. Ütopya Yayınevi, 2010.
44. Kayır, G. Ö. Kadınlar ve Psikolojik Şiddet. Evdeki Terör: Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Mor Çatı Sığınma Vakfı Yayınları, 1996; 93-94.
45. Vakfı, M. Ç. K. S. Geleceğim elimde. İstanbul: Mor Çatı Yayınları. Violence Against Women in Turkey, 1998; 101, 2005.
46. Donovan, J. Feminist Teori,(Çev. Aksu Bora ve Diğerleri). İstanbul: İletişim Yayınları, 2001.
47. Khan, M., Kapoor, S., & Cooraswamy, R. Domestic violence against women and girls. Innocenti digest.2001.
48. Yazıcıoğlu, Y., & Kayhan, Ü. Aile yapısı ve ilişkileri. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir, 2007.
49. Bilgel, N., & Orhan, H. Aile içi şiddet. Bilgel N (Editör). Aile hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi, 2006.
50. Wang, S., An, L., & Cochran, S. D. Women’s Health. Detels R, McEven J, Beaglehole R, Taraka H. 2002.
51. Efe, Ş. Y., & Ayaz, S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010; 11(1), 23-29.
52. Meit, S. S., Fitzpatrick, K. M., & Selby, J. B. Domestic violence: intimate partner violence. Textbook of medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier, 2007.
53. Gelles, R. J., & Conte, J. R. Domestic violence and sexual abuse of children: A review of research in the eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 1990; 1045-1058.
54. Müdürlüğü, K. S. G. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi ve İhtiyari Protokol. 2001.
55. Aslan, D. Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Ankara Tabip Odası, 2009; 91-99.

56. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. World Health Organization. 2005.
57. Solly, B., Marcia, L., & Patrica, A. Violence Against Women. Maternal Newborn Nursing Multi Media. 2000.
58. Kearney, M. H. Enduring love: A grounded formal theory of women's experience of domestic violence. *Research in nursing & health*, 2001; 24(4), 270-282.
59. Faramarzi, M., Esmailzadeh, S., & Mosavi, S. A comparison of abused and non-abused women's definitions of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2005.
60. Korkut-Owen, F., & Owen, D. Kadına yönelik aile içi şiddet. Ankara Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. 2008.
61. <https://tr.euronews.com/2019/11/25/kadina-siddet-avrupa-da-da-artist-gosteriyor-siddetin-cografyasi-yok> (Erişim Tarihi:34.01.2020).
62. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014. <http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/anasayfa.htm> (Erişim Tarihi 16.11.2019).
63. Tel, H. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002; 6(2), 1-9. .
64. Yıldız, Y., yavuz, M. F., Sokullu Akıncı, F., & Golge, Z. B. Aile İçi Şiddet Olgularında 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanunun Uygulamaları. *Adli Tıp Dergisi*.2003;17:59-66.
65. Turhan, E., Güraksın, A., & İnandı, T. Erzurum'da kadına yönelik aile içi şiddet. 2006; 24-30.
66. <https://www.catlakzemin.com/17-mayis-1987-dayaga-karsi-dayanisma-yuruyusu/> (Erişim Tarihi: 20.01.2020).
67. Müdürlüğü, T. B. K. S. G. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı. 2007.
68. Eryılmaz, MB; Güleç, HB; Büker, H, Tehdit Altındaki Kişilerin Korunması, Yetenek Ajans, 2012.
69. Müdürlüğü, K. S. G. Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı. 2008.
70. Gözler, K. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Ekin Kitabevi Yayınları. 2004
71. Kanunu, T. C. Türk Ceza Kanunu. 13.12.2012.
72. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/yeni_medeni_kanun.pdf (Erişim Tarihi: 25.12.2019).
73. Bozkurt, Ş. E. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemede 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2011.

74. Statüsü, T. B. K., & Müdürlüğü, S. G. TBMM kadının statüsünü araştırma komisyonu raporu. 2. Baskı. Ankara: Cem Web-Ofset, 2003.
75. Konseyi, A. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi). 2011.
76. Bohannon, P. The six stations of divorce, 29-55 in P. Bohannon (Ed.). *Divorce and After*.1970.
77. Goodman, L. A., Dutton, M. A., & Harris, M. The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. *Journal of traumatic Stress*, 1997; 10(1), 51-70.
78. Gömbül, O., & Buldukoglu, K. Hemsirelerin Kadın ve Kadına Yönelik Es Siddetine İlişkin Görüşleri (The opinions of nurses on females and the violence by the partner on the female). *Kriz Dergisi*, 1997; 5(2), 103-114. .
79. Frost, M. Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30:12-18. .
80. Kartal, G. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık teşkilatının rolü, 1. In 1. Kadın Sağlığı Kongresi "kadına Yönelik Şiddet" Kongre Kitabı 2008; (pp. 91-92).
81. Biçer, Ü., Tırtıl, L., Kurtuş, Ö., & Aker, T. Adli psikiyatri. Editörler: Prof. Dr. Sermet KOÇ Yrd. Doç. Dr. Muhammet CAN, 1996; 22: 126-132.
82. İçli, T. G., Ögün, A., & Özcan, N. Ailede kadına karşı şiddet ve kadın suçluluğu. Ankara: TC Devlet Bakanlığı Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları. 1995.
83. Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M., & Foy, D. W. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995; 63(2), 308-312.
84. Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S., Polek, D. S., & Rutledge, L. L. Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 1991; 6(1), 81-95.
85. Rosen, D. The impact of violence on the lives of teenage mothers. In Annual Conference for the Council for Social Work Education in San Francisco, 1999.
86. Khosla, A. H., Dua, D., Devi, L., & Sud, S. S. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci* Vol. 2005; 59, No.5:195-198.
87. Pico-Alfonso, M. A. Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2005; 29(1), 181-193.
88. Avdibegović, E., & Sinanović, O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 2006; 47(5), 730-741.

89. Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2001; 2(2), 99-119.
90. Birliği, A. P. Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5) tanı ölçütleri başvuru elkitabı. E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
91. Kaplan, H., & Sadock, B. Klinik Psikiyatri, Çev. E. Abay. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2004.
92. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 1991; 48(3), 216-222.
93. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 1995; 52(12), 1048-1060.
94. Kaya, B. Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*, 2000; 4(2), 37-43.
95. Davison, G. C., & Neale, J. M. Anormal psikolojisi (7. baskı). İ. Dağ (Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004.
96. Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*, 2000; 56(10), 1289-1316.
97. Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü. Şiddetin kadın sağlığına etkileri ve sağlık çalışanlarının rolü. *Kadın Çalışmaları Dergisi*, 2007; 2(4), 32-47.
98. Hidalgo, R. B., & Davidson, J. R. Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. *The Journal of clinical psychiatry*, 2000; 61(supp 7):5-13.
99. Herman, J. L. Travma ve iyileşme. İstanbul: Literatür Yayıncılık, 2007.
100. Yüksel, Ş. Travmatik yaraların açığa çıkmasında ve onarılmasında görüşme ortamı. *Klinik Gelişim*, 2009; 22(4), 11-17.
101. Yaralama, T. C. K. N. T., & Rehberi, S. A. T. A. D. Haziran 2019. (Erişim tarihi: 26.08. 2019).
102. Erim R, Öncü F. Kadına yönelik şiddete psikiyatrik, hukuki ve sosyal açıdan yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Dergisi*. 2011;1(1):40-52. .
103. Aile, T. C., & Bakanlığı, S. P. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Elma Yayıncılık, 2015.
104. García-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization, 2005; 86-90.

105. Rezaki M. Mental Health Problems in Turkey. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 2001; 7(39), 773-6.
106. Taşkale, N. Aile İçi Şiddet Mağduru Kadınların Şema Modeli Açısından İncelenmesi. 2014.
107. Kılıççıoğlu, D. B., Buran, C. F., & Küçük, Z. S. Forensic medical analysis of the domestic violence against women attempts to the emergency department: İzmir case Acil servise başvuran kadına yönelik şiddet olgularına adli tıbbi bakış: İzmir örneği. 2016.
108. Wencheke, E., & Tadesse, M. Determinants of Ethiopian Women's Attitudes Toward Wife Beating. *Journal of interpersonal violence*, 2020; 1-11.
109. Boz, B., Acar, K., & Kurtuluş, A. (2008). Mayıs 2003-temmuz 2004 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi tıp fakültesi adli tıp anabilim dalı'na başvuran aile içi şiddet olguları. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (1), 13-16. .
110. Müdürlüğü, T. B. K. S. G. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık, 2009.
111. Polis Akademisi ile Asayiş Daire Başkanlığı, 03-04 Mart 2017 tarihli "Aile İçi ve Kadına Karşı Şiddetle Mücadele Konferansı sonuç raporu" <https://www.pa.edu.tr/Upload/editor/files/aile-ici-ve-kadina-karsi-siddetle-mucadele.pdf> (Erişim Tarihi:22.02.2020) .
112. Ağçay, G. Sakarya ilindeki Kadınların Aile İçi Şiddete Uğrama Durumları ve Yasal Sorumlulukları Hakkında Bilgi Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.
113. Dalı, S. A., & Dalı, S. B. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet (Aksaray Örneği) Yüksek Lisans Tezi.
114. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin Türkiye'de Aile İçi Şiddetle İlgili (Opuz/Türkiye) Kararı. <Http://www.kahdem.org.tr/?p=261>. (Erişim Tarihi:11.01.2020) .
115. Gunay, Y., Sozen, S., Yavuz, F., & Ramadanoglu, E. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Olguları: Adli Tıp Uygulaması Çerçevesinde Bir Değerlendirme. *Turkish Journal of Forensic Medicine*, 1996; 12(Supp: 1-2-3-4), 69-79.
116. Yassı, F. Boşanmış kadınlar ve eski eş şiddeti (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2014.
117. Özyurt, B. C., & Deveci, A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk psikiyatri dergisi*, 2010; 21(1), 1-7.
118. Yang, M. S., Yang, M. J., Chang, S. J., Chen, S. C., & Ko, Y. C. Intimate partner violence and minor psychiatric morbidity of aboriginal Taiwanese women. *Public Health Reports*, 2006; 121(4), 453-459.
119. Tadege, A. D. The mental health consequences of intimate partner violence against women in Agaro Town, southwest Ethiopia. *Tropical doctor*, 2008; 38(4), 228-229.

120. Weingourt, R., Maruyama, T., Sawada, I., & Yoshino, J. Domestic violence and women's mental health in Japan. *International nursing review*, 2001; 48(2), 102-108 .
121. Balci, Y. G., & Ayranci, U. Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses. *Journal of clinical forensic medicine*, 2005; 12(5), 258-263.
122. Stein, M. B., & Kennedy, C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of affective disorders*, 2001; 66(2-3), 133-138.
123. Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 2012; 7(12).
124. Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and met. 2012.
125. Salcioglu, E., Urhan, S., Pirinccioglu, T., & Aydin, S. Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 2017; 9(1), 117-125.
126. Almiş, B. H., Kütük, E. K., Gümüştaş, F., & Çelik, M. Kadınlarda Ev İçi Şiddet İçin Risk Faktörleri ve Ev İçi Şiddete Uğrayan Kadınlarda Ruhsal Bozulmanın Belirleyicileri. *Arch Neuropsychiatry*, 2018; 67-72..
127. DE, S. Robinson GE. A review of domestic violence and women's mental health. *Arch Wom Ment Health*, 1998; 1(2), 83-9.
128. Aile, A. S. K. S. K. İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarda Ruhsal Bozukluklar. *Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*. 2010.
129. Çetin, İ., Bilici, M., Bekaroğlu, M., Köroğlu, M. A., & Uluutku, N. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psi, 1999.
130. Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008; 3(9), 29-66. .
131. Akalın, A., & ARIKAN, Ç. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 6(2), 1-10. .
132. Duman, İ.B. 2016-2018 Yılları Arasında Genital Muayene Yapılarak Rapor Düzenlenmek Üzere Adli Tıp Anabilim Dalımıza Başvuran Kadın Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Adli Tıp Anabilim Dalı*, 2019.

EKLER

Ek 1. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	2018-2019 Yılları Arasında Anabilim Dalımıza Başvuran Partner Şiddeti Mağduru Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Adli Tıp Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi (12.03.2020 tarih ve 85 sayılı karar)				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası - ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Adli Tıp			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması <input type="checkbox"/>	Tıbbi cihaz klinik araştırması <input type="checkbox"/>	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları <input type="checkbox"/>	İlaç dışı klinik araştırma <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2020	01.001	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŐÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama		
	SİĞORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Sorumlu Araştırmacıya Atı Olduğuna Dair Taahhütname		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENİLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul Kararı		
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>				

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		2018-2019 Yılları Arasında Ana Bilim Dahımıza Başvuran Partner Şiddeti Mağduru Kadınların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Adli Tıp Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi						
Araştırmanın Protokol Kodu		Karar No: 85						
Karar No: 85		Tarih: 12.03.2020						
<p>KARAR BİLGİLERİ</p> <p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>								
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI				İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:				Prof. Dr. Mekin SEZİK				
Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Buket ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Öğretim Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Öğretim Üyesi Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Öğretim Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzman Dr. Nejat EKİNCİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Özel Isparta Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzman Dr. Bora BÜYÜKVANLI	Anesteziyoloji Reanimasyon	Meddem Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	ISUBÜ Teknik Bil. M.Y.O.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

*: Toplantıda Bulunma