



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI

**KADINLARA YÖNELİK TEKRARLAYAN PARTNER
ŞİDDETİNİN TIBBİ BELGELENDİRMESİNDE ve
ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLÜ**

DR. MELTEM GÜNBEĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Samsun-2021



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI

**KADINLARA YÖNELİK TEKRARLAYAN PARTNER
ŞİDDETİNİN TIBBİ BELGELENDİRMESİNDE ve
ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLÜ**

DR. Meltem GÜNBEĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ahmet TURLA

Samsun- 2021

TEŞEKKÜR

Adli tıp uzmanlık eğitimin süresince ve tez çalışmamın her aşamasında beni destekleyen, cesaretlendiren, katkı sunan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ahmet TURLA'ya ve değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Berna AYDIN'a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Birlikte uyum içinde çalıştığımız, tez süreci boyunca hazırlanabilmem için iş yükümü azaltan tüm asistan arkadaşlarıma ve özellikle tezimin her aşamasında desteğini sunan çalışma arkadaşım Dr. Elif SAZAK UYGUL'a, zorlandığım tüm zamanlarda destek veren halk sağlığı uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Meltem GÜNBEĞİ

BEYAN

“Kadınlara Yönelik Tekrarlayan Partner Şiddetinin Tıbbi Belgelendirmesinde ve Önlenmesinde Hekimlerin Rolü” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Meltem GÜNBEĞİ

ÖZET

Giriş: Kadına yönelik şiddet türlerinde partner şiddeti, en sık görülen, şiddet ortamından uzaklaşması en zor olan, tekrarlayan, şiddet yöntemi ve tıbbi sonuçları itibari ile de boyutları giderek ağırlaşan özellikler taşımaktadır. Hekimler, çoğunlukla adli makamlar tarafından tıbbi belgeleme için yönlendirilenler olmak üzere, çalıştıkları tüm alanda bu olgular ile karşılaşmaktadır. Partneri tarafından şiddete uğrayan kadınların çoğu zaman bir kurum ya da kişiye başvurmadığı düşünüldüğünde hekimin karşılaştığı her olgu çok kıymetlidir. Hem kadını şiddetten koruma mekanizmalarını başlatma, tedavi ve rehabilite etme hem de raporlama süreçlerinin hukuka etkisi düşünüldüğünde şiddete uğrayan kadın ile karşılaşmada hekim yaklaşımının önemi yadsınamaz. Çalışmamızda da bu yaklaşımın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Samsun Cumhuriyet Başsavcılığı'na bağlı aile içi ve kadına yönelik şiddet bürolarından sorumlu Cumhuriyet Savcısı tarafınca iddianameleri tamamlanmış 6 aylık dosyalar içerisinde tekrarlayan partner şiddetine maruz kalan kadın olguların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olguların %80,9'u resmi nikâhlı ve %83,7'si aynı evde yaşadığı partneri tarafından şiddete uğramıştı. Sağlık kurumları şiddet sonrası en sık başvuru yapılan ikinci kurumdu. Genel adli muayene raporlarının %54'ü kesin rapor şeklinde verilmişti. Olguların yalnızca %5,8'inde uygun muayene koşullarının sağlandığı görüldü. Muayeneye esas olayla ilgili öyküde olguların %77,4'ünde şiddet uygulayana, %68,6'sında şiddetin şekline, %85,4'ünde olay tarihine, %79,1'inde olayda alet kullanımına dair bilgi olmadığı, %96,4'ünde özgeçmişte şiddet sorgulanmadığı, tespit edildi. Ruhsal muayenenin, olguların %74,5'inde yapılmadığı görüldü. Uzman hekimlerden kesin raporu alınması istenen 55 olgunun 32'sinin raporunun dosya üzerinden hazırlandığı, muayene edilmediği görülmüştür.

Sonuç: Partner şiddetini önlemede, kadınların güvenle başvuru yapabileceği ve biyopsikososyal destek alabileceği merkezlerde, konuda yetkin hekimler tarafından hazırlanacak nitelikli bir tıbbi belge ile kadının hukuksal haklarından yararlanması, bütüncül bir tıbbi yaklaşım ile de rehabilitasyonu sağlanabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, partner şiddeti, tıbbi belgeleme, hekim sorumluluğu, adli tıp.

ABSTRACT

Aim: Among the types of violence against women, partner violence is the most common, the most difficult to get away from the violence environment, repetitive, and its dimensions are getting heavier in terms of violence method and medical consequences. Physicians encounter these phenomena throughout the field in which they work, mostly those referred by judicial authorities for medical documentation. Considering that women who have been subjected to violence by their partners do not apply to an institution or person most of the time, every case that the physician encounters is very valuable. Considering both the initiation of mechanisms to protect women from violence, treatment and rehabilitation, and the impact of reporting processes on the law, the importance of a physician's approach in encountering women who have been subjected to violence cannot be denied. In our study, it was aimed to evaluate this approach.

Material Method: The files of women cases who were exposed to repeated partner violence within the 6-month files whose indictments were completed by the Public Prosecutor responsible for the domestic and violence against women offices affiliated to the Samsun Chief Public Prosecutor's Office were examined retrospectively.

Results: 80.9% of the cases were officially married and 83.7% of them were subjected to violence by their partner living in the same house. Health institutions were the second most frequently resorted to after violence. 54% of the general forensic examination reports were given in the form of final reports. Appropriate examination conditions were observed in only 5.8% of the cases. In the history of the incident, which was the basis of the examination, there was no information about the perpetrator in 77.4% of the cases, the type of violence in 68.6%, the date of the incident in 85.4%, the use of offensive weapon in 79.1% of the cases. It was determined that previous violence exposure was not questioned in 96.4% of the cases. It was observed that the mental examination was not performed in 74.5% of the cases. It was observed that the reports of 32 of 55 cases, whose final report was requested from specialist physicians, were prepared over the file and were not examined.

Conclusion: In the centers where women can apply safely and receive biopsychosocial support in preventing partner violence, a qualified medical document prepared by competent physicians will enable women to benefit from their legal rights and to be rehabilitated with a holistic medical approach.

Keywords: Women, partner violence, medical documentation, physician responsibility, forensic medicine.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Teşekkür	i
Beyan	ii
Özet	iii
İngilizce Özet (Abstract)	iv
İçindekiler	vi
Kısaltmalar Dizini	vii
Şekiller ve Tablolar Dizini	viii
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Şiddet	3
2.2. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddet	4
2.3. Kadına yönelik şiddet türleri	5
2.3.1. Fiziksel şiddet	5
2.3.2. Cinsel şiddet	6
2.3.3. Psikolojik şiddet	7
2.3.4. Ekonomik şiddet	7
2.3.5. Yeni şiddet biçimleri	8
2.4. Tekrarlayan partner şiddeti	9
2.5. Kadına yönelik partner şiddetinin epidemiyolojisi	10
2.5.1. Dünya’da kadına yönelik partner şiddeti	10
2.5.2. Türkiye’de kadına yönelik partner şiddeti	12
2.6. Hukukta kadına yönelik şiddet	13
2.6.1. Uluslararası düzenlemelerde kadına yönelik şiddet	13
2.6.2. Ulusal hukuk sisteminde kadına yönelik şiddet	15
2.7. Hekimlik ve adli tıp uygulamalarında kadına yönelik şiddet	25
2.7.1. Görüşme ve öykü alma	27
2.7.2. Fizik muayene	28
2.7.3. Cinsel saldırı muayenesi	31
2.7.4. Ruhsal muayene	33
2.7.5. Tıbbi belgeleme	34
2.8. Kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik oluşturulan mekanizmalar	36
2.8.1. Dünya’dan örnekler	36
2.8.2. Türkiye’den örnekler	38
3. Gereç ve Yöntem	41
4. Bulgular	43
5. Tartışma	54
6. Sonuçlar ve Öneriler	64
7. Kaynaklar	67

KISALTMALAR DİZİNİ

BM	: Birleşmiş Milletler
CEDAW	: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesine Dair Sözleşme)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KADES	: Kadın Destek Uygulaması
KİM	: Kadın İzlem Merkezleri
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

Şekil 1. Şiddete maruz kalan ile şiddet uygulayan arasındaki yakınlık durumunun dağılımı	43
Şekil 2. Şiddete maruz kalanların ifadelerinin alındığı birimlerin dağılımı	44
Şekil 3. Şikâyetçi olan ve olmayanların gelir durumu ve eğitim seviyesine göre karşılaştırmaları	46
Şekil 4. Ruhsal muayene varlığının dağılımı	49
Şekil 5. Yaralanmaların görüldüğü vücut bölgelerinin dağılımı	50
Şekil 6. Lezyon türlerinin dağılımı	51
Tablo 1. Olguların başvuruya neden olan olay sırasında yaşadıkları şiddet türlerine göre dağılımları	45
Tablo 2. Olguların daha önce maruz kaldığı şiddet türlerine göre dağılımları	45
Tablo 3. Genel adli muayene raporlarının muayeneye esas olay ile ilgili bölümünün içeriklerine göre dağılımı	48
Tablo 4. Genel adli muayene raporları öykü içeriğindeki eksiklikler ve hataların dağılımı	48
Tablo 5. Genel adli muayene raporlarının muayene bulguları ile ilgili bölümünün içeriklerine göre dağılımı	49
Tablo 6. Olguların kesin raporu verilirken muayene edilme oranının uzmanlık alanına göre dağılımı	53

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir kişinin başka birine karşı uyguladığı şiddet olarak tanımlanan kişilerarası şiddete maruz kalan gruplar arasında en çok kadınlar ve çocuklar yer almaktadır (1-3). Özellikle grupların şiddete daha çok maruz kalmasının altında eşitsiz güç ilişkisi yatmaktadır. Kadınlara yönelik şiddet en fazla tanıdık kişiler ve özellikle partnerleri tarafından uygulanmaktadır (4, 5). Ve bu şiddetin sıklıkla tekrarlayıcı, süreğen olduğu saptanmıştır (6). Sistematik bir şiddet olması ile insan hak ihlali ve sonuçları itibariyle de bir halk sağlığı sorunu olması kadına yönelik şiddeti yalnızca kadının bireysel problemi olmaktan çıkarıp toplumsal bir sorun haline dönüştürmektedir (2, 7-10).

Şiddetin temelinde yatan eşitsizlik şiddete karşı duruşta ve şiddetin açığa çıkarılmasında da negatif yönde etki etmektedir. Birçok çalışmada kadınların şiddeti kurumsal düzleme yansıtmadıkları ve belgelenen şiddetin kadınların yaşadıkları oranda olmadığı bildirilmektedir (9). Şiddeti belgelemek amacıyla adli makamlara başvurmadan kaçınan kadınlar, şiddetin sağlığa etkileri dolayısıyla sağlık kurumlarına başvurabilir. Ya da şiddeti paylaşmaktan çekinmelerine rağmen farklı yakınmalar nedeniyle sağlık kurumuna başvurduklarında hekimlerin şiddeti tanınması mümkün olabilir. Ayrıca kişiler adli makamlara başvurduğunda adli rapor nedeniyle sağlık kurumlarına getirilmektedirler. Dolayısıyla hekim grubu kadına yönelik şiddet ile en çok karşılaşan meslek gruplarının başında gelir. Bu yönüyle hekimlerin üzerine düşen sorumluluk oldukça önem kazanmaktadır (11, 12). Şiddete uğrayan kadınla ilk karşılaşan ya da şiddete uğrama ihtimali olan kadını ilk fark eden olması ile kadınları şiddetten koruma mekanizmalarını başlatma, şiddetin neden olduğu sonuçları tedavi etme, uzun vadede rehabilite etme ve belgeleme süreçlerinin hukuka etkisi düşünüldüğünde şiddete uğrayan kadın ile karşılaşmada hekim yaklaşımının önemi yadsınamaz.

Bu çalışmada da; tekrarlayan partner şiddetine maruz kalan kadınların sosyodemografik özellikleri, şiddet uygulayan ile yakınlık ilişkileri, şiddet sonrası ilk başvurdukları kişileri/kurumları, maruz kaldıkları eski ve yeni şiddet tipleri, şiddet sonrası şikayetçi olma durumları, 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı

Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında risk seviyesinin belirlenmesi ve genel adli muayene raporlarının muayene koşulları, öykü içeriği, özgeçmiş, fizik muayene, ruhsal muayene, sonuç ve ek yaklaşım bölümlerinin ayrıntılı incelemesi yapılarak sonuçlar ile kadına yönelik şiddetin önlenmesinde tıbbi belgelendirmenin ve hekim yaklaşımının tıbbi ve hukuki etkilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2002 yılında yayınladığı Şiddet ve Sağlık Raporu'nda şiddeti; "Gücün ya da fiziksel kuvvetin; tehdit yoluyla ya da gerçekte; fiziksel zarar, ölüm, psikolojik zarar, gelişme engeli ya da yoksunluğa neden olacak şekilde; kendine, bir başkasına ya da bir grup veya bir topluma karşı niyetli biçimde kullanılması" olarak tanımlamaktadır (13). Şiddet, sebep olduğu fiziksel ve psikolojik zararlar nedeniyle gelişmekte olan bilimin eski birçok hastalığa çözüm bulduğu bu yüzyılda, en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olmuştur (14). Şiddet, fiziksel sonuçlarının yanı sıra sağlığın tanımı gereği beden, ruhen ve sosyal olarak iyilik halinin sağlanması önünde en büyük engellerden biridir. Hem bireysel hem de toplumsal iyilik halinin önüne geçmesi ve önlenbilir olması nedeniyle sağlık alanında büyük önem taşımaktadır.

Tarihten bugüne şekil değiştiren tanım olarak şiddet denildiğinde akla yalnızca bedene uygulanan güç gelmesine karşın aslında güç sahibi olanın sergilediği her türlü zarar verici davranış şiddet tanımına girmektedir. Şiddetin neredeyse tamamına yakınının altında eşitsizlik, güç dengelerinde orantısızlık yatmaktadır (15).

Şiddet etiyolojik olarak farklı şekillerde ele alınmıştır. Genetik, biyolojik, psikolojik, demografik, , ekonomik, sosyal, kültürel ve politik etmenlerin gerek ayrı ayrı gerekse de birlikte şiddete neden olabileceği öne sürülmektedir (16). Bunlardan bazı yaklaşımlar daha fazla ön plana çıkmıştır. Her ne kadar bu yaklaşımlar için eleştirel ve derin tartışmalar olsa da kısaca tanımlamak gerekir ise;

- a) Davranışçı yaklaşım: Davranışı etkileyen bilişsel süreçleri dikkate almayıp, gözlemlenebilen davranışları inceleme konusu yapmıştır. Şiddetin bireysel değil kolektif olduğunu, toplum dışı veya karşıtı değil tam tersine toplumsal olduğuna vurgu yapar.
- b) Psikanalitik kuram, normal dışı davranışların gelişmesini; 0-6 yaş döneminde doğal istek ve eğilimleri bastırılan ve cezalandırılan birey, ergenlik döneminde de aynı tutumlarla karşılaşır ve doğal güdülerini

(yaşam içgüdü ve ölüm içgüdü) toplum tarafından kabul edilebilir yollarla doyuma ulaştırmayı başaramazsa normal dışı davranışlar geliştirir şeklinde açıklar.

- c) Biyolojik yaklaşım: Saldırgan davranışların genel olarak limbik sistem ile beynin frontal ve temporal lobları ile ilişkili olduğunu söyler. Bazı çalışmalarda da serotonin, dopamin, gama-amino butirik asit gibi maddelerin saldırganlık davranışıyla ilişkisi gösterilmiştir.
- d) Psikososyal yaklaşım: Şiddete tanıklık etme, ekonomik, kültürel problemler yaşama, bozuk sosyal kontrolün artmış şiddet davranışına neden olduğunu savunur.
- e) Feminist kurama göre; ataerkil bir toplumda erkeklerin kadınlardan daha fazla politik, ekonomik ve sosyal güce sahip olduğunu; bu nedenle erkeklerin şiddeti kadınları boyunduruk altına almanın bir yolu olarak kullandıklarını, kadına yönelik şiddetin erkeğin kendi iktidarını korumak istemesinin sonucu olarak ortaya çıkabildiğini savunur (17).

2.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet, 1993 yılında Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından kabul edilen Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi'nin birinci maddesine göre; *“kamusal ve özel alanda gerçekleşen, kadınların fiziksel, cinsel, duygusal zarar görmesiyle sonuçlanan ya da sonuçlanması olası, her türlü cinsiyet temelli şiddet eylemi veya eylemin yapılacağına ilişkin tehdit ya da zorlama ve keyfi olarak özgürlüğün kısıtlanmasıdır”* (18).

Amerikan Psikologlar Derneği kadına yönelik erkek şiddetini; *“kadının tehdit, ihlal veya saldırı olarak yaşanan ve başkası tarafından onun incitilmesi, aşağılanması veya ilişkilerini kontrol etme yeteneğinin elinden alınması gibi etkilere yol açan fiziksel, görsel, sözel veya cinsel davranışlar”* olarak tanımlamıştır (19).

İstanbul Sözleşmesi'nde ise 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 dâhil olmak üzere, kadınlara fiziksel, psikolojik, cinsel*

veya ekonomik zarar ve acı verilmesi sonucuna yol açacak toplumsal cinsiyete dayalı bütün şiddet eylemleri” şeklinde tanımlanmıştır (20).

Toplumda görülen şiddet oranlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, kadınlara yönelik şiddetin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşamın birçok alanında olduğu gibi şiddette de karşımıza çıkan cinsiyet temelli oransal farklar toplumsal cinsiyet rollerini ve bu rollerden kaynaklı eşitsizliği tartışmayı zorunlu kılmıştır. Toplumsal cinsiyet rolleri, toplum tarafından bir cinsiyete yüklenen tutum, davranış ve algıları tanımlar (21). Ataerkil toplumlarda kadın-erkek ilişkileri eşit olmayan güç dengesine dayanır. Bu eşitsizlik ile kadınlar ekonomik, siyasal ve sosyal olarak zayıflatılmıştır.

Kadına yönelik şiddet, cinsiyetler arasındaki güç ilişkilerinin eşit bir temel üzerine oturmadığı erkek egemen toplumlarda, sosyalleşme süreci ile kazanılan, öğrenilen ve yeniden üretilen bir davranış biçimidir. Toplumların şiddete yaklaşımlarının farklılık göstermesinin yanı sıra, şiddetin kadın ve erkek tarafından algılanması, meşrulaştırılması da o toplumda biçilen cinsiyet rollerine bağlı olarak farklılık gösterecektir (22). Siyasal, sosyal, ekonomik ve kültürel dönüşümler nedeniyle şiddetin sıklığı ve biçimi toplumlar arası ve tarihsel olarak farklılıklar gösterebilse de kadına yönelik şiddetin temelinde ataerkil anlayış yatmaktadır. Erkeklerin güç, iktidar, karar verici karakterler, kadınların ise zayıflık, naiflik ile eşleştirilmesi kişilerin yüklenen bu özelliklere göre davranmasının beklenmesi şiddet davranışında da, şiddete karşı koyulacak davranışta da etkili olmaktadır. “Kadınlık” rolü nedeniyle kadınların şiddete razı olması, öğrenilmiş çaresizlik şiddetin katmerleşerek artmasına neden olabilmektedir.

2.3. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

2.3.1. Fiziksel şiddet

Fiziksel üstünlük kurarak, bedene temas ederek ya da eşya kullanarak uygulanan şiddet biçimidir (23). İtme, tartaklama, boğazlama, saç çekme, yerde sürüklenme, tokatlama, yumruklama, ısırma, ayakla ezme, tekmeleme, parmak ile bastırma bedenle uygulanan fiziksel şiddet biçimleridir. Kesici ve delici bir aletle

yaralama, ateşli silah ile yaralama, ısı üreten herhangi bir alet ile bedenin bir yerini yakma, tesbih, sehpa, terlik, sandalye gibi her türlü alet ile darp etme ya da bu aletler ile tehdit etme alet kullanarak uygulanan fiziksel şiddet biçimleridir. Bunların yanı sıra susuz ve aç bırakma, sağlık hizmeti alımını engelleme de sonuçları nedeniyle fiziksel şiddet türleri arasında yer almaktadır. Dayak, tek başına kadınlardaki yaralanmalarda en sık karşılaşılan travma nedenidir (24).

Fiziksel şiddet bedende hiçbir bir iz bırakmayabileceği gibi, ölüme sebep olacak zararlara da neden olabilir. Orta derecede fiziksel şiddet; tokat atma ya da bir şey fırlatma, itme, tartaklama ya da saç çekme, ağır derecede fiziksel şiddet ise; yumrukla ya da bir cisimle vurma, tekmeleme, sürüklenme ya da dövme, boğazını sıkma ya da bir yerini yakma, bıçak, silah gibi aletlerle tehdit etme ya da bunları kullanma olarak sınıflandırılmaktadır (25).

Fiziksel şiddet kadına yönelik şiddet türleri arasında en sık görülen şiddet biçimi olarak tarif edilmektedir. Fiziksel şiddetin varlığında duygusal şiddetin de olduğu, cinsel şiddetin açıklanmakta zorluk çekilen şiddet biçimi olması, diğer şiddet türlerinin kadınlarca tarif edilememesi ve fiziksel şiddetin ise en çok bilinen ve tanımlanabilen şiddet türü olması, tıbbi yardım alma ihtiyacı belirmesi nedeniyle en sık görülen şiddet biçimi olduğu gerçeği de göz ardı edilemez.

2.3.2. Cinsel şiddet

Kadına yönelik cinsel şiddet; kadının isteği/rızası dışında herhangi bir cinsel eyleme maruz kalması ya da buna teşebbüs edilmesidir. Tecavüz etmek, sözle veya fiziksel yolla taciz etmek, cinsel bölgelere dokunmak, cinsel ilişkiye girmeye zorlamak, istemediği cinsel pozisyonlara zorlamak, kadın bedenini ve cinselliğini aşağılayacak şekilde konuşmak, teşhircilik yapmak, pornografik görüntüler izlemeye zorlamak, cinsel içerikli materyaller ya da konuşmalarla rahatsız etmek, onay almadan, çıplak ve cinsellik içeren görüntüler çekmek ve cinsel içerikli görüntüleri yaymak veya yaymakla tehdit etmek cinsel şiddet davranışlarıdır.

Cinsel şiddet biçimlerine Türk Ceza Kanunu'nda (TCK); cinsel taciz, cinsel saldırı ve nitelikli cinsel saldırı şeklinde yer verilmiştir (26).

Cinsel şiddet sonrası mutlaka bir ruhsal bozukluk boyutuna varmasa da kısa ya da uzun süreli ruhsal yakınma sık görülmektedir. Mağdurda gerginlik, aşırı tedirginlik, kolay irkilme, uykusuzluk, tekrarlayan kâbuslar, kendine ve dünyaya güven kaybı, içe kapanma, çökkünlük, utanç, suçluluk, intihar ve ölüm düşünceleri, kendine zarar verme, alkol ve madde kullanımı görülebilir. Cinsel saldırı sonrası en sık görülen ruhsal bozukluklar travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, kaygı bozukluğu, bedensel kaynağı bulunamayan dirençli ağrılar, bayılmalar, alkol ve madde kullanımıyla ilgili bozukluklardır. Bedensel etkiler ağrı, yaralanma gibi kısa sürede beliren şekillerde olabileceği gibi, birçok şiddet uygulaması cinsel yolla bulaşan hastalık riski de taşımaktadır (27).

2.3.3. Psikolojik şiddet

Psikolojik şiddetin olduğu her ilişkide fiziksel şiddet olmayabilir ancak, fiziksel şiddetin olduğu her ilişkide psikolojik şiddetin bazı öğeleri bulunur. Psikolojik şiddet sıklıkla fiziksel şiddetten önce başlar ve tecridin eşlik ettiği yoğun psikolojik şiddet, fiziksel şiddetin uyarıcısı olabilir (23).

Tanımlanması en zor şiddet biçimidir. Psikolojik şiddetin tanımına ilişkin belirsizlikler, ekonomik şiddetin sağlık üzerindeki etkisi ve toplumda görülen yaygınlığı gibi konuların araştırılmasında da güçlükler meydana getirmektedir (28).

2.3.4. Ekonomik şiddet

Ekonomik istismar, bir mağdurun “kaynakları edinme, kullanma ve sürdürme yeteneğini kontrol eden, dolayısıyla ekonomik güvenliğini ve kendi kendine yetme potansiyelini tehdit eden” davranışları içerir (29).

Kadınlara yönelik ekonomik şiddet, mali kaynaklar üzerinde mutlak kontrole sahip olan, mali kaynaklarını elinde bulunduran veya kadın partnerlerine mali olarak katkıda bulunmayı reddeden, böylece kadınları en temel ihtiyaçları ve tatminleri için tam bağımlı olmaya yönlendiren erkek eşler tarafından uygulanan şiddet olarak da karakterize edilmektedir (30).

Kadının çalışmasına izin vermeme, çalışma yaşamında ilerlemesine engel olma, iş hayatını olumsuz etkileyecek kısıtlamalar getirme, kadının gelirine, mal varlıklarına el koyma, para harcama özgürlüğünü elinden alma, temel ihtiyaçlarını almasına izin vermeme ya da sınırlama gibi davranışlar ekonomik şiddet davranışları olarak değerlendirilebilir.

Kadını ekonomik olarak bağımlı hale getiren ekonomik şiddet psikolojik, cinsel ve fiziksel şiddet için de risk faktörüdür (31).

2.3.5. Yeni şiddet Biçimleri

Teknolojik araçlar; kadını kontrol etmek, denetlemek, küçük düşürmek, aşağılamak, cezalandırmak amacıyla kullanılıyorsa dijital şiddet söz konusudur. Son 10 yılda sosyal paylaşım siteleri aracılığıyla yaygınlaşan, dijital ortamda 7/24 gözetlenmesi ve takip edilmesini içeren şiddet biçimleri, “yeni kuşak şiddet” olarak da adlandırılmaktadır (23).

Dijital bir ağ, ortam üzerinden kişinin gözetlenmesi, denetlenmesi, takip edilmesi, nerede olduğu veya ne yaptığına dair kanıt istenmesi, gizli kaydının alınması veya izinle alınan kaydın bu ortamlar üzerinden yayılması ya da tehdit edilmesi, bu ortamlar üzerinden alınan kişisel bilgilerle tehdit edilmesi veya sömürülmesi, özel hesaplarının denetlenmesi/karıştırılması veya bununla ilgili tehdit edilmesi, internet üzerinden kişiyi küçük düşüren, hakaret eden, nefret içeren eylemlerde bulunulması dijital şiddet örneklerindedir (4, 32).

Israrlı takip, bir diğer yeni kuşak şiddet biçimi olarak tarif edilmektedir. Kadının güvende hissetmemesi, endişe duyması için, sistematik olarak tekrarlanan tehditkâr davranışlardır. İstenmeyen telefon aramaları, mesajlar, e-mailler, hediyeler göndermek, kadının yaşam alanlarına takip edildiğini hissettirecek objeler bırakmak, uzaktan izlemek ısrarlı takip olarak adlandırılabilir yöntemlerdir.

2.4. Tekrarlayan Partner Şiddeti

Kadınlar şiddete en çok tanıdık erkekler, erişkin kadınlar ise en çok partnerleri tarafından maruz kalmaktadır (33). Partner şiddeti, bir birliktelik ilişkisi içerisinde olunan yakın bir partner veya eski partnerin neden olduğu şiddet davranışlarını ifade eder. Yakın partner resmi veya dini nikahlı eşi, nişanlıyı, flörtü, sevgiliyi tarif etmektedir (34).

Partner şiddetinde kadınların çoğu için şiddet; izole, tekil bir olay değil, tekrarlayan vasıftadır (35, 36). Tekrarlayan, çoğul şiddet ile kadınlara karşı eziyet suçu işlenmekte, kadınlar istismar edilmektedir. Bir kere şiddete maruz kalmak tekrar şiddete uğramak için önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda partnerinden şiddet gören kadınların çoğunun birliktelik boyunca süregelen şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (37). Şiddetin dozunun ise tekrarlayan olaylarda daha da arttığı bildirilmektedir (38, 39).

Çocuk yaştan itibaren kız çocuklarına ve daha sonrasında erişkin kadınlara atfedilen toplumsal roller kadınların şiddete karşı durma davranışı sergilemesi, şiddeti bildirmesi önündeki engellerden biridir. Partner ile kurulan ilişki biçimi ve toplumsal olarak beraberlik ilişkisine biçilen önem, özellikle çevre tarafından bilinen birliktelik sonrası damgalanma kaygısı birlikteliği bitirmemenin ve şiddete katlanmanın nedenlerindedir. Kadının yalnız kalma korkusu özellikle aile desteğinin olmaması, ekonomik kaygılar, şikâyetçi olduktan sonra, ya da birliktelik ilişkisini bitirdikten sonra sık sık medyada karşılaştığımız öldürmeye kadar varan şiddet korkusu şikâyetin sürekli ertelenmesi ya da hiç şikâyetçi olunmamasına neden olmaktadır (40).

Partner şiddetinde, fiziksel şiddetin genellikle psikolojik şiddetle birlikte olduğu ve olguların üçte biri ile yarısı arasında değişen oranlarda cinsel şiddete de maruz kaldıkları belirtilmektedir (13, 41). Tekrarlayan, komplike şiddetin kadınlarda görülen sağlık sorunlarının artmasına ve daha olumsuz sonuçlara yol açacağı aşıkardır.

2.5. Kadına Yönelik Partner Şiddetinin Epidemiyolojisi

2.5.1. Dünya’da Kadına Yönelik Partner Şiddeti

Kadına yönelik şiddet verilerine yönelik çalışmalar farkındalığın artmasıyla yıllar içerisinde giderek artmıştır. Çalışmalarda şiddetin tanınmaması, açıklanmaması gibi nedenlerle şiddetin ortaya koyulandan çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmaların nitelikleri ve sıklıkları ülkeler arası farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde devlet kurumlarınca yapılan çalışmaların yetersiz olması ya da şeffaf olmaması kadına yönelik şiddetin ülkeler arası değerlendirmelerinde kısıtlılığa neden olabilmektedir (33).

DSÖ’nün açıkladığı kadına yönelik şiddetin dünyanın her yerinde ve çok küçük yaşlardan itibaren başladığını ortaya koyan 2018 yılı verilerini içeren rapora göre, dünya genelinde 736 milyon kadın hayatında en az bir kez partneri tarafından şiddete ya da ilişkisi olmadığı bir erkek tarafından cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Bu rakam, dünyadaki kadın nüfusunun yaklaşık üçte biridir. Kadınların büyük çoğunluğu, yani 641 milyonu, evliliğinde ya da partneri ile ilişkisinde şiddete uğramıştır. Yakın partner şiddeti, dünya çapında kadınlara karşı en yaygın şiddet biçimidir. Araştırmalar 15-24 yaş arasındaki her dört kadından birinin evlilik ya da partnerlik ilişkisinde şiddetle karşı karşıya gelmiş olduğunu da göstermiştir. Raporda kadınların yüzde 6’sının ise ilişkisi olmadığı bir erkeğin saldırısına maruz kaldığı aktarılmıştır (33).

Aynı raporun bölgesel oran verilerine göre; Okyanusya, Güney Asya ve Sahra Altı Afrika bölgeleri, %33-51 ile 15-49 yaş arası kadınlarda en yüksek yakın eş şiddeti yaygınlık oranlarına sahiptir. En düşük oranların ise Avrupa (%16-23), Orta Asya (%18), Doğu Asya (%20) ve Güneydoğu Asya’da (%21) bulunması, kültürel ve toplumsal farklılıkların şiddet sıklığında etkili olduğunu göstermektedir.

Elli ülkede, nüfus temelli olarak gerçekleştirilen 80 çalışmada; evli veya partneri olan kadınların %10 ile %60 arasında değişen oranlarda en az bir kez eşi ya da partneri tarafından fiziksel şiddete maruz bırakıldığı saptanmıştır. Çalışmaların çoğunda yaşam boyu prevalans %20 ile %50 arasında değişmektedir. Eşleri veya

partnerleri tarafından ağır fiziksel şiddete maruz bırakılan kadınların oranının ise %4 ile %49 arasında olduğu bildirilmektedir (41).

DSÖ'nün 2002 yılı raporunda dünya genelinde toplum içindeki kadınların %69'unun eşleri/partneri tarafından hayatlarında en az bir kez fiziksel şiddet gördüğü belirtilmektedir (13).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde, kadınların %22'sinin şiddet deneyimi yaşadığı, 2019 yılında kadınların %4'ünden fazlasının yakın bir partnerinin fiziksel veya cinsel şiddetine uğradığı yayımlanmıştır (42).

DSÖ, dünya genelinde öldürülen kadınların %38-50'sinin eşi ya da sevgilisi tarafından öldürüldüğünü, erkeklerde ise bu oranın %6 olduğunu bildirmiştir (43).

Yirmi sekiz Avrupa Birliği üyesinden 42,000 kadının katılımıyla yapılan anket çalışmasında; bir erkekle ilişkisi olan veya olmuş kadınların %22'sinin fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı sonucu elde edilmiştir (44).

Dünya üzerindeki mülklerin yalnızca %4'üne sahip olan kadınlar, dünyadaki işlerin %60'ını yapmalarına rağmen, toplam gelirin sadece %10'una sahiptir. Yani yeryüzündeki mutlak yoksulluk sınırındaki 1,5 milyar kişinin %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (45).

Kadınların tahmini %47,1'i yaşamları boyunca yakın bir partner tarafından en az bir psikolojik saldırı eylemi yaşamıştır (46). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında yapılan ve 2015'de güncellenen bir çalışmada yaklaşık 6 kadından 1'i (%16 veya 19.1milyon) ise hayatlarının bir noktasında takibe maruz kaldığını ya da bu korkuyu yaşadığını ve buna inandığını belirtmiştir (46, 47).

Avrupa Birliği üye ülkelerini kapsayan bir araştırmada kadınların %18'inin 15 yaşından itibaren siber tacizi deneyimlediği, her 10 kadından birinin ise eski partneri tarafından ısrarlı takibe maruz kaldığı bildirilmiştir (44).

2.5.2. Türkiye’de Kadına Yönelik Partner Şiddeti

Türkiye’de 2007 yılında yapılan bir çalışmada kadınların yaşam süresince şiddete maruz kalma prevalansı %34–%58,7 olarak bildirilmektedir (48).

Türkiye genelinde 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada da yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36’dır. Bir başka deyişle, her 10 evlenmiş kadından neredeyse 4’ü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır. Türkiye genelindeki kadınların %36’sı fiziksel şiddete, %12’si cinsel şiddete maruz kaldığını belirtirken, kadınların %38’inin iki şiddet biçiminden en az birine maruz kalması, çoğunlukla cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile bir arada olduğunu göstermektedir (49).

Türkiye genelinde yapılan geniş örneklemler araştırma kadınlar kadına yönelik şiddet türleri içerisinde psikolojik şiddetin %44 oranlarında görülme sıklığı ile en yaygın şiddet türlerinden biri olduğunu göstermiştir (49, 50).

Türkiye genelinde evlenen kadınların %12’si yaşamının herhangi bir döneminde, %5’i ise son 12 ay içinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Türkiye genelinde kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları psikolojik şiddet %44, son 12 ayda ise %26’dır. Türkiye genelinde, her 10 kadından yaklaşık 3’ü en az bir kez ısrarlı takibe maruz kalmıştır. En yaygın ısrarlı takip biçimleri, sürekli telefonla arama (%19), kısa mesaj, mektup veya e-posta gönderme (%8) ya da sosyal medya aracılığıyla takip etme (%6) ile kadının çalıştığı ya da yaşadığı yere gelerek rahatsız etme (%6) şeklindedir. Türkiye genelinde, ekonomik şiddet olarak tanımlanan davranışlardan en az birine, yaşamının herhangi bir döneminde maruz kalan kadınların oranı %30, son 12 ayda maruz kalan kadınların oranı ise %15’tir. Çalışmaya engel olma ya da bir işten ayrılmaya neden olma kadınlara yöneltilen ekonomik şiddet biçimleri arasında en fazla belirtilendir (51).

2019 yılında, Türkiye’de 15 yaş üstü istihdam edilenlerin oranı kadınlarda %28,7, erkeklerde ise %63,1 iken, 2019 yılında çalışma hayatında kalma süresi kadınlarda 19,1 yıl, erkeklerde 39,0 yıl olmuştur (52).

Aile İçi Şiddet ve Kadın Cinayetlerinin Önlenmesinde Kolluğun Önemi ve Rolü raporuna göre; 1 Ocak-1 Temmuz 2020'de 117 bin 192 aile içi ve kadına yönelik şiddet olayı meydana gelmiştir. Kadınların mağdur edildiği suç türleri arasında kasten yaralama, tehdit, hakaret, kötü muamele ve aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali ön sıralarda yer almış olup ilk 6 ayda 115 kadın öldürülmüştür. Şüphelilerin %40'ının eş, %23'ünün aile üyesi, %22'sinin sevgili, %8'inin boşandığı eş, %3'ünün akraba, %2'sinin ısrarlı takipçi ve %2'sinin sevgilisinin eşi olduğunun belirlendiği bildirilmektedir (53).

Tüm çalışma sonuçları kadınların şiddeti tarif etme ve açıklama oranlarının düşük olduğu bilinenek değerlendirilmelidir. Ülke genelinde fiziksel ve cinsel şiddete uğrayan kadınların %49'u uğradığı şiddetten kimseye söz etmezken, kadınların %92'sinin ise uğradığı şiddetle ilgili olarak hiçbir kurum veya kuruluşa başvurmadığı ortaya koyulmuştur (9, 40).

2.6. Hukukta Kadına Yönelik Şiddet

2.6.1.Uluslararası Düzenlemelerde Kadına Yönelik Şiddet

BM Kadının Statüsü Komisyonu'nun çalışmalarının en önemli sonucu, BM Genel Kurulu tarafından 1979 yılında kabul edilen *Kadınlara Yönelik Her Türli Ayrımcılığın Önlenmesine Dair Sözleşme* (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women-CEDAW)'dir. Sözleşme çeşitli belgelerle kadınlar ve erkeklerin insan hakları bakımından eşitliğini teyit etmesine rağmen kadınlara karşı ayrımcılığın yaygın bir şekilde sürmesinden duyulan endişeden dolayı hazırlanmıştır. Sözleşmede kadına yönelik ayrımcılık ayrıntılı bir şekilde tanımlanmış, ihlaller tespit edilmiş ve kadınların hakları tarif edilerek, kadınların bu haklardan yararlanması için taraf devletlere yüklenen sorumluluklar belirtilmiştir (9).

Kadınlara Yönelik Her Türli Ayrımcılığın Önlenmesine Dair Sözleşme, kadına yönelik şiddetin temeli olan kadın ve erkek arasındaki adil olmayan güç ilişkisini ortadan kaldırmayı hedeflemekte ve kadına yönelik ayrımcılığın önlenmesinde bir yol gösterici niteliği taşımaktadır. Bu bağlamda Sözleşme'de, "kadına yönelik ayrımcılık" kavramı tanımlanmış ve her türlü ayrımcılığın önlenmesi

amacıyla kadın erkek eşitliğinin sağlanması hedefine ulaşıncaya kadar taraf devletlere bu yolda kararlı eşitlik politikaları izlemeleri önerilmiştir (54).

1979 yılında imzalanan sözleşme ilk haliyle şiddete özel yer vermemiştir. Ancak sözleşme dahilinde oluşturulan Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi 1989 tarihli *12 No.lu tavsiye* kararında, üye devletlerin kadınların şiddetten korunması konusunda yükümlü oldukları belirtilmiş, 1992 yılındaki *19 No.lu tavsiye kararında* ise kadına yönelik şiddeti ayrımcılık biçimi olarak tarif etmiştir (55).

Pekin'de 1995 yılında BM Dördüncü Dünya Kadın Konferansı gerçekleştirilmiş ve Konferans sonucunda kabul edilen *Pekin Deklarasyonu* ve Eylem Platformu'nda kadınlara yönelik şiddetin, kadınların insan haklarını ve temel özgürlüklerini kullanmalarını engellemekte ve bozmakta olduğu veya değersiz hale getirdiği belirtilmektedir. Deklarasyon kadına yönelik şiddeti önlemek ve ortadan kaldırmak için bütünleşmiş önlemler almayı strateji olarak önüne koymuştur (56).

Avrupa Konseyi, kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Sözleşme'yi 11 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul'da imzaya açmıştır. Sözleşme, İstanbul'da imzaya açılmış olması sebebiyle *İstanbul Sözleşmesi* olarak da anılmaktadır. İstanbul Sözleşmesi'nde, sözleşmeye taraf olan hükümetlerin kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddetin her türüyle mücadele etmek için kapsamlı tedbir alması istenmektedir. Sözleşme, kadına yönelik şiddetin kadının özel sorunu gibi düşünülmemeyeceği ve bu nedenle devletlerin uygulamakla yükümlü olduğu ceza ve tedbirleri içermesi, yasal bağlayıcılığı olması nedeniyle en güçlü metindir. Sözleşme'nin 1. maddesinde amaçları tanımlanmış ve buna göre en temel amacı, kadını her türlü şiddetten korumak, kadına karşı şiddeti ve aile içi şiddeti önlemek, kovuşturmak ve ortadan kaldırmak olduğu açıkça ifade edilmiştir.

İstanbul Sözleşmesi'nde tarafların özellikle kadınların, şiddetten arınmış yaşama haklarını korumak ve sağlamak için taraf devletlerin gerekli yasal ve diğer tedbirleri alacağını belirtir. Ve yasal tedbirler açısından taraf devletlere üç husus önerilir. Bu hususlar, ulusal anayasalara ya da diğer mevzuata kadın-erkek eşitliğinin

dahil edilmesi ve bu ilkenin uygulamada gerçekleştirilmesinin temin edilmesi, yaptırım uygulama yolu da dahil olmak üzere kadınlara karşı ayrımcılığın yasaklanması ve kadınlara yönelik ayrımcılık içeren kanun ve uygulamaların yürürlükten kaldırılmasıdır (20).

Kadınlara Karşı Şiddeti Önleme, Cezalandırma ve Ortadan Kaldırmaya İlişkin İnter Amerikan Sözleşmesi, Amerikan Devletleri Teşkilatı çatısı altında, kadınlara yönelik her türlü şiddetin önlenmesi, cezalandırılması ve ortadan kaldırılması için bir sözleşme kabul edilmesinin, kadın haklarının korunması ve kadınlara yönelik şiddetin ortadan kaldırılması için pozitif bir katkı oluşturacağına inanarak sözleşmenin hükümleri üzerinden mutabakata varıldığını belirterek başlar. Sözleşme; “taraf ülkelerin kadınlara karşı yapılan her türlü şiddeti kınama ve uygun tüm araçlarla ve gecikmeksizin bu tür şiddetin önlenmesi, cezalandırılması ve ortadan kaldırılması için politikalar izlemeyi kabul ve taahhüt ettiğini belirtir. Bunun için gerekli durumlarda uygun idari önlemleri almak için ihtiyaç duyulabilecek hükümleri ceza hukuku, medeni hukuk, idare hukuku ve diğer iç hukuk hükümlerine dahil etmeyi ve öngörülen hususları iç hukukuna aktarmayı taraf devletlere taahhüt ettirir” (57).

2.6.2. Ulusal Hukuk Sisteminde Kadına Yönelik Şiddet

2.6.2.1. Anayasa

Anayasa ulusal hukukta temel düzenlemedir. Anayasanın dayandığı en temel nokta bir ülkenin tüm yurttaşlarının haklar bakımından eşit olduğu ilkesidir. Kadına yönelik şiddetin eşitsizliklerden doğduğu ve temelinde erkeğin kadına üstün konumu olması nedeniyle anayasa ayrımcılık sonucu olarak ortaya çıkan kadına yönelik şiddet ile ilgili en önemli metindir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda da bu doğrultuda birçok madde bulunmaktadır.

Madde 5’te devletin görevi olarak tarif edilen; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddî ve manevî varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak aynı zamanda

kadına yönelik şiddetin temellerinden olan siyasal, ekonomik, sosyal eşitsizliklere dair görevlere vurguyu da içermiş olur.

10. maddede; herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. (Ek fıkra: 7/5/2004-5170/1 md.) Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Kişinin dokunulmazlığını koruyan 17. maddesinde ise; “Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz” hükmü yer almaktadır.

41. maddesinde ise eşler arasındaki eşitliğe atıf yaparak, devlete sorumluluk yüklenmiştir (58).

2.6.2.2. Türk Medeni Kanunu

Türk Medeni Kanunu (TMK) şiddetin temelinde yatan nedenlerden olan cinsiyetten kaynaklı haklardan yoksun kalmanın önüne geçecek, kadına ailede ve toplumda haklar tanıyan maddeler içermesi nedeniyle önemlidir.

Eski Medeni Kanununda kadına yönelik ayrımcılık içeren maddelerin bazılarında 2001 yılında yapılan değişiklik ile düzenlemeye gidilmiştir. Eski kanunda erkek ailenin reisi, evin bakımından sorumlu kişi iken yeni düzenlemede; evlilik birliğini eşlerin beraber yöneteceği belirtilmiştir. 192. madde ile getirilen eşlerden her birinin iş seçiminde diğerinin iznini almak zorunda olmadığı hükmü, kadınların ev dışında çalışmasının koca iznine bağlanmasının da iptali olmuştur (59). Bu iki madde ile evlilik süresince ve boşanma sonrasında kadının nafaka, mal rejimi gibi ekonomik haklarına yönelik hükümler, kadını ekonomik olarak güçlendirmesi nedeniyle şiddeti engelleyici kanunlar olarak değerlendirilebilir.

Aile içi şiddet durumunda başvurabilecek maddeler arasında 185., 195.,197. ve 432. maddeler yer almaktadır. TMK madde 185’te; “Eşlere, evlilik birliğinin mutluluğunu elbirliğiyle sağlamak ve çocukların bakımına, eğitim ve gözetimine beraberce özen gösterme yükümlülüğü” getirilmiştir. Madde 195’de ise; “evlilik birliğinden doğan yükümlülüklerin yerine getirilmemesi veya evlilik birliğine ilişkin önemli bir konuda uyuşmazlığa düşülmesi halinde hâkim karşısına çıkılabileceği”

belirtilmiştir. 197. maddede “Eşlerden biri, ortak hayat sebebiyle kişiliği, ekonomik güvenliği veya ailenin huzuru ciddi biçimde tehlikeye düştüğü sürece ayrı yaşama hakkına sahiptir.” denilmektedir. Madde 432’de ise; “akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilebileceği veya alıkonabileceği” yer almıştır.

TMK’nın 161-164. maddeleri arasında boşanma sebepleri düzenlenmiştir. Özel sebepler zina (TMK m. 161); hayata kast, pek kötü veya onur kırıcı davranış (TMK m. 162); suç işleme ve haysiyetsiz hayat sürme (TMK m. 163); terk (TMK m. 164) ve akıl hastalığı (TMK m.165) olarak tarif edilmiştir. Genel boşanma sebebi ise evlilik birliğinin temelinden sarsılmasıdır (TMK m. 166) (60).

Eşlerden birinin ayrı yaşama isteğinin izne bağlanması gibi tüm kararların hâkim görüşüne bırakılması, evde şiddete uğrayan kadınlar için olumsuzluklar doğurabilir. Yine evlenme yaşı ile ilgili 124. maddede hâkimin olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple “.....on altı yaşını doldurmuş erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir...” hükmü özellikle şiddet için risk faktörü oluşturan çocuk yaşta evliliklerin ya da cinsel istismar mağduru ya da aile tarafından istismar edilen çocukların zorla evlendirilmesinin önünü açabilmesi açısından olumsuzluklar barındırmaktadır.

2.6.2.3. Türk Ceza Kanunu

Türk Ceza Kanunu’nda kadınlara yönelik şiddet suçları için ayrı bir başlık bulunmamaktadır. İnsan olmaktan kaynaklı olan hakların yanı sıra yalnızca bazı başlıklarda kadınlara özgü maddeler vardır. Bunlardan özellikle partnerler tarafından kadınlara karşı işlenebilecek suçlara öncelik verilecektir.

Kadına yönelik şiddet tiplerinin arasında en sık görülen fiziksel şiddetin en ağır sonucu ölümdür. TCK’nın; Kişilere karşı suçlar: hayata karşı suçlar bölümünde 81.ve 82. maddesinde kasten öldürme suçlarına yer verilmiştir. 82. maddede eşe

karşı, eziyet çektirerek, gebe olduğu bilinen kadına karşı, töre saikiyle işlenen suçlar nitelikli, yani cezayı arttıran hallerdendir.

Kadınların en çok maruz kaldığı şiddet şekli olan fiziksel şiddete ilişkin maddeler TCK Kişilere Karşı Suçlar, Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar başlıklı bölümde 86. ve 87. maddede kasten yaralamaya yer verilmiştir. Madde 86'da "*Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*" ibaresine ek olarak yaralanmanın "*üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek cezanın yarı oranında artırılacağı*" hükmü, şiddete uğradığı halde şikayetçi olamayan kadınlar için olumlu bir sonuç yaratacaktır. 87. maddede ise neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralamalar arasında gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğması ya da çocuğunun düşmesi yer almaktadır.

Üçüncü bölüm 96. maddede eziyet başlığı altında; "*Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunacağı, fiilin gebe kadına karşı, eşe, boşandığı eşe karşı işlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunacağına yer verilmiştir.* Her ne kadar TCK'da eziyet sayılacak davranışlar tanımlanmasa da Yargıtay kararları ile "*sistemik ve süreklilik arz edecek*" şekilde birçok davranış şekillendirilmiştir. Kadınların tekrarlayan şiddete maruz kalma oranları düşünüldüğünde suçlunun cezalandırılması açısından önemli bir maddedir.

TCK 232. maddede ise kötü muamele başlığı altında "*Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*" hükmüne yer verilmiştir.

Yedinci Bölüm Hürriyete Karşı Suçlar kısmında;

106. madde Tehdit başlığında "Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişinin", 107. madde Şantaj başlığında "Hakkı olan veya yükümlü olduğu bir şeyi yapacağından veya yapmayacağından bahisle, bir kimseyi kanuna aykırı veya yükümlü olmadığı bir şeyi yapmaya veya

yapmamaya ya da haksız çıkar sağlamaya zorlayan kişinin”, 108. madde Şantaj başlığında “Bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde” kişinin cezalandırılacağı yer almaktadır.

Bu bölümün “kişiyi hürriyetinden yoksun kılma” başlığında 109.maddede “Bir kimseyi hukuka aykırı olarak bir yere gitmek veya bir yerde kalmak hürriyetinden yoksun bırakan kişiye ceza verileceği, bu suçun cezasının arttırılacağı haller arasında eşe karşı işlenmesi ve cinsel amaçla işlenmesi ibareleri yer almaktadır.

Yapılan bir araştırmada kadınların %62’sinin partneri tarafından hakarete maruz kaldığı bildirilmiştir (61). Hakarete, TCK madde 125’de “Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.” şeklinde yer verilmiştir.

Hayata karşı suçlar arasında yer alan intihara yönlendirme kadına yönelik şiddet ile ilişkili kanun maddeleri arasında tartışılabilir. Çünkü şiddete maruz kalan kadınların intihara yatkınlık oranlarının arttığı bilinmektedir (62). Türkiye’de yapılan çalışmalar kadınların intihara teşebbüs oranlarının erkeklerden fazla olduğunu göstermektedir. 84. maddede *başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi fail olarak tanımlanmıştır.*

230. ve 233. maddeler kadını şiddete karşı koruyucu olabilecek maddeler arasında değerlendirilebilir. Madde 230 “Evli olmasına rağmen, başkasıyla evlenme işlemi yaptıran kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” Madde 233’de ise “Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” ifadeleri yer almaktadır.

Ceza Kanununda yer alan kişilerin huzur ve sükûnunu bozma maddesi (Madde 123) özellikle yeni şiddet biçimlerinden dijital şiddet, ısrarlı takip suçlarını

kapsayacak bir maddedir. “Sırf huzur ve sükûnunu bozmak maksadıyla bir kimseye ısrarla; telefon edilmesi, gürültü yapılması ya da aynı maksatla hukuka aykırı başka bir davranışta bulunulması halinde, mağdurun şikâyeti üzerine faile üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.”

Madde 122 ve 117 kadına yönelik ekonomik şiddeti yaptırıma bağlayan ceza kanunu maddeleri olarak değerlendirilebilir. Madde 122’de *dil, ırk, milliyet, renk, cinsiyet, engellilik, siyasi düşünce, felsefi inanç, din veya mezhep farklılığından kaynaklanan nefret nedeniyle; Bir kişinin işe alınmasını, bir kişinin olağan bir ekonomik etkinlikte bulunmasını, engelleyen kimsenin bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı, madde 117’de ise Cebir veya tehdit kullanarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla, iş ve çalışma hürriyetini ihlal eden kişiye, mağdurun şikâyeti halinde, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası verileceği yer almaktadır.*

TCK’nın “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” başlığı altında, cinsel saldırı, çocukların cinsel istismarı, reşit olmayanla cinsel ilişki ve cinsel taciz suçları düzenlenmiştir. Cinsel saldırı ile ilgili hükümleri düzenleyen 102. maddeye göre cinsel saldırı “cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal” olarak tanımlanmaktadır. 103. maddede ise ayrıca çocuklara karşı cinsel istismar suçu hüküm altına alınmaktadır. TCK m. 104’de, reşit olmayanla cinsel ilişki suçu yer almaktadır. TCK 105. maddede ise cinsel taciz “bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz etme” suçu olarak tanımlanmaktadır (26).

2.6.2.4. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun

Ailenin korunmasına dair kanun 14 Ocak 1988’de yürürlüğe girmiştir. Kanunun kapsamında; aile içi şiddete maruz kalan eş, çocuk, aynı çatı altında yaşayan diğer aile bireyleri ve mahkemece ayrılık kararı verilen veya yasal olarak ayrı yaşama hakkı olan ya da evli olmalarına rağmen fiilen ayrı yaşayan aile bireyleri ile şiddet uygulayan eş veya diğer aile bireylerini, alınacak tedbirleri, bu tedbirleri almak ve uygulamakla görevli ve yetkili makam ve merciler ile usul hükümlerini kapsadığı belirtilmiştir.

Aile bireylerinden birinin fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanması muhtemel olan, bu tip hareketlerin tehdidini, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözel ve ekonomik nitelikte şiddet içeren davranışa maruz kalmaları hâlinde, şikâyet ve ihbar mercilerine müracaat etmek suretiyle tedbir talebinde bulunabileceği, şiddetin belgelenmesi aranmaksızın aile mahkemesi hâkimi meselenin mahiyetini göz önünde bulundurarak şu tedbirlere hükmedebileceği hükümleri yer almaktadır.

Bu tedbirler kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin;

“a) Aile bireylerine karşı şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmamasını,

b) Müşterek evden uzaklaştırılarak bu evin diğer aile bireylerine tahsisi ile bu bireylerin birlikte ya da ayrı oturmakta olduğu eve veya işyerlerine yaklaşmamasını,

c) Aile bireylerinin eşyalarına zarar vermemesini,

ç) Aile bireylerini iletişim araçları ile rahatsız etmemesini,

d) Varsa silâh veya benzeri araçlarını genel kolluk kuvvetlerine teslim etmesini,

e) Alkollü veya uyuşturucu herhangi bir madde kullanılmış olarak şiddet mağdurunun yaşamakta olduğu konuta veya işyerine gelmemesi veya bu yerlerde bu maddeleri kullanmamasını,

f) Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurmasını kapsar.”

Ailenin korunmasına dair kanun 8.3.2012 tarihli ve 6284 sayılı kanunun 23. maddesiyle yürürlükten kaldırılmıştır (63).

2.6.2.5. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu tutanaklarında ilgili komisyonda “Kadın ve Aile Bireylerinin Şiddetten Korunması Yasa Tasarısı” olarak tespit edilen 6284 sayılı Kanun’un adı TBMM Genel Kurulu’na “Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun” şeklinde sunulmuştur. “Ailenin korunması” ifadesinin “kadına karşı şiddetin önlenmesi” ifadesinden önce gelmesi, nedeniyle ve içeriğinde yer almasına rağmen adında “ev içi şiddet” ifadesinin kullanılmaması kanun ismine yönelik eleştirilere neden olmuştur (64).

Yasanın birinci bölümünde kanunun amacı, kapsamı, temel ilkeleri ve tanımlamalar yer almaktadır. Bu kanunun amacı; şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemek olarak ifade edilmiştir.

Kanunun uygulanmasında ve hizmetlerin sunulmasında ele alınacak temel ilkeler ise şunlardır;

“a) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile Türkiye’nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler, özellikle Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi ve yürürlükteki diğer kanuni düzenlemeler esas alınır.

b) Şiddet mağdurlarına verilecek destek ve hizmetlerin sunulmasında temel insan haklarına dayalı, kadın erkek eşitliğine duyarlı, sosyal devlet ilkesine uygun, adil, etkili ve süratli bir usul izlenir.

c) Şiddet mağduru ve şiddet uygulayan için alınan tedbir kararları insan onuruna yaraşır bir şekilde yerine getirilir.

ç) Bu Kanun kapsamında kadınlara yönelik cinsiyete dayalı şiddeti önleyen ve kadınları cinsiyete dayalı şiddetten koruyan özel tedbirler ayrımcılık olarak yorumlanamaz.”

Kanunda; kadına yönelik şiddet: Kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline yol açan ve bu kanunda şiddet olarak tanımlanan her türlü tutum ve davranışı ifade eder.

Şiddet ise; kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı olarak tanımlanmıştır.

Kanunun ikinci bölümünde Koruyucu ve Önleyici Tedbirlere İlişkin Hükümler yer almaktadır. 5. maddede yer verilen hâkim tarafından verilecek önleyici tedbir kararları şunlardır;

- a) *Şiddet mağduruna yönelik olarak şiddet tehdidi, hakaret, aşağılama veya küçük düşürmeyi içeren söz ve davranışlarda bulunmaması.*
- b) *Müşterek konuttan veya bulunduğu yerden derhâl uzaklaştırılması ve müşterek konutun korunan kişiye tahsis edilmesi.*
- c) *Korunan kişilere, bu kişilerin buldukları konuta, okula ve işyerine yaklaşmaması.*
- ç) *Çocuklarla ilgili daha önce verilmiş bir kişisel ilişki kurma kararı varsa, kişisel ilişkinin refakatçi eşliğinde yapılması, kişisel ilişkinin sınırlanması ya da tümüyle kaldırılması.*
- d) *Gerekli görülmesi hâlinde korunan kişinin, şiddete uğramamış olsa bile yakınlarına, tanıklarına ve kişisel ilişki kurulmasına ilişkin hâller saklı kalmak üzere çocuklarına yaklaşmaması.*
- e) *Korunan kişinin şahsi eşyalarına ve ev eşyalarına zarar vermemesi.*
- f) *Korunan kişiyi iletişim araçlarıyla veya sair surette rahatsız etmemesi.*

g) Bulundurulması veya taşınmasına kanunen izin verilen silahları kolluğa teslim etmesi.

ğ) Silah taşınması zorunlu olan bir kamu görevi ifa etse bile bu görevi nedeniyle zimmetinde bulunan silahı kurumuna teslim etmesi.

h) Korunan kişilerin buldukları yerlerde alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların buldukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması hâlinde, hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisinin sağlanması.

Kanunun 7. maddesinde ihbarın yalnızca kişinin şikâyetine bırakılmaması, şiddet veya şiddet uygulanma tehlikesinin varlığı halinde herkesin bu durumu resmi makam veya mercilere ihbar edebileceği hükmü özellikle şikâyet etmekte zorlanan kadınlar için de kanundan faydalanmanın önünü açmaktadır. Yalnızca şiddet varlığında değil, şiddet uygulanma tehlikesinin varlığında da kanunun uygulanabilmesi kadınlar açısından şiddetti koruma ve önleme açısından oldukça kıymetli bir kapsamdır.

Kanunun üçüncü bölümünde kurumların kurulması, destek hizmetler ve koordinasyona yer verilmiştir. Bakanlık tarafından kurulacak şiddet önleme ve izleme merkezlerine eğitimlerin verilmesi, sivil toplum kuruluşları ile iletişim sağlanması, çağrı merkezlerinin arttırılması gibi görevler tanımlanmıştır. Destek hizmetleri kısmında ise kadının sosyal ve ekonomik olarak güçlendirecek, meslek edindirme, sağlık desteği, haklarına yönelik rehberlik gibi hizmetler tanımlanmıştır.

Bu bölümün kurumlar arası koordinasyon ve eğitim kısmında kamu kurum ve kuruluşları ile diğer gerçek ve tüzel kişileri, bu kanunun uygulanmasıyla ilgili olarak kendi görev alanına giren konularda iş birliği ve yardımda bulunmak ve alınan tedbir kararlarını ivedilikle yerine getirmekle yükümlü kılınmıştır.

Kanunun dördüncü kısmında ise mali hükümlere yer verilmiş, kadına geçici maddi yardım, nafaka, sağlık giderlerinin karşılanması, harçlar ve masraflardan, vergilerden muafiyet ve davaya katılma hakları tanınmıştır (65).

2.7. Hekimlik ve Adli Tıp Uygulamalarında Kadına Yönelik Şiddet

Hekimliğe dair birçok uluslararası sözleşmede, hekimlik mesleğinin etik değerlere uygun, kişilerin üstün yararını ayırım yapılmaksızın önceleyeceği, yalnızca tedavi edici değil, koruyucu, bütüncül yaklaşımın benimsenmesi gerektiği vurgulanmıştır (66, 67). Biyotıp Sözleşmesi, araştırma dâhil olmak üzere, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekliliğini vurgulamıştır (68).

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında; içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanamayacağı, insanın sahip olduğu olanakları geliştirebilmesinin en temel koşulunun onun bedensel ve ruhsal sağlığı olduğunun bilincini taşıyan bu ülkenin hekimleri; dünyadaki ve Türkiye'deki toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak ve çeşitli platformlarda tartışılarak oluşturulan Hekimlik Meslek Etiği Kurallarına bağlılıklarını bildirmekle, insana insan olarak hizmet etmenin yüce onurunu taşırlar ifadesi yer almaktadır (69). Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesinde ise; sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşıma vurgu yapılmış ve sağlık hizmetleri koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutları dikkate alınarak bir bütün olarak planlanmalı ve sunulmalı denilmiştir. Sunulan hizmetin etkinliğini en yüksek düzeye çıkarmanın ancak bütüncül yaklaşımla olanaklı olduğu belirtilmiştir (70).

Tüm bu yaklaşımlar kadına yönelik şiddette de hekim tutumunu kapsamakla birlikte, mücadele programlarında, rehberlerde, bildirgelerde kadına yönelik şiddete dair hekimin rolüne ayrıca da yer verilmiştir.

DSÖ hazırladığı “Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines” rehberinde sağlık hizmeti sağlayanların şiddete uğrayan kadınların sağlık ve psikososyal ihtiyaçlarının adresi olarak eşsiz bir pozisyonda olduğunu belirterek, sağlık uzmanlarının şiddetin açığa çıkarılması için destekleyici ve referans olabileceğini, uygun tıbbi yardım, takip, bakım ya da adli kanıt toplamada yardım sağlayabileceğini belirtir (71).

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin 30 Nisan 2002 tarihli Kadının Şiddete Karşı Korunması Hakkındaki 5 sayılı Tavsiye Kararı'nda: aile içi ve kadına yönelik şiddetin önlenmesi yöntemlerine ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Toplumda bu konuda farkındalık yaratılması planlanarak, polis, adli tıp, sosyal hizmetler alanında çalışanlara ve yargı mensuplarına konu hakkında meslek içi eğitim verilmesi kararlaştırılmıştır. Üye devletlere mağdurlara herhangi bir ayrımcılık yapılmaksızın çok disiplinli, eşgüdümlü profesyonel kadroların sağladığı acil ve kapsamlı yardımdan yararlanmasını sağlamak; bu yardıma tıbbi muayene, adli tıp muayenesi, tedavi ve travma sonrası psikolojik, sosyal destek ve hukuki yardım dahil olup, yardımın gizlilik esası temelinde, ücretsiz ve 24 saat ulaşılabilir olması sorumluluğu verilmiştir (72).

Ülkemizde de Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Adli Tıp Kurumu, İl Halk Sağlığı Müdürlükleri, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı, İllerde Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezine kadına karşı şiddetin önlenmesine yönelik kurumsal yapılanma içerisinde yer verilmiştir (29).

Hekim olmaktan doğan sorumluluğun yanı sıra uzmanlık alanı görev tanımları gereği adli tıp uzmanları kadına yönelik şiddet olguları ile sık karşılaşmaktadırlar. Adli tıp uzmanlarının görev tanımı kapsamında; olay yeri inceleme, ölü muayenesi, kimliklendirme, otopsi uygulaması, ölüm nedeninin belirlenmesi, cinsel saldırılar, insan hakları ihlalleri, aile içi şiddet, adli travmatoloji, tıbbi uygulama hataları, çocuk istismarı, kadına yönelik şiddet psikiyatrik adli tıp incelemeleri gibi çeşitli konular yer almaktadır.

Tüm hekimlerin kanıt toplama kriterlerini, biyolojik örnek alma işlemini bilme sorumluluğu varken, adli tıp uzmanları iş tanımları gereği bu işlemlere daha fazla hâkim olmalı, örneklerin korunma koşulları için gerekli bilgilendirmeyi yapmalıdır.

Kadına yönelik şiddet vakalarında tanıyı koymak, olayın gerçekleşme biçimi ve zamanını ortaya koymak, kadının zararlanma boyutunu ortaya koymaya çalışmak,

olayın zanlı ya da zanlılarının kim olduğu yönünde yapılacak araştırmalara katkıda bulunmak gibi basamaklar adli tıp uzmanlarınca yürütölmektedir (73).

2.7.1. Görüşme ve öykü alma

Tüm tıp alanında olduğu gibi, adli olgularda da öykü, olguya yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Travma yaşıyan olgular, bunlar içerisinde de özellikle kadınlar öykü vermektan kaçınabilmekte, travmayı gizleyebilmektedir. Bu nedenle güvenli bir ortam sağlama, yeterli zaman ayırma, etkin dinleme ve iletişim sağlanması etkili bir değerlendirme için şarttır (74).

Güven ilişkisinin sağlanması için hastanın güvenlik ve mahremiyetinin sağlanması gerekir. Partner tarafından uygulanan şiddetin ayrıntılı anlatılma zorluğu da düşünöldüğünde hekimler sağlık kurumları içerisinde kişilere rahat, güvenilir, mahremiyete uygun ortam sağlamak için tüm olanaklarını kullanmalıdır. Oturma düzeni mümkün olduğunca göz teması kurmaya uygun ve çok mesafeli olmamalı, kadının mesafeyi kendi tercihine göre ayarlamasına izin verilmelidir. Koşulların sağlanamadığı durumlar rapora ayrıntılı bir şekilde kaydedilmelidir (75).

Uygun ortam sağlandıktan sonra hekim kendisini tanıtmalı, görüşmenin nedeni ve çerçevesi hakkında kişiyi bilgilendirmeli, aydınlatılmış onamını almalıdır. Kadına yönelik şiddetin erkek tarafından uygulanması nedeniyle mağdur kadın erkek hekim yerine kadın hekim talep edebilir. Buna yönelik Ceza Muhakemesi Kanunu 77. maddesinde; kadının muayenesi, istemi durumunda ve olanaklar elverdiğinde bir kadın hekim tarafından yapılır hükmü yer almaktadır (76). Kadının kendini güvende hissetmesi ve iyi bir iletişim kurulabilmesi için kadın hekim yoksa dahi muayene sırasında başka bir kadın sağlık personeli bulundurulmasına özen gösterilmelidir.

Öykü muhakkak kişinin kendi aktardığı sözcükler ile kaydedilmelidir. Görüşme daha genel sorular ile başlamalı, travmatize edebilecek sorulara güven ilişkisi kurulduktan sonra geçilmelidir. Olay öncesi psikososyal öykü, olay sonrası psikososyal öykü, olay öncesi tıbbi öykü (fiziksel, psikolojik), olay sırasındaki tıbbi öykü, olay sonrası tıbbi öykü ve yakınmalar değerlendirme içerisinde kronolojik sıra ile olmalıdır (77, 78). Partner tarafından maruz kalınan şiddetin çoğunlukla birden

fazla olabileceği unutulmamalı ve geçmiş şiddet öyküsü sorgulanmalıdır. Geçirilmiş cerrahi girişimler, görüşmeye sebep olan olay dışında bir yaralanması olup olmadığı, vücutta bu yaralanmalara ait izler olup olmadığı da özellikle sorulmalıdır. Cinsel saldırı muayenelerinde ek olarak hastanın gebelikleri, doğumları, menstruel periyoduna ait bilgiler, kontrasepsiyon yöntemleri kullanımı gibi bilgileri içeren jinekolojik öyküsü de alınmalıdır.

Adli olgularda vaka yönetiminin büyük çoğunluğunu öykü alma oluşturmaktadır. Öykü, yapılacak muayene ve incelemelerin, konsültasyonların ve oluşturulacak ekibin sınırlarını çizecektir (79).

2.7.2. Fizik muayene

Genel beden muayenesinde yapılacak her aşamada kişiden aydınlatılmış onam alınmalıdır. Kişiye herhangi bir yakınması olup olmadığı sorulduktan sonra öncelikle yakınmalara yönelik muayene yapılmalı, öykü içeriğinde tarif edilen travmalar ile devam edilmeli ve ardından tam bir sistemik muayene yapılmalıdır. Tüm adli olgularda kişinin her zaman kendisini kısmen giyinik hissedebileceği koşullar oluşturulmalı, kıyafetler tamamen değil kısım kısım çıkarılarak beden muayenesi yapılmalıdır.

Elde edilen tüm lezyonlar vücut diyagramında işaretlenmeli, her lezyon ölçek ve renk skalası kullanılarak fotoğraflanmalıdır. Fotoğraflama muayene sonrası raporlama sürecinde hekime yardımcı olacak, tekrarlayan muayenelerde yol gösterici olacaktır. Fotoğraf çekimi öncesi bu işlemin neden yapıldığı mağdura anlatılarak onamı alınmalıdır.

Kadına yönelik şiddette sık görülen yaralanma biçimleri ve lokalizasyonları muayene sırasında her zaman akılda tutulmalıdır. Bedenle uygulanan sarsma, hırpalama, tokat atma, ısırma, duvara ya da kapıya vurma, saçlardan sürüklenme, parmakla bastırma, tekmeleme, kolları sıkma özellikle kadınlara yönelik uygulanan şiddet biçimleri olması nedeniyle, lezyonların meydana geliş mekanizması konusunda fikir verecektir.

Kadına yönelik şiddet olgularında en sık yaralanan bölgeler baş, boyun, göğüs ve batındır. Hamilelik sırasında ise tipik olarak göğüslere, batına ve genital bölgeye travma uygulandığı dikkati çeker (35).

En sık görülen yaralanmalar ise yumuşak doku yaralanmaları, iskelet sistemi kırıkları, yanıklar, iç organ yaralanmaları ve kafa travmalarıdır (3). Kadına yönelik şiddetin kadın üzerindeki olumsuz etkilerine dair yapılan on dokuz çalışmaya ait derlemede şiddet görmüş kadınların dâhil edildiği sekiz çalışmada morluk, kırık, kesik, doku zedelenmesi gibi fiziksel sonuçlar şiddet sonrası tespit edilen yaralanmalardır (80).

Yumuşak doku yaralanmaları içerisinde en sık ekimozlar görülmektedir. Ekimoz; travmanın etkisiyle doku bütünlüğü bozulan küçük çaplı damarlardan çıkan kanın yumuşak doku aralıklarına sızmasıdır. Kontüzyon, bere, ezik, çürük olarak da adlandırılmaktadır. Kadına şiddet olgularında ekimozlar özellikle el bilek ve ön kolda zorla tutmaya bağlı, bacak çevresinde ise fırlatma, tekmeleme, cisim fırlatma nedeniyle görülebilir. Kalça bölgesinde ise özellikle bir cisim vurma ile meydana gelen ekimozlar görülebilir. Yüz bölgesinde tokat ile, ensede ise saç çekme sonrası olabileceği gibi parmak basma ile de vücudun farklı yerlerinde ekimozlar görülebilir. Ekimozların renkleri, şekilleri, boyutları ve lokalizasyonları ayrıntılı bir şekilde tarif edilmeli, fotoğraflanmalı, diyagramlarda işaretlenmeli ve kaydedilmelidir (3). Özellikle şekilli ekimozların oluş mekanizmasına yönelik görüş bildirilmelidir. Ekimozların renkleri yara yaşı tespitinde (oluş zamanı) önemli olduğu için mümkünse renk skalası ile tespit edilmelidir. Subkutan derin dokularda oluşan kontüzyonların, yüzeye çıkması günlerce sürebileceğinden öyküde künt travma öyküsü var ancak lezyon bulunamadıysa kişi daha sonra tekrar muayeneye çağırılmalıdır (74). Travma tarif edilen bölgede hassasiyet olup olmadığına bakılmalı, gerekli durumlarda ultrasonografi incelemesi istenilmelidir.

Tanjansiyal kuvvetin sürtünme etkisi veya vücuda dik bir şekilde kuvvet uygulandığında derinin epidermisi ve/veya dermisi de içecek şekilde kazınmasına sıyrık/abrazyon denir. Künt travmalarda genellikle şekilsiz olmakla birlikte, cisim ile oluşturulduklarında şekilli özellik gösterebilir. Kadına yönelik şiddet olgularında yerde sürüklenmeye bağlı birbirine paralel özellikte çizgisel sıyrıklar görülebilir.

Özellikle tırnak izlerine bağlı sıyrıkların da sık görülebileceği unutulmamalıdır. Sıyrıklar savunma amacıyla kolların kullanılması nedeniyle daha çok kollarda ve yüzde olabilmektedir (3). Epidermin sıyrılan kısmı kuvvetin uygulandığı yönde itilmeye bağlı toplanarak, travma yönü ile ilgili fikir verebilir (75).

Kemik kırıkları en sık ekstremitelerde görülmektedir (39). Kemik kırıkları alet kullanımına bağlı oluşacağı gibi bedenle yüksek kuvvet uygulanması sonrasında da görülebilir. Kırığın tespit edilmesi ve yaralanmanın ağırlık derecesinin hesaplanması Türk Ceza Kanunu'na göre raporlandırılması büyük önem taşımaktadır.

Sert darbeler, delici alet ve ateşli silah yaralanmaları sonrası iç organ yaralanmaları görülebilir. Göğüs kafesi ve batin bölgesi yaralanmaları şiddet olgularında en sık yaralanma görülen bölgelerdendir. İç organ yaralanmaları, kafatası travmaları kontrol muayeneleri gerektirebilen yaralanmalardır.

Daha çok cezalandırma yöntemi olarak kullanılan yakmaya bağlı oluşan yanıkların sınırları, şekli, derinliği, derecesi açısından iyi tarif edilmesi oluş mekanizması ve sonuçları açısından önemlidir.

Tüm sistemlerin muayenesi yapılmadan bir fizik muayene tamamlanmış sayılmamalıdır (81). Fizik muayene tamamlandıktan sonra gerek görüldüğü takdirde konsültasyon istenmeli, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılabilmelidir.

Travmanın boyutu ve orijininin aydınlatılması açısından, fizik muayene; yaranın özellikleri, yerleşimi, sayısı ve niteliği, ne tür bir travma ile ya da aletle meydana gelmiş olduğu, gerçekleşme zamanı, kişide oluşan hasar ve yaralanmanın ağırlığı, eylemle sonuç arasındaki nedensellik bağlantısı ve hukuksal karşılığını aydınlatacak biçimde yapılandırılmalıdır (82).

Yoğunluk, muayene ortamının uygun olmaması, olanakların yetersiz olması bir muayenenin eksikliği için gerekçe oluşturmamalıdır. Sağlık ortamındaki koşullardan kaynaklanan eksiklikler, hekimin sorumluluğunu ortadan kaldırmayacağı gibi tüm tıbbi uygulamalarda özen eksikliğine yol açacaktır. Koşulların uygun hale

getirilmesi ve nitelikli bir muayene için gereken önlemlerin alınmasında da hekimin sorumluluğu bulunmaktadır (81).

2.7.3. Cinsel saldırı muayenesi

Cinsel saldırı muayenesine önce genel beden muayenesiyle başlanması kadının kendisini daha rahat hissetmesini sağlayacaktır (83). Beden muayenesinde saçlı deri, yüz, kulaklar, tırnaklar, parmaklar, eller kollar, aksiller bölge, boyun, omuzlar, memeler, abdomen, uyluk ve kalça iç yüzleri ve bacaklar hassasiyet, şişlik, bağ izleri, parmak izleri, ısırık izleri, abrazyon, ekimoz, laserasyon, kesi vb. tüm travmatik lezyonlar açısından incelenmelidir (84).

Erken dönemde başvuran olgularda doğru örnekler alınmalıdır. Kişinin kıyafetlerini kuru bir kâğıt örtü üzerinde çıkarması sağlanmalı, tüm giysiler saklanmalıdır. Tırnaklardan, pubik kıllardan, oral, anal, vajinal boşluklardan ve vücut yüzeylerinden alınan sürüntü örnekleri, kan ve idrar numuneleri uygun şartlarda, üzeri etiketlenerek ve kayıt edilerek laboratuvara gönderilmelidir (85).

Genital muayene sırasında iyi bir ışık kaynağı gereklidir. Önce dış genital organlar laserasyon, ekimoz, ödem ve kanama açısından gözle incelenmelidir. Özellikle vulvada kesici delici alet yaraları, elektrik yaraları, yanıklar gibi çok çeşitli yaralanmalar olabilmektedir. İncelemeden sonra örnekleme yapılmalıdır. Var olan sıvılar tüpe veya pipete toplanarak örnekleme yapılabilir. Anüs çevresinden, alt bölgeden, labia minör ve majör üzerinden örnek alınmalıdır. Örnekler alındıktan sonra himen, vajina ve anüs incelenmesine geçilmelidir (86).

Himen muayenesinde himenin şekli, açıklığı, karakteri, kenarlarının özelliği, elastikiyeti, himende konjenital doğal çentikler, yırtık olup olmadığı, var ise eski mi yeni mi olduğu, sayısı, vajina duvarına kadar uzanıp uzanmadığı ve kanama, ekimoz, ödem, laserasyon, inflamasyon bulgularının olup olmadığı incelenir. Himen doğum veya tekrarlayan penetrasyon sonucunda silinerek vajina duvarında düzensiz kalıntılar (carunculae hymenalis) olarak gözükebilir. Ayrıca elastik yapıdaki bir himende erekte bir penisin ya da objenin penetrasyonunda yapısal değişiklik olmayabileceği de unutulmamalıdır (86). Çıplak gözle inspeksiyonda zorlanılan

olgularda bölgenin büyütülerek direkt incelenmesini sağlayan kolposkop kullanılabilir.

Vajina incelemesi öncesinde labiumlar aralanarak himen açıklığından hiçbir yere dokunmadan, vajina arka duvarından ve arka forniksten örnek alınmalıdır. Spermin vajina içinde 72, 96 ve 100 saati aşan sürelerde gösterilebildiği bildirilmiştir. Örnekler temiz bir tüpe alınmalıdır. Cinsel yolla bulaşabilecek enfeksiyonların varlığı da her zaman akılda tutulmalı, uygun tedavi başlanmalıdır (84, 87).

Genital bölgedeki bulguları yorumlar iken menarş, son adet tarihi, kişinin cinsel olarak aktif olup olmaması, son cinsel saldırıdan bu yana cinsel ilişkinin olup olmaması, hormonal durumu, doğum veya düşük öyküsü, eşlik eden veya geçmiş tarihli vajinal enfeksiyonlar veya lezyonlar açısından değerlendirme yapılmalıdır (83).

Anal muayene sıklıkla diz-dirsek pozisyonunda yapılmaktadır ve yabancı cisim penetrasyon öyküsü varlığında anoskopi ve proktoskopi yaptırılması da önerilmektedir (88).

Muayene öncelikle bu bölgenin hastalıklarına yönelik sorularla başlamalıdır. Konstipasyon, diyare, irritasyon, hemoroid, süpposituvar şeklinde ilaç kullanılması, parazit enfeksiyonu olup olmadığı, lokal tedavi ve cerrahi tedavi görüp görmediği sorulmalıdır. Daha önce yakın zamanda anal bir penetrasyon olup olmadığı da sorulabilir (86).

Anal muayenede anüs çevresinde hiperemi, ödem, ekimoz, abrazyonlar, mukoza yırtıkları, hassasiyet, ağrı, sfinkter tonusunda azalma görülebilir. Kronik anal penetrasyonlarda fissürler, eski veya yeni laserasyonlar, mukozalarda düzleşme, kalınlaşma, normal kıvrımlarda silinme, anal bölgenin daha derin yerleşimli olması şeklinde bulgulara rastlanabilmektedir (89).

Cinsel saldırı iddiası ile muayenesi yapılan olguların bazılarında gözle görülebilen bir lezyon bulunamamaktadır. Cinsel amaçlı saldırıların 3/4'ünde vücutlarının herhangi bir bölgesinde yaralanma bulunduğu fakat genital bölge

yaralanmalarının bu yaralanmaların içinde çok seyrek olduğu belirtilmektedir (89). Ayrıca cinsel saldırının yalnızca penetrasyon ya da temas içeren şiddet olmadığı unutulmamalı, temas içermeyen cinsel tacizlerde öykü ve ruhsal muayenenin önemi akılda tutulmalıdır.

2.7.4. Ruhsal muayene

Yaralanma sonrası fiziksel travmaya ait bulgular zaman içinde ortadan kalkabilir veya hiç bulgu oluşmayabilir. Ancak ruhsal travmaya bağlı bulgular uzun süre izlenebilmektedir. Delil oluşturabilecek psikolojik bulguların saptanabilmesi için ayrıntılı bir ruhsal muayene gereklidir. Olguların ruhsal değerlendirmesinin erken tanı ve tedaviye başlanması ile kişinin sağlığı açısından önemli olmasının yanı sıra adli açıdan ceza ve tazminat davaları sırasında yapılacak değerlendirmelerde de verilecek raporların sonucu değiştirebilmesi nedeniyle önemi bulunmaktadır (79).

Adli muayenelerde yaralanmaların ağırlık değerlendirmesi ile ilgili yapılan tespitlere, olaya bağlı mağdurda gelişen psikiyatrik yakınmalar varsa onların da dâhil edilmesi mağduriyetin daha iyi ve sağlıklı bir şekilde açığa çıkarılmasını sağlar (90, 91). Bu durumun mağdurun tedavisini yönlendirecek yeni bilgiler vermesinin yanında failin yargılamasının daha adil gerçekleşmesine olanak sağlayacağı söylenebilir.

Ruhsal muayene kişiyi gözlemlemek ile başlar. Biyopsikososyal gelişimi, olay sırasındaki ruhsal durumu, eylemi değerlendirme şekli, olay öncesi-sırası-sonrası tutum ve davranışları psikiyatrik değerlendirmede dikkat edilmesi gereken noktalardır (92). Muayenenin psikiyatrik semptomatolojiyi saptayacak şekilde bilinç, motor bozukluklar, düşünce, konuşma, algı, duygu durum, bellek, iç görü ve yargı bileşenleri yönünden yapılandırılması ve ölçeklerden yararlanması önerilmektedir. Adli tıp yönünden şiddete ait kanıt ve belirtilerin saptanması, etiyolojisi, şiddetin gelişen patoloji üzerindeki rolü önem taşımaktadır (3).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların %98’inin sorgulanmadıkça aile içi şiddetten söz etmediği, konu açıldığında ise gizlemeyi veya bilgileri sınırlı vermeyi tercih ettiği belirlenmiştir (93). Bu nedenle şiddete maruz kalan kadınlarda

yaygın görülen patolojilerin hekimler tarafından bilinmesi şiddeti açığa çıkarmada ve ruhsal değerlendirmenin ayrıntılandırılmasında önem kazanmaktadır.

İnsan eliyle gerçekleştirilen şiddet eylemleri sonrası travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), akut stres tepkisi ve bozuklukları, anksiyete, uyku ve yeme bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, depresyon, alkol madde bağımlılıkları, kişilik bozuklukları, cinsel bozukluklar, psikotik bozukluklar görülebilir (41, 94). Kadına yönelik şiddetin duygusal sonuçlarına odaklanan çalışmaların derlemesinde; beş çalışmada depresyon, dört çalışmada anksiyete, üç çalışmada kendini güvende hissetmeme, iki çalışmada kendini değersiz hissetme gibi sonuçlar tespit edildiği ortaya konmuştur (80).

Herman, kronik olarak travmatize olan insanların sürekli huzursuz, kaygılı ve aşırı tedbirli olabileceğini, bu kişilerin zaman geçtikçe bedenlerini kendilerine karşı dönmüş olarak algılayacaklarını belirtir. Bu kişiler uykusuzluk, baş ağrısı, gerilim, mide bağırsak bozuklukları, çarpıntı, karın ve sırt ağrıları, titreme, boğulma hissi gibi somatik semptomlar da gösterebilirler (95).

Şiddet mağdurları ile çalışan klinisyenler TSSB tanısının uzun süreli ve yineleyen travmaların, özellikle uzun süreli eş şiddeti, istismar edilen çocuk, gibi mağdur ve failin uzun süre iç içe geçmiş yaşamlarının olduğu durumlar ardından çıkan zorlukları karşılamakta yetersiz kaldığını belirtir. Uzun ve tekrarlayan travma mağdurları için “Karmaşık TSSB” tanısının kullanılması önerilmektedir (94).

Tekrarlayan şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon oranlarının daha fazla olduğu, şiddetin süregelenleşmesi, sıklığının ve yoğunluğunun artmasının görülen ruhsal rahatsızlıklar için pekiştirici etki yapacağı için daha ağır seyrettiği gösterilmiştir (38, 86, 96).

2.7.5. Tıbbi belgeleme

Adli raporlara, görüşme sırasında toplanan tüm bilgiler kayıt edilmelidir. Tıbbi dil kullanmaktan mümkün olduğunca kaçınılmalı, raporun kolay anlaşılır olmasına özen gösterilmelidir. Muayenede ve rapor yazılmasında hazır rapor formlarının kullanılması lezyonların atlanma ihtimalini azaltacak ve yapılacak

işlemlerin hatırlanmasına olanak sağlayacaktır (86). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği "Genel Adli Muayene Rapor Formu" kullanılmaktadır. Birçok kurumda bu form kullanılmakla birlikte, sağlık kurumlarında değişik formatlarda rapor formlarına da rastlanmaktadır. Ayrıca ülkemizde cinsel saldırı muayene raporu için özel bir form bulunmaktadır. Genel adli muayene rapor formlarının eklerinde kadın ve erkekler için ayrı ayrı vücut diyagramı, konsültasyonlar için de ek form bulunmaktadır.

Adli raporlarda raporu düzenleyen kurumun adı, raporun gideceği kurumun adı, rapor numarası, raporun düzenlendiği tarih ve saat, olayın gerçekleştiği tarih ve saat, olayın türü, niteliği, hakkında rapor düzenlenilen kişinin kimlik bilgileri, rapor düzenleyen tarafından alınan öykü, muayene koşulları, aydınlatılmış onam, rapor düzenleyen tarafınca yapılmış muayene, var ise laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, konsültasyonlar ve sonuç bölümü yer almalıdır (97, 98).

Adli raporlar olayın öyküsünden başlayarak muayenede saptanan pozitif ve negatif bulguların kaydedilmesi ve sorulan sorulara ilişkin hekimin bilimsel değerlendirmeleri ve kanaatini içerecek biçimde sonuçlandırılmalıdır (74).

Fiziksel şiddet bulguları yorumlanırken yaranın boyutları, lokalizasyonu, tipi, oluştuğu dokunun özellikleri, hasarın derecesi, infeksiyon varlığı, uygulanan kuvvetin cinsi ve şiddeti, kişinin sağlık durumu ve yaşı, tedavi görüp görmemesi gibi yara iyileşmesini ve skar dokusu gelişmesini etkileyen faktörler göz önüne alınmalıdır (99). Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal bulgu saptanmadığında, bulgu saptanmadığı da raporda belirtilmelidir (75).

Kadınlara yönelik şiddette sıklıkla farklı şiddet biçimlerinin bir arada yaşandığı göz önüne alındığında, tüm şiddet biçimleri için bulguların ayrı ayrı yorumlanması gerektiği unutulmamalıdır. Bunun yanında şiddet biçimi ile saptanan bulgular arasındaki *uyumluluk derecesi ve nedensellik bağı* belirtilmelidir. Daha net bir ifade ile şiddetin uygulanış şekli hakkında hekim kendi görüşünü bildirmelidir (87).

Şiddetin neden olduğu fiziksel ve ruhsal zararların sonuçlarının değerlendirilmesinde raporu hazırlayan hekimlerin yararlanabilmesi için Adli Tıp Uzmanları Derneği, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve Adli Tıp Derneğinin katılımı ile “Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi” hazırlanarak, 2019 yılında güncelleme çalışması yapılmıştır. Rehberde; yaralanmaların tanımlanması ve basit tıbbi müdahale gerekliliği, yaşamsal tehlike oluşturması gibi yaralanmaların ağırlığının belirlenmesi, kemik kırıklarının değerlendirilmesi, zehirlenme olgularının değerlendirilmesi, duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması veya yitirilmesi ve travma sonrası gelişen ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi bölümleri yer almaktadır (91). Raporların hazırlanmasında standardizasyonu sağlamak için rehberin kullanılması önerilmektedir.

Rehberde; TCK madde 86/1’de yer alan suç tipi (“Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”) travmanın mağdur üzerindeki ruhsal etkilerini kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Başvuranın yaşadığı olay nedeni ile oluşan ruhsal zararlar da TCK kapsamında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda TCK86/2 (“Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.”) hükmü uyarınca kişide oluşan bedensel zararın yanı sıra ruhsal zararlar oluşup oluşmadığının tespiti halinde basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek bir yaralanma olup olmadığının değerlendirilmesi ve rapor sonucunun buna göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (100).

2.8. Kadına Yönelik Şiddete Karşı Oluşturulan Mekanizmalar

2.8.1. Dünya’da örnekler

Uluslararası düzenlemeler ülkelere kadına yönelik şiddeti önlemede Ulusal Eylem Planı oluşturulması konusunda tavsiyelerde bulunmuştur. Birçok ülkede yardım hatları, sığınma evleri, danışma merkezleri bulunmaktadır.

Bu ülkelerden bazılarında işleyiş örnekleri verilmesi açısından yer verecek olursak; İtalya'da şiddet karşıtı kadın merkezleri tıbbi danışmanlık, istihdam tavsiyeleri ve ebeveynlik desteği sunmaktadır. Bolonya Kadın Evi tüm kadınların kendi bölgesinde bir merkez bulabilmesine yardımcı olmak için şiddet karşıtı merkezlerin çevrimiçi bir haritasını oluşturmuş, şiddet mağduru kadınlara özel dinleme ve destek olanağı sunmak için 7/24 kullanılabilen yardım hattı geliştirmiştir. Yardım hattına sabit hat ve cep telefonları ile ücretsiz ulaşılabilen olup, İtalyanca, İngilizce, Fransızca, İspanyolca ve Arapça dillerinde görüşme yapılabilmektedir. İspanya'da rehberlik merkezleri ve hizmetleri mevcuttur. Tüm bölge genelinde mevcut olan sığınma evleri, devlet tarafından finanse edilmektedir. Rehberlik hizmetlerinin çoğunda: acil durum hizmetleri, rehberlik, bilgilendirme ve danışmanlık, müdahale güvenliği desteği, hukuki danışmanlık, kadına yönelik şiddet konusunda bağımsız tavsiyeler, mahkeme refakati, ağ oluşturma, sosyal yardım, yeni bir ülkeye yerleşme desteği ve uzman çocuk desteği, bulunmaktadır. Kamusal alanlara bildiriler asılmakta ve televizyon, radyo, gazete ve dergiler ile ilan panoları yoluyla bilgilendirme sağlanmaktadır. Bilgiler tüm ulusal azınlık dillerinde, bazı durumlarda ise İngilizce olarak sunulmaktadır. Mağdurları destekleyen özel polis birimleri/görev komiteleri mevcut olup, tüm bölgelerde ücretsiz hukuki danışmanlık sunulmaktadır (101).

Viyana Aile İçi Şiddete Müdahale Merkezi ev içi şiddet ve ısrarlı takipten sorumlu olan bir merkezdir. Kadının, her danışman destek istememesi halinde de izleme bir süre devam edilmektedir. İzlem sonrası ilk anda destek istemeyen kadınların sıklıkla izleme sonucunda destek istedikleri görülmektedir. Polisin şiddeti bildirmesi ile hızlı bir şekilde kadına ulaşması ve çalışma yürütmesi ile proaktif bir merkezdir. İsveç'teki en büyük sığınak olan Tüm Kadınların Evi'nin danışma merkezi şiddete maruz kalan kadınlara ücretsiz olarak, telefonla ya da yüz yüze destek vermektedir. Başvuran kadınlar dilerlerse, isimsiz ya da kimlik numaralarını vermeden başvurabilmektedirler (102).

Pan Amerikan Sağlık Organizasyonunun Kadına yönelik şiddete karşı "Kritik Yol" olarak adlandırdığı çalışmanın raporunda Orta Amerika ülkelerinde uygulanan yöntemlere, sağlık sitemine dair sorunlara ve örneklerle yer veriliyor.

Honduras’da ülke genelinde Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı departmanına bağlı bölgesel sağlık merkezlerinde bulunan aile danışma merkezlerinde (Family Counseling Centers) sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar şiddet mağdurları için bireysel ve grup danışmanlığının yanı sıra sağlık çalışanları ve toplum destekçileri için eğitim ve önleme faaliyetleri sağlamaktadır. Nikaragua’da ise Ulusal Polis Gücü tarafından yönetilen Kadın ve Çocuk Polis Karakolları, yerel sağlık hizmetleri, hükümet ve sivil toplum kuruluşlarından oluşan bir ağ ile çalışmaktadır. El Salvador’da Chintúc ve Nikaragua’da Esteli sağlık merkezi gibi bazı merkezlerde ise kadınlara mahremiyeti sağlamak amaçlı özel görüşme odalarında hizmet verilmektedir. El Salvador’da yer alan Barrio Lourdes polikliniğinde ise şiddete yaklaşım konusunda eğitilmiş personeller özellikle şiddetin yarattığı ruhsal bozukluklar konusunda kadın toplulukları ile çalışmaktadır (103).

2.8.2. Türkiye’den örnekler

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2007-2010 ve 2012-2015 dönemlerine ait iki adet Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı oluşturmuştur. Ulusal Eylem Planının hedefleri şu şekilde belirtilmiştir:

- *“Cinsiyet eşitliği, kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddetle ilgili yasal düzenlemeler yapmak ve uygulama sorunlarını ortadan kaldırmak,*
- *Kadına yönelik şiddeti doğuran ve sürekli hale getiren olumsuz tutum ve davranışları ortadan kaldırmak için cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle ilgili sosyal farkındalık yaratmak ve zihniyetin değişmesini sağlamak,*
- *Şiddet mağduru kadınlar, çocukları (varsa) ve şiddet suçu işleyen veya şiddet suçu işleme potansiyeline sahip olanlara yönelik sağlık hizmetleri düzenlemek ve bunları uygulamak,*
- *Şiddete maruz kalan kadınlar ve varsa çocukları için hizmet sunumunu temin etmek amacıyla örgütler/kurumlar arası ve sektörler arası işbirliği mekanizmalarını güçlendirmek” (29).*

Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Yönelik oluşturulan Kurumsal Yapılanmasında:

- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
- Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlükleri ve Sosyal Hizmet Merkezleri
- İlk Kabul Birimleri
- Kadın Konukevleri
- ALO 183 Sosyal Destek Hattı
- İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Belediyeler ve Sivil Toplum Kuruluşları yer almaktadır.

6284 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra şiddete uğrayan kadınlara yönelik hizmetleri yürütmek üzere Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM'ler) açılmaya başlanmıştır. Bu Kanun kapsamında çalışmalarını yedi gün yirmi dört saat esaslı ile yürüten merkezler olarak tanımlanan, şiddetin önlenmesi ve verilen tedbir kararlarının etkin olarak uygulanmasının izlenmesi bakımından şiddet önleme ve izleme merkezleri tarafından verilecek destek hizmetleri;

- a) “Koruyucu ve önleyici tedbir kararları ile zorlama hapsinin verilmesine ve uygulanmasına ilişkin veri toplayarak bilgi bankası oluşturmak, tedbir kararlarının sicilini tutmak.*
- b) Korunan kişiye verilen barınma, geçici maddi yardım, sağlık, adli yardım hizmetleri ve diğer hizmetleri koordine etmektir.”*

Alo 183 ve Kadın Destek Uygulamaları (KADES) da ülkemizde şiddete uğrayan kadınların başvurabileceği iletişim hatlarıdır.

2020 verilerine göre KADES'i 891 bin 181 kadın telefonuna indirirken uygulama üzerinden yaklaşık 50 bin ihbarda bulunduğu,2020'nin ilk 6 ayında 60 bin 199 kişi hakkında koruyucu, 125 bin 467 kişi hakkında önleyici tedbir kararı verildiği resmi kaynaklarca açıklanmıştır (53).

2018 verilerine göre Kadının Statüsü Genel Müdürlüğüne bağlı 110 kadın konukevi, belediyelere bağlı 32, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'ne bağlı 1, Mor Çatı

Sivil Toplum Kuruluşu'na bağlı 1 tane olmak üzere toplamda 3454 kapasite ile 144 kadın konukevi bulunmaktadır (104).

Kadına yönelik şiddeti önleme ve şiddete maruz kalan kadınlara destek sunmada sivil toplum kuruluşları büyük rol oynamaktadır. Özellikle Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, illerde bulunan ve şiddet anında 7/24 başvurulabilecek kadın dayanışma dernekleri, barolar, yerel yönetimlere bağlı dayanışma birimleri şiddete uğrayan kadınlar için birçok çalışma yapmakta ve destek mekanizmaları geliştirmektedir (105).

Türkiye’de üniversiteler içerisinde kurulan “Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezleri” kadına yönelik şiddete karşı farkındalık yaratmak için, araştırmalar yaparak raporlar ortaya koymakta, seminer, panel ve toplantılar ile eğitim çalışmaları yürütmektedir.

Ülkemizde şiddete uğrayan kadınlara özgü kurulmuş, sağlık merkezi örneği yalnızca İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Kadına Yönelik Şiddet Tanı ve Rehabilitasyon Merkezidir. Kadına yönelik şiddetin önüne geçmek için açılan merkezde şiddet mağduru kadınların, tüm muayeneleri yapılmakta, adli tıp raporu düzenlenmekte ve ardından hukuki ve danışmanlık hizmeti verilmektedir. Bu haliyle merkez özellikle cinsel istismar suçunun mağduru olan çocukların etkin bir şekilde korunmalarının sağlanması, ikincil mağduriyetlerinin önlenmesi, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitilmiş kişiler tarafından tek seferde yapılması ve istismarı önleyici tedbirlerin alınması amacıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde kurulan Çocuk İzlem Merkezi ile benzerlik göstermektedir.

2017 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı tarafından Çocuk İzleme Merkezlerine benzer bir şekilde işleyecek şiddete uğrayan kadının adli muayenesinin ve diğer işlemlerinin tek merkezde yapılması için Kadın İzlem Merkezleri (KİM)’nin kurulacağını açıklamıştır. Kadına yönelik şiddetin fazla olduğu illerde pilot uygulama olarak KİM’lerin kurulmaya başlanacağı açıklansa da ülkemizde şu an itibarıyla şiddete uğrayan kadınlar için bu merkezler bulunmamaktadır (106).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2021/290 karar nolu onayı ile çalışmaya başlanılmıştır.

Samsun Cumhuriyet Başsavcılığı'nın izni ile Samsun Cumhuriyet Başsavcılığı'na bağlı aile içi ve kadına yönelik şiddet bürolarından sorumlu Cumhuriyet Savcısına ulaşan ve 01.06.2020 ile 01.12.2020 tarihleri arasında iddianameleri tamamlanmış dosyalar retrospektif olarak incelenmiştir. Bu 6 aylık periyotta iddianamesi tamamlanan 294 dosyadan mağdurun erkek olduğu olgular, partner ilişkisi dışında olan aile içi şiddet olguları, partner şiddetine uğramış kadın olgulardan ilk kez şiddete uğradığını belirten olgular örneklem dışı bırakılmıştır. Kadın olguların ilk başvuru merkezinde alınan ifadesinde daha önce de aynı partner tarafından şiddete maruz kaldığını belirten 18 yaş üstü 141 kadın örneklem olarak seçilmiştir.

İlk ifade tutanağından mağdur ve şüphelinin yaşları, eğitim ve gelir durumları, yakınlık ilişkileri, yardım istenilen kişi/kurum, olay tarihi, ilk başvuru merkezi, şiddetin biçimi, alet kullanılıp kullanılmadığı, şikayetçi olma talebi bilgileri kayıt edilmiştir. “Kadına Karşı Şiddet Olayları Kayıt ve Risk Değerlendirme Formu” formlarından daha önce uygulanan şiddet biçimi, alet ile şiddete maruz kalma durumu, şüpheli ile aynı evde yaşayıp yaşamadığı, risk durumu bilgileri kaydedilmiştir. Dosya içerisinde yer alan genel adli muayene formlarından ise raporun düzenlendiği kurum, muayene şartları, olayın öyküsü, fizik muayene, ruhsal muayene, istenilen konsültasyon ve hekimlerin sonuç değerlendirmeleri kaydedilmiştir.

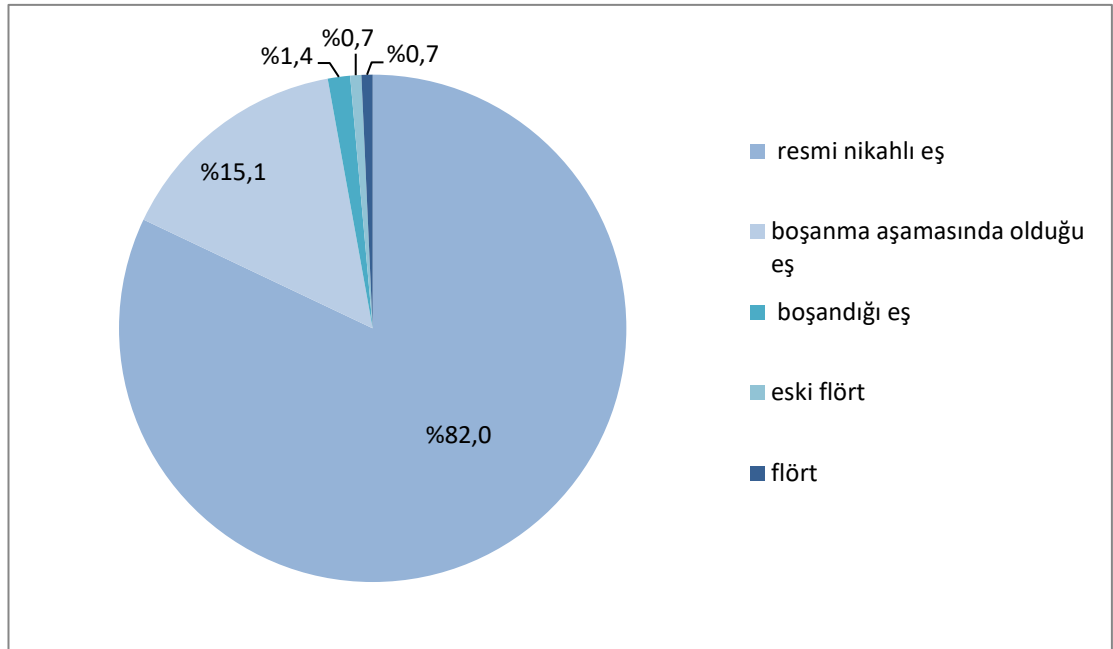
Olguların şiddet türleri sınıflandırılırken cinsel birlikteliğe zorlama ve mağdurun istemediği cinsel taleplerin olması“cinsel şiddet”, mağdurun bilgisi olmadan ortak malların harcanması, geliri olmayan kadına maddi destek vermeme, günlük ihtiyaçlarını karşılamama, kazancının düşük olması nedeniyle aşağılama “ekonomik şiddet”, kesici-delici ve ateşli silah varlığı direkt bedene müdahale olmasa dahi “alet kullanımı” olarak sınıflandırılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.00 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma grubunun tanımlayıcı bulguları, sayı ve yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak için ki kare testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan partner şiddetine maruz kalan 141 kadın olgunun yaş ortalamasının $35,10 \pm 10,09$ (min 19 - max 75) yıl olduğu görülmüştür. Şiddet uygulayan partnerlerin hepsi erkek olup yaş ortalamaları $39,26 \pm 11,82$ (min 21 - max 78) yıldır.

Şiddet uygulayanlar ile olguların yakınlıklarına baktığımızda %80,9 (n:114) ile resmi nikâhlı eşin en sık olduğu, %14,9 (n:21) ile boşanma aşamasında olunan partnerin de ikinci sırada geldiği görülmüştür (Şekil 1). Olguların %83,7 (n:118)'si şiddet uygulayan ile aynı evde yaşamaktadır.



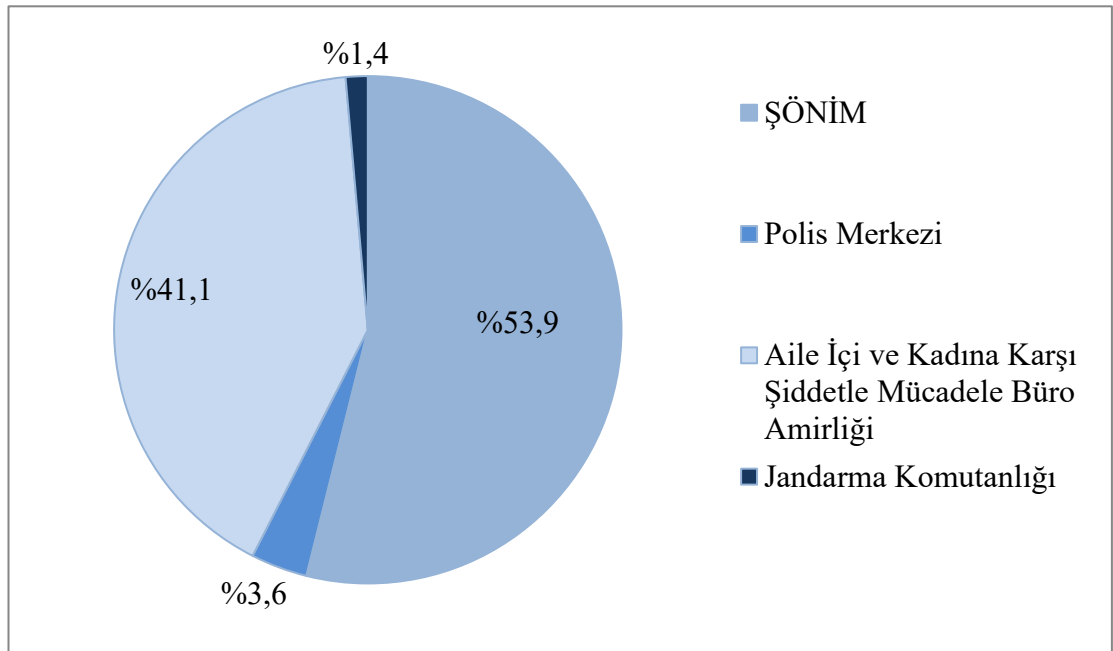
Şekil 1. Şiddete maruz kalan ile şiddet uygulayan arasındaki yakınlık durumunun dağılımı.

Olguların %29,1 (n:41) ile en fazla ilkokul seviyesinde eğitime sahip olduğu, ardından %26,2 (n:37) ortaokul, %26,2 (n:37) lise, %14,9 (n:21) lisans/lisansüstü eğitim aldığı, 4 olgunun okuma yazma eğitimi olmadığı tespit edilmiş olup 1 olgunun ise dosya içeriğinden eğitim bilgilerine ulaşılamamıştır. Şiddet uygulayanların ise %31,9 (n:45) ile en fazla ilkokul mezunu olduğu, %28,4 (n:40) ortaokul, %24,1 (n:34) lise, %12,8 (n:18) lisans/lisansüstü eğitimi aldığı, 1 olgunun okuma yazma eğitimi olmadığı görülmüş, 3 olgunun eğitim bilgisine dosyadan ulaşılamamıştır.

Olguların %66 (n:93)'sının gelir getiren bir işe sahip olmadığı, %34 (n:34)'ünün olduğu görülmüştür. Şiddet uygulayanların ise %85,8 (n:121)'inin gelir getiren bir işe sahip olduğu, %14,2 (n:20)'sinin olmadığı görülmüştür.

Şiddet anında ya da sonrasında olguların %31,2 (n:44) ile 155 Polis İmdat Hattına, %22 (n:31) polis merkezine, %16,3 (n:23) hastane acil servisine veya 112 Çağrı Merkezine başvurduğu, %8,5 (n:12)'i ailesinden, %8,5(n:12)'i ise komşularından seslenerek yardım istemiştir. ŞÖNİM'e 2, KADES uygulamasına ise 3 olgu başvurmuştur. Olgulardan %9,9 (n:14)'unun kendisi tarafından bir başvurusu olmadığı halde çevrede şiddete tanıklık edenler tarafından polis imdat hattının arandığı görülmüştür.

Olguların ifadelerinin alındığı birimlerin dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2.Şiddete maruz kalanların ifadelerinin alındığı birimlerin dağılımı.

Olguların %92,3 (n:130)'ünün en fazla bedenle darba maruz kaldığı, %66 (n:93)'sının tehdit edildiği, %79,4 (n:112)'ünün ise hakarete uğradığı görülmüştür. Olguların yalnızca %10,6 (n:15)'sında izole şiddet tarif edilmişken, %89,4 (n:126)'ünde farklı şiddet biçimleri bir aradadır. Bunlardan en fazla bedenle darp ile tehdit veya hakarete maruz kalmanın birlikte görüldüğü tespit edilmiştir. Tehdit ya da hakaretin eşlik etmediği olgu sayısı yalnızca 17 (%12)'dir (Tablo1).

Tablo 1. Olguların başvuruya neden olan olay sırasında yaşadıkları şiddet türlerine göre dağılımları.

Şimdiki şiddet öyküsü		Sayı (n:141)	(%)*
Fiziksel şiddet	Bedenle darp	130	92,2
	Kesici delici alet	9	6,4
	Ateşli silah	3	2,1
	Diğer alet	32	22,7
Cinsel şiddet		1	0,7
Sözel şiddet	Tehdit	93	66,0
	Hakaret	112	79,4
Ekonomik şiddet		14	9,9

*126 olguda birden fazla şiddet türü tanımlanmıştır.

Olguların daha önce uğradığı şiddet biçimlerine bakıldığında %73,8 (n:104)'ünün fiziksel şiddete, %70,2 (n:99)'ünün duygusal/sözel şiddete, %3,5 (n:5)'inin ekonomik şiddete uğradığı, daha önce şiddete uğradığını belirtip, şiddetin biçimini tarif etmeyenlerin oranının ise %17 (n:24) olduğu görülmüştür. Fiziksel ve duygusal/sözel şiddet ise %61 (n:86) ile en fazla birlikte olan şiddet biçimleridir.

Tablo 2. Olguların daha önce maruz kaldığı şiddet türlerine göre dağılımları.

Önceki şiddet öyküsü	Sayı (n:141)	(%)*
Fiziksel	104	73,8
Sözel	99	70,2
Ekonomik	5	3,5
Belirtmemiş	24	17,0

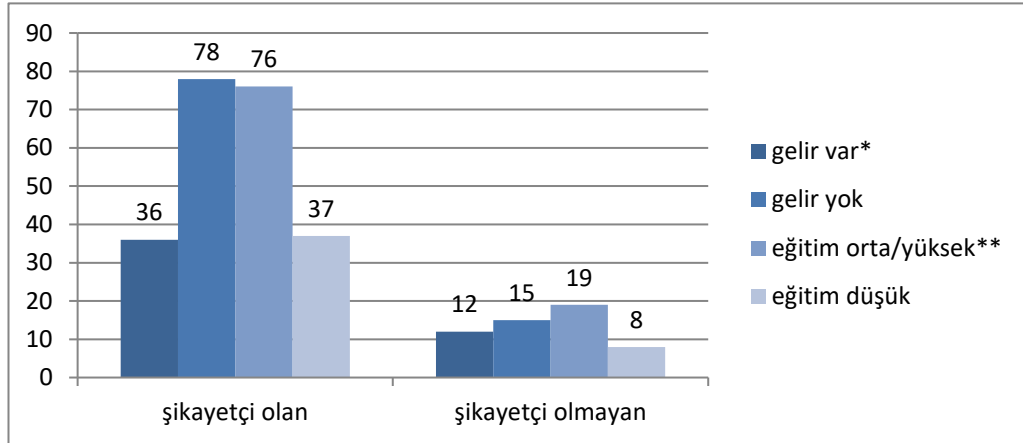
*90 olguda birden fazla şiddet türü tanımlanmıştır.

Daha önce herhangi bir alet ile şiddete maruz kalanların oranı ise %44,7 (n:63) bulunmuştur. Olguların %31,2 (n:44)'si son müracaata neden olan olayda herhangi bir alet ile şiddete maruz kalmıştır. Daha önce alet ile şiddete maruz kalan

olguların son yaşanan şiddette alet ile şiddete uğrama oranları, daha önce alet ile şiddete uğramamış olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

6284 sayılı Kanun kapsamında görevli uygulayıcılarca vakaya ilişkin risk durumunun belirlenmesi açısından kullanılan Kadına Karşı Şiddet Olayları Kayıt ve Risk Değerlendirme Formunda risk değerlendirmesi yapılan olguların %50,4 (n:71)'ü orta risk grubunda, %29,1 (n:41)'i yüksek risk grubunda, %19,1 (n:27)'i standart risk grubundadır. 2 olguda ise risk değerlendirme bilgisi bulunmamaktadır.

Olguların %80,9 (n:114)'ünün son maruz kaldığı şiddet sonrası şikâyetçi olduğu görülmüştür. Çalışma grubunu oluşturan 141 olgunun %56,7 (n:80)'si daha önce uğradığı şiddet sonrası şikâyetçi olmazken, bu olgulardan %72,5 (n:58/80)'inin son maruz kaldığı şiddet sonrası şikâyetçi olduğu görülmüştür. Son maruz kaldığı şiddet sonrası şikâyetçi olmayan olguların (%19,1, n:27) eğitim ve gelir durumuna bakıldığında %55,6 (n:15)'sının geliri olmadığı, %70,4 (n:19)'ünün ortaokul seviyesi ya da üzerinde eğitime sahip olduğu görülmüştür. Şikâyetçi olan ve olmayanların gelir durumu ve eğitim seviyesine göre karşılaştırmaları Şekil 3 de verilmiştir.



* Herhangi bir işte çalışan.

**Ortaokul ve üzeri eğitim almış olan.

*** Şikâyetçi olan bir olgunun eğitim seviyesi hakkında bilgi mevcut değildir.

Şekil 3. Şikâyetçi olan ve olmayanların gelir durumu ve eğitim seviyesine göre karşılaştırmaları.

Olguların 4'ünden adli rapor istenmediği görülmüştür. Bu dört olgunun üçünün tehdit/hakaret içeren sözel şiddete maruz kaldığı, birinin de beden yaralanması olmadığını beyan eden fiziksel şiddete uğramış olgu olduğu görülmüştür. Raporu bulunan 137 olgunun genel adli muayene raporlarının verildiği ilk kurumlar; %54,7 (n:75)'inde eğitim ve araştırma hastanesi, %40,1 (n:55)'inde devlet hastanesi, %3,6 (n:5)'sında özel hastanedir. Yalnızca bir olguda üniversite hastanesine başvuru olduğu, 1 olguda ise form üzerinde hastane adı yazmadığı görülmüştür.

Raporların %54 (74/137)'ü kati rapor, %27,7 (n:38)'si geçici rapordur. 18 raporda geçici ya da kesin rapor olduğuna dair bilgi bulunmadığı, 7 olguda ise ilk raporun adli tıp uzmanı tarafından hazırlandığı görülmüştür.

Raporların %84,7 (n:116)'sinde muayene koşulları bölümünün (uygun ortam sağlandı mı?, muayene sırasında bulunan kişiler, muayene edilenin giysileri) işaretlenmediği, %6,6 (n:9)'sında şartların kısmen sağlandığı görülmüştür. Yalnızca %5,8 (n:8)'inde muayene koşulları bölümünde yer alan tüm koşulların sağlandığı belirtilmiştir. Dört olguda ise kullanılan rapor formatında muayene koşulları bölümünün olmadığı görülmüş olup, bu olguların üçünün özel hastaneye, birinin kamu hastanesine ait olduğu saptanmıştır.

Genel adli muayene raporlarının muayeneye esas olayla ilgili bölümü (olayın öyküsü, muayene edilenin şikâyetleri, muayene edilenin tıbbi özgeçmişi) incelendiğinde olguların %35,8 (n:49)'inde adli vaka muayenesi ya da darp-cebir muayenesi yazdığı, %26,3 (n:36)'ünde yalnızca kişinin darp edildiği bilgisi olduğu, %5,1 (n:7)'inde ise bu alanın boş bırakıldığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Genel adli muayene raporlarının muayene esas olay ile ilgili bölümünün içeriklerine göre dağılımı.

		Sayı (n:137)	%
Muayeneye esas olay öyküsü	Adli vaka/darp cebir muayenesi	49	35,8
	Darp edildi bilgisi	36	26,3
	Boş bırakılmış	7	5,1
	Diğer*	45	32,8

Diğer*: Öyküye dair kısmi bilgi kaydedilen olgular (bknz.Tablo4.)

Olguların genel adli muayene raporları içerisinde yer alan olayın öyküsü ve muayene edilenin tıbbi özgeçmiş bölümlerinin incelenmesinde belirlenen eksiklikler ve hatalar Tablo 4 de gösterilmiştir.

Tablo 4. Genel adli muayene raporları öykü içeriğindeki eksiklikler ve hataların dağılımı.

	Sayı (n:137)	%*
Şiddet uygulayana dair bir bilgi yok	106	77,4
Olay öyküsünde şiddetin uygulandığı tarih bilgisi yok	117	85,4
Şiddetin uygulanma şekli belirtilmemiş	94	68,6
Şiddetin uygulandığı bölge sorgulanmamış	103	75,2
Hekim tarafından alet kullanımına dair bilgi kaydedilmemiş	130	94,9
Özgeçmişte şiddet sorgulanmamış	132	96,4

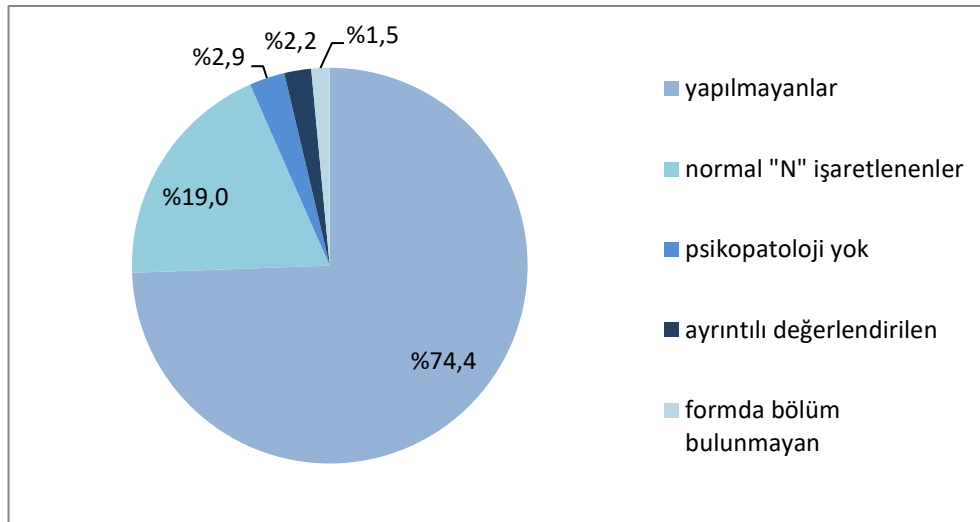
*Birden fazla eksik ve hata içeren raporlar mevcuttur.

Genel adli muayene raporlarının muayene bulguları bölümünün incelenmesinde %86,9 (n:119)'unda lezyonun lokalizasyona ve türüne ait bilgi olduğu, %10,9 (n:15)'unda darp-cebir izi olmadığı görülmüşken, iki olguda bu alanın boş bırakıldığı, bir olguda da normal fizik muayene bilgisi verildiği görülmüştür.

Tablo 5. Genel adli muayene raporlarının muayene bulguları ile ilgili bölümünün içeriklerine göre dağılımı.

		Sayı (n:137)	%
Muayene bulgusu	Lezyon lokalizasyonu/türü bilgisi	119	86,9
	Darp cebir izi yok	15	10,9
	Boş	2	1,5
	Normal	1	0,7

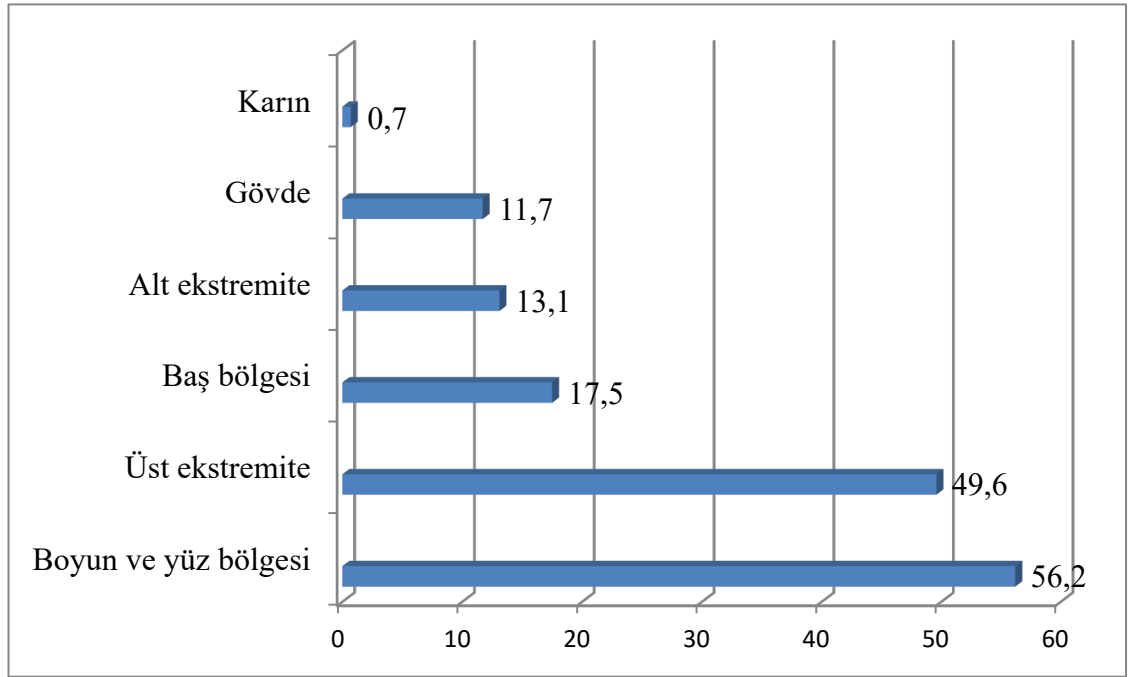
Psikiyatrik muayene bölümünde olguların %74,5 (n:102)'inde muayene yapılmadığı, %19 (n:26)'unda yalnızca normal yazıldığı, %2,9 (n:4)'unda psikopatolojiye rastlanmadığı kaydedilmiştir. 137 olgudan yalnızca 3'ün de ruhsal muayenede ayrıntılı bilgi varken, 2 olguya ait rapor formatında psikiyatri muayene bölümünün olmadığı görülmüştür. Ruhsal muayene varlığının dağılımı Şekil 4 de verilmiştir.



Şekil 4. Ruhsal muayene varlığının dağılımı.

Ruhsal muayenesi yapılan olguların oranı, muayene koşullarının tam sağlandığı olgularda, koşulların sağlanmadığı veya eksik sağlandığı olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

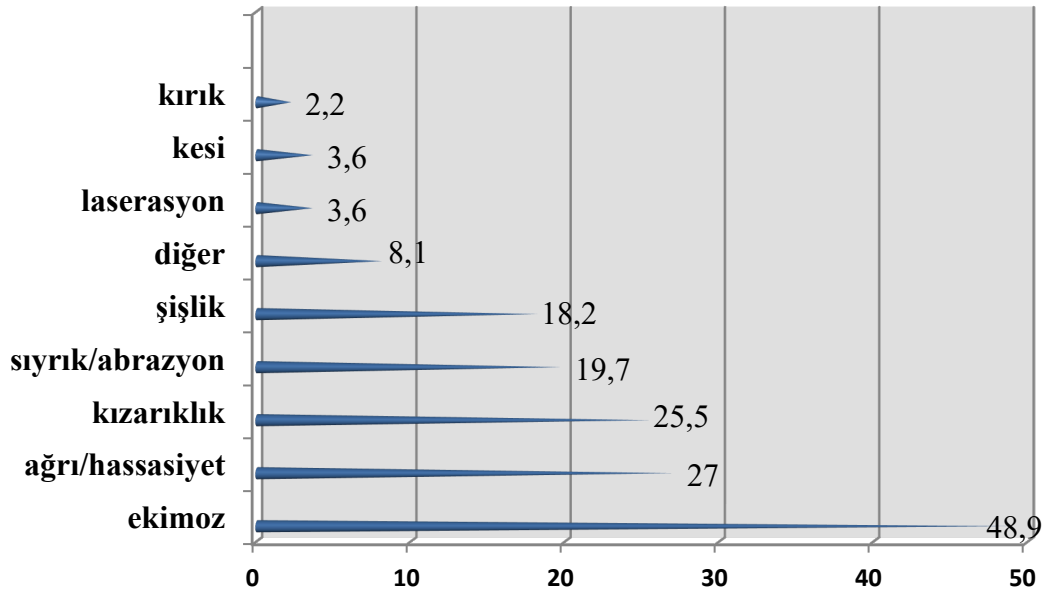
Fizik muayenede yer alan lokalizasyon tanımlamalarına göre en sık yaralanan bölgenin %56,2 (n:77) ile boyun ve yüz olduğu, üst ekstremiteler yaralanmalarının %49,6 (n:68), baş bölgesi yaralanmalarının %17,5 (n:24) olduğu görülmüştür (Şekil 5).



*60 olguda birden fazla vücut bölgesinde yaralanma bulunduğu görülmüştür.

Şekil 5. Yaralanmaların görüldüğü vücut bölgelerinin dağılımı.

Olguların %48,9 (n:67)'unda ekimoz/bere/morluk, %27 (n:37)'sinde ağrı/hassasiyet %25,5 (n:35)'inde kızarıklık, %19,7 (n:27)'sinde sıyrık/abrazyon, %18,3 (n:25)'sinde şişlik, %3,6 (n:5)'sında laserasyon, %2,2 (n:13)'sinde kırık, %3,6 (n:5)'sında kesi, olduğu görülmüştür. 11 olguda ise ödem, büllü lezyon, yüzeysel lezyon, dejenerasyon, korneal lezyon, ısırık, kanama, skar, eritemli lezyon, peteşi, eritemli lezyon tariflerinin kullanıldığı bulunmuştur. Lezyon türlerinin dağılımı Şekil 6'da verilmiştir.



*65 olguda birden fazla lezyon türü bulunduğu görülmüştür.

Şekil 6. Lezyon türlerinin dağılımı.

Yalnızca dört olgudan konsültasyon istendiği ve konsültasyon istenen bölümlerin ikisinin ortopedi ve travmatoloji bölümü diğer ikisinin ise göz hastalıkları bölümü olduğu görülmüştür.

Sonuç bölümünde olguların %64,2 (n:88)'inde yaşamsal tehlike olmadığı belirtilirken, %35,8 (n:49)'inde yaşamsal tehlike açısından değerlendirme yapılmadığı görülmüştür. Yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilecek ölçüde hafif olup olmadığı hususunda olguların %34,3 (n:47)'ünde görüş bildirilmemiş, %63,5 (n:87)'inde basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu belirtilmiştir. Olguların %38 (n:52)'inde darp-cebir izi mevcut olduğuna, %13,1 (n:18)'inde ise darp cebir izi mevcut olmadığına dair görüş bildirildiği görülmüştür. Geçici rapor niteliğinde olan olgulardan %10,2 (n:14)'sinde kesin raporunun uzman tarafından verilmesi yönünde görüş bildirilmiştir. Sonuç bölümünde olguların %54 (n:74)'ünde COVID-19 hastalığı yakınmaları açısından da değerlendirme yapıldığı görülmüştür.

Yaralanmaların meydana geliş mekanizması hakkında yedi olguda görüş bildirilmiştir. Bunların tırnak izi, parmak basma, tırmalama, cam çizdiği şeklinde olduğu görülmüştür.

Dört olguya ait genel adli muayene rapor formatı içerisinde vücut diyagramının yer almadığı saptanmıştır. Darp-cebir izi mevcut olmadığı kayıt edilen olguların dışında, %49,6 (n:59)'sında vücut diyagramının işaretlenmediği, %19,3 (n:23)'ünde ise eksik (lokalizasyon işaretlendiği ancak lezyon türü yazılmadığı ya da tarif edilen tüm bulguların işaretlenmediği) işaretlendiği görülmüştür.

Basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte hafif yaralanan olguların %72,4 (n:63)'ünde ruhsal muayene yapılmadığı bulunmuştur. Raporun sonuç kısmında darp-cebir izi olmadığı yönünde görüş bildirilen olguların %72,2 (n:13)'sinde de ruhsal muayene yapılmamıştır.

Ağrı/hassasiyet yakınmaları olan dört olgunun rapor sonucu darp-cebir izine rastlanmadı olarak sonuçlandırılmıştır.

Kesin rapor alınması için ikinci kere sağlık kurumuna yönlendirilen olguların sayısı 55'dir. Bu olguların 28'i Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden, 14'ü Gazi Devlet Hastanesi'nden, 12'si Samsun Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nden ve yalnızca 1'i Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan alınmıştır.40 olgunun kesin raporu adli tıp uzmanı tarafından düzenlenirken, 15 olgununki diğer uzmanlık dallarından hekimler tarafından düzenlenmiştir. 55 olgunun 32'sinin kesin raporu verilirken muayene edilmediği, yalnızca birinin muayene edilmek üzere çağırıldığı görülmüştür.

Adli tıp uzmanı olmayan uzman hekimlerin kesin rapor verirken mağdurları muayene etme oranı adli tıp uzmanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05). Adli tıp uzmanlarının kesin rapor verdiği 39 olgunun (muayeneye çağırılan bir olgu hariç) yalnızca 9'unda kişinin mevcutlu bulunduğu ve muayene edildiği, 30'unda dosya üzerinden rapor verildiği, diğer uzmanlık alanlarında olan hekimlerin ise 15 olgudan 14'ünü muayene ederek rapor düzenlediği görülmüştür.

Tablo 6. Olguların kesin raporu verilirken muayene edilme oranının uzmanlık alanına göre dağılımı.

	Muayene		p
	Var	Yok	
Adli tıp uzmanı	9 (22,5)	31 (77,5)	<0,001
Diğer uzman	14 (93,3)	1 (6,7)	

Adli tıp uzmanı hekimler tarafından muayene edilerek rapor düzenlenen 9 raporun yalnızca 1'inde öykünün açık bir şekilde alındığı, 9 raporda da fizik muayenenin ayrıntılı yapıldığı görülmüştür. Adli tıp uzmanı olmayan diğer branş hekimlerinin muayene ederek verdiği 14 raporun 2'sinde olay öyküsüne yönelik rapora konu olan olayın darp olduğu, 7'sinde hiçbir fizik muayene bulgusu yazılmadığı, 2'sinde lezyon tarif edildiği, 3'ünde normal fizik muayene bulguları kaydedildiği görülmüştür. Bir rapor dışında diğer branş uzmanlarının onay kutucuklu adli rapor şablonu kullandığı saptanmıştır.

Kesin raporu verilmesi için sağlık kurumuna yönlendirilen ve muayene edilen 23 olgunun yalnızca birinde ruhsal muayene yapıldığı, 22'sinde yapılmadığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Kadınlara yönelik şiddet en fazla tanıdığı erkekler, çoğu ise yakın partnerleri tarafından uygulanmaktadır. Evli olmak kadına yönelik şiddet için risk faktörüdür (39, 107-109). Çalışmamızda elde edilen yakın partnerler arasından en fazla şiddet uygulayanların kadınların evli ve aynı evde yaşadığı erkekler olduğu bu literatür bilgileri ile uyumludur.

Şiddete uğrayan kadınların daha çok genç yaş grubu kadınlar olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yapılan geniş ölçekli bir çalışmanın verileri ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da şiddet mağduru kadınlar daha genç yaş grubundadır (8). Toplumsal cinsiyet rollerinden bağımsız düşünülemez bu veri, yaş ilerledikçe toplumsal, ekonomik statünün yükseldiği, yaşı ilerleyen kadının özellikle çocuklarının yetişkin yaşa gelmesi sonrası görece “hürmet” gören kadın pozisyonuna yerleştirilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Genel yaklaşım eğitim düzeyi düşük kadınların daha fazla partner şiddetine maruz kaldığı yönünde olsa da çalışmamızda ortaokul seviyesi ve üzerinde eğitim almış kadınların oranı daha fazladır (%67,3). Yapılan bazı çalışmalarda da bu bulgu ile uyumlu sonuçlar ortaya çıkmış, eğitim seviyesinin düşük olması ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (110, 111). Çalışmamızın rastgele oluşturulmuş kadın örnekleminde değil, adli makamlara yansıyan kadına şiddet olgularından seçilmiş olmasından kaynaklı da genel yaklaşımdan farklı olarak eğitilmiş kadınların oranının daha fazla bulunduğu düşünülmüştür.

Şiddete uğrayan kadınlar için en önemli risk faktörlerinden biri de ekonomik özerkliklerinin olmamasıdır (31, 110, 112). Çalışmamızda da kadınların %66'sının gelir getiren bir işe sahip olmadığı bulunmuştur. Şiddet uygulayan partnerden ve şiddet ortamından uzaklaşamama kadının hayatını devam ettirebilecek gelire sahip olmaması ya da olamayacağı kaygısı yaşaması ile ilişkili olabilir. Şiddete uğrayan kadınlara gerekli destek mekanizmalarının işletilmediği ya da kadınların mevcut

destek programlarına güvenmemesi de şiddet ortamından/uygulayandan uzaklaşma önünde engel olarak yorumlanabilir.

Partner şiddetine maruz kalan kadınların büyük çoğunluğu herhangi bir kuruma başvurmamaktadır (62). Resmi kurumlara başvurma oranları eğitim seviyesi ve gelir durumu ile ilişkilidir. Çalışmamızın örnekleme yalnızca resmi kurumlara başvuranlardan oluştuğu için, olguların eğitim düzeyinin yüksek (%67,3) olması genel bilgi ile uyumludur. Kadınların şiddet sonrası polise başvurma oranları diğer kurumlara başvurma oranlarına göre yüksektir. Türkiye’de polise başvuru oranlarını hastane ya da sağlık kuruluşu başvuruları takip etmektedir (40).Partner şiddetine yaklaşım sosyal boyutları ile ele alınması gereken ve güvenlik politikaları yerine psikososyal destek mekanizmaları ile yürütülmesi gereken önleyici adımlara ihtiyaç duymakla birlikte, sağlık alanında psikososyal desteğin göz ardı edilmesinin, kadınların sağlık kurumlarını ilk başvuru merkezi olarak seçmemesinin nedenleri arasında olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda da en sık kurum başvurusunun polis imdat hattı veya polis merkezine olduğu, sağlık kurumlarına başvurunun ikinci sırada geldiği görülmüştür. Bu veriler değerlendirilirken sağlık kurumlarına başvurularda şiddete uğrayan kadına tanı koyulamaması ya da adli bildirim yapılmaması gibi ihtimaller göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık kurumlarında yaşanan yoğunluk, hekimlerin kadına yönelik şiddet olgularına dair bilgilerinin eksik olması, kadının şiddeti gizleme eğilimi ya da adli bildirim konusunda çekincelerinin olması gibi nedenler sağlık kurumuna başvuru oranlarının bilinenden daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda şiddete uğrayan kadınların komşudan, aileden yardım isteme ve çevreden şiddete müdahil olunma oranları (%26,9) azımsanmayacak boyuttadır. Bu bulgu bize toplumun kadına yönelik partner şiddetinde farkındalığının ve tutumunun şikâyet, bildirim aşamalarında da önem kazandığını göstermektedir.

İfadenin alındığı birimlerde dosyasında formu mevcut olmayan iki olgu dışında 6284 sayılı kanun kapsamında Kadına Karşı Şiddet Olayları Kayıt ve Risk Değerlendirme Formlarının doldurulmuş olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Böylece hazır formlar ile kadına yönelik şiddete dair daha kapsamlı veriler toplanabilmektedir. Ancak bu formların ne şartlarda

doldurulduğuna, yanlış bilgilere yer verilip verilmediğine dair uygulanmaya başlandığı tarihten itibaren yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Kadına yönelik şiddet türleri çoğunlukla bir arada görülmektedir, en sık görülen şiddet türü ise fiziksel ve sözel şiddettir. Bir şiddet türünün varlığının genellikle diğer şiddet türleri ile birlikte görüldüğü yapılan çalışmalarda ortaya koyulmuştur (22, 50). Bizim çalışmamızda da izole şiddet yalnızca %10,6 oranında bulunmuş, daha önce maruz kalınan şiddetlerin de son yaşanan şiddet olayı gibi daha çok birden fazla şiddet türünü bir arada barındırdığı görülmüştür. Hekimlerin bu bilgiye sahip olmaları, hangi şiddet türlerinin bir arada görüldüğüne dair eğitim almış olmaları daha iyi bir anamnez almalarını ve daha ayrıntılı bir muayene yapabilmelerini sağlayacaktır. Böylece hem ulusal veriler daha iyi tutulabilecek, hem de farklı şiddet türlerinin neden olduğu sonuçlara yönelik rehabilitasyon ve nitelikli bir medikolegal değerlendirme yapılabilecektir.

Çalışmamızda fiziksel şiddet içerisinde bedenle darp en sık şiddet biçimi olmakla birlikte olguların %31,2'sinde şiddet uygulanırken alet kullanıldığı görülmüştür. Literatürde de bedenle darp ve alet kullanımının yaygınlığına dikkat çekilmektedir (22). Alet kullanımı daha ağır tıbbi yaralanmaların görülmesine sebep olabilmekle birlikte, kapsamlı bir çalışmanın aksine çalışmamızda alet kullanımı varlığı ile ilk başvuru kurumun sağlık kurumu olması arasında anlamlı farklılık yoktur (113). Alet kullanımı tıbbi boyutunun yanı sıra Türk Ceza Kanunu'nda cezayı ağırlaştırıcı nedenlerdendir. Bu nedenle hekimler tarafından alet kullanımının sorgulanması, kaydedilmesi, mevcut yaralanmaların alet ile oluşup oluşmadığı, alete bağlı oluşmuş ise hangi tür alet ile oluşabileceği konularında görüş bildirilmesi kadına yönelik şiddet olgularında önem kazanmaktadır. Çalışmamızda %6,4 kesici-delici alet ile, %2,1 ateşli silah ile şiddet uygulanan olgu bulunmaktadır. Bu olguların çoğunda alet kadına isabet etmemiştir ancak hukukta isabet ve bedensel yaralanma şartı aranmamakta, daha çok olayın şekline ve aletin kullanımına yönelik karar verilmektedir (114). Hekimlerin bedensel yaralanma olmasa dahi öykü alırken alet varlığını sorgulaması bu nedenle önemlidir. Çalışmamızda daha çok (%22,7) ev içi aletlerin şiddet aracı olarak kullanıldığı görülmüştür. Şiddet uygulayanların kullandığı aletler tespih, hortum, sopa, kemer, terlik, ağaç parçası, kumanda, telefon,

kablo gibi ev içinde kullanılan aletlerdir. TCK'nın 6/1.f maddesine göre silah "saldırı ve savunma amacıyla yapılmış olmasa bile fiilen saldırı ve savunmada kullanılmaya elverişli diğer şeyler" olarak da tanımlanmıştır (26). Çalışmamızda hekim raporlarında %94,9 gibi yüksek bir oranda alet kullanılıp kullanılmadığına dair herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Hâlbuki örnekleminizde alet ile şiddete uğrayan olguların daha öncede alet ile şiddete maruz kalmış olmaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Özellikle şiddet olayının karmaşık olduğu olgularda hekimlerin öyküde ve fiziksel bulgularda alet kullanımına yönelik muayene yapmasının adli süreçlerde etkili olabileceği ve bu anlamlı, tekrarlayan alet ile şiddete maruz kalmanın da önüne geçilebileceği düşünülmüştür.

Ülkemizde adli raporlar çoğunlukla sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde ya da adli tıp şube müdürlüklerinde verilmektedir. Çalışmamızda üniversite tarafından değerlendirilen yalnızca bir olgu olması çarpıcıdır. İlimizde tıp fakültesinin ulaşım olarak zor bir konumda olması, tıpkı bu çalışmada olduğu gibi sağlığa erişimde kısıtlılıklar yaratabilir. Sağlık kurumlarının herkesin ulaşabileceği mesafelerde olması, özellikle uluslararası deneyimler de gözetildiğinde ulaşılabilir ve bütüncül değerlendirme ve süreci yönetebilme olanağı olan ayrı birimler kurulması gereği kadına yönelik şiddet olgularında da önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda olguların ilk başvuruları sırasında düzenlenen raporların çoğunluğu kesin hekim raporu olarak düzenlenmiştir. Bu bilgi ülkemizde acilde çalışan hekimlerin daha çok geçici rapor verme eğiliminde olduğu bilgisi ile uyumsuzdur (115-118). Bu farklılığın örnekleminizin ağır cezaya yansımayan, basit yaralanmalardan oluşmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Acil serviste verilen adli raporların incelenmesine dair bir çalışmada da basit yaralanmalar ile kesin rapor verilmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (117). İlk verilen raporların geçici raporlar olması ve ikinci bir kesin rapor ihtiyacı doğurması, yargılama sürecini uzatacağı, hekimlere fazladan iş yükü yükleyeceği ve ekonomik kaynak kaybına yol açacağı için ilk değerlendirmenin adli tıp uzmanları tarafından yapılması önemlidir. Ancak olgularımızın yalnızca 7'sinin ilk değerlendirmesi adli tıp uzmanı tarafından yapılmıştır. Uygulamada adli tıp uzmanlarının mesai saati dışında poliklinik hizmeti vermemesi ve ülkemizde görev yapan adli tıp

uzmanlarının büyük bir çoğunluğunun görev yerlerinin hastaneler değil adliyeler içerisinde yer alması bu sorunu doğuran en önemli nedenlerdir. Ayrıca kadınların adli tıp hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle adli tıp polikliniklerine başvurunun az olması, kolluk kuvvetlerinin tıbbi belgelendirme için acil servisleri tercih etmesi de bu sonuca neden olabilecek nedenlerdir.

Çalışmamızda rapor formlarında uygun muayene koşullarının sağlandığına dair bilgi olan olguların oranı yalnızca %5,8'dir. Halbuki travma yaşayan olgular, bunlar içerisinde de özellikle kadınlar öykü vermekten kaçınabilmekte, uygun şartlar sağlanmadığında muayene olmayı reddedebilmektedir. Bu nedenle travma olgularında muayene koşulları çok önemlidir. Çalışmamızda bu oranının düşük olması hekimin travma hastasına yaklaşımda ve adli tıp bilgisinde eksiklikleri olduğunu ayrıca bu olguların acil servis pratiği içerisinde önemsemediğini düşündürmüştür. Adli raporların niteliğine yönelik yapılan çalışmalarda ne yazık ki muayene koşulları araştırmaya tabii tutulmamıştır (119-121). Ülkemizde yapılan yalnızca bir çalışmada kolluk kuvvetlerinin muayeneye eşlik etmesine ve beden muayenesini yapma şekline yönelik inceleme yapıldığında da hatalı tutumlar tespit edilmiştir (122). Hekimlerin mesleki eksiklik ve hatalarının yanı sıra acillerde adli vakalar için ayrılmış özel alanların olmaması, hekim iş yükünün fazla oluşu da bu sorunların en büyük nedenlerinden olarak düşünülmüştür. Bu eksiklikler uygun ortamın sağlanmasının yanı sıra şiddete uğrayan kadınlara yeterli vakit ayırmanın ve nitelikli raporlar hazırlamanın önünde de engel olarak düşünülebilir.

Tıbbın en temel bilgilerinden biri, öykü almanın hasta muayenesinde en önemli basamak olduğudur. Çalışmamızda muayeneye esas olay ile ilgili bölümün incelenmesinde yalnızca adli vaka, darp cebir muayenesi, darp edildiği şeklinde kalıplaşmış yazımlar azımsanmayacak kadar çoktur. Öykü içeriğinde olay tarihine yer verilmemesi sık rastlanan eksikliklerden biri olmakla birlikte bizim çalışmamızda bu eksikliğin oranı mevcut çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur (116, 121). Olgularımız kadına yönelik şiddet olguları olmasına rağmen şiddet uygulayana yönelik herhangi bir bilgi bulunmayan raporların oranı %77,4'tür. Yine aynı şekilde olguların hepsi tekrarlayıcı nitelikte şiddete uğramasına rağmen %96,4'ünde özgeçmişte daha önce şiddet öyküsü olup olmadığına dair bilgi bulunmamaktadır.

Hâlbuki kadına yönelik şiddet olgularında aynı kişi tarafından, tekrarlayan şiddete maruz kalma sık görülmekte olup bu bilgi gerek yargıda verilecek kararlar gerekse sağlık sonuçları nedeniyle önemlidir (94, 96). Öykü içeriği yargılamada suçun niteliği açısından adli makamlara yol gösterebilecek bilgiler içerebilir. Örneğin; yalnızca başvuru nedeni olan şiddet olayına yönelik değerlendirme yapmak yerine, öyküde aynı partner tarafından şiddete uğrayan kadın olgu olduğunun anlaşılması, bedensel ve ruhsal muayenesinin öyküye uygun olarak yapılması sonrası yazılacak rapor, yaralanmanın şekli ve sonuçları ile suçu basit yaralanmadan, eziyet suçuna dönüştürecek kadar önem kazanabilir. Kadınların hukuka hâkim olmaması haklarından yararlanma önünde de bir engel oluşturabilir. Bu nedenle hekimlerin özellikle hiçbir somut kanıt bulunmayan olgularda alacağı öykü ve yapacağı ya da isteyeceği konsültasyon ile elde edilen muayene bulguları kadınlar açısından suçun belgelendirilmesinde önemlidir.

Öykü bölümünde şiddet uygulanan bölgeye dair bilgi olmaması, şiddetin uygulanma şeklinin açıkça belirtilmemesi, alet kullanımına yönelik bilgi olmaması belirlenen diğer eksikliklerdendi. Öykü içeriğine yönelik belirlenen eksiklikler literatürde de tarif edilmiş eksikliklerdir (123-125). Lokalizasyon olarak en çok boyun-yüz bölgesi ve ekstremiteler yaralanmalarının darp olgularında sık görülen bölgeler olması literatür ile uyumlu bulunmuştur (117, 124). Kadının ilk muayenesinde tespit edilen, yüz bölgesinde yer alan yaralanmalar kalıcı bir iz sebeptir olduğu takdirde cezayı ağırlaştırıcı unsurlardan olduğu için özenle not edilmelidir. Çalışmada elde edilen lezyon türleri darp sonucu gelişen, hırpalanan kişilerde görülen yaralanmalara dair yapılan çalışmalar ile benzerdir (3, 126). Lezyonların boyutlarının, şekillerinin iyi tarif edilmemesi rapor sonuçlarında travmanın ağırlığı ve niteliğini belirlemede hatalara sebep olacaktır.

Kadına yönelik şiddette kullanılan şiddet biçimlerinin bilinmemesi, iyi öykü alınmaması, lezyonlarında yorumlanmasında eksiklik yaratabilecektir. Kadınlara yönelik şiddet olgularında boğaz sıkmanın sık görüldüğünü bilen bir hekim, öyküde de bu yönde bir bilgi aldığında boğaz bölgesine yönelik ayrıntılı muayene yapacak ve rapor sonucunda öyküyle uyumlu olabilecek yaralanma mevcut olup olmadığı yönünde görüş bildirebilecektir. Ancak çalışmamızda rapor sonuç kısmında

yaralanmaların meydana geliş şekli hakkında yalnızca 7 olguda görüş bildirilmiştir. Olguların %38'inde darp-cebir izi mevcut olduğuna dair görüş bildirilmişse de bu bilginin mevcut olduğu tüm olguların rapor formatının sonuç kısmında “darp cebir izi mevcut/mevcut değil” ibaresinin yer almasının görüş bildirmede etkili olduğu düşünülmüştür. Yaralanma ile meydana geliş mekanizması hakkında görüş bildirilen 7 olgu; lezyonun tırnak izi, tırmalama, parmak basma ve cam çizimine bağlı olduğu şeklinde idi. Bu olgularda bildirilen görüşün, olay ile lezyonlar arasında nedensellik bağı kurmaktan ziyade lezyonların tarif edilmesinde yaşanan zorluktan kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Halbuki adli raporların hukuka yol gösterici nitelikte olması gerekmektedir. Bu nedenle ayrıntılı öykü, muayene, belgeleme ve fotoğraflamanın yanı sıra raporun sonuç kısmında tespit edilen lezyonların öykü ile uyumlu olup olmadığı yönünde hekim görüşü belirtilmesi gerekmektedir.

Bulguların yorumlanmasında adli raporlarda yaşanan eksiklik düşünüldüğünde “İstanbul Protokolü” nde belirtilen;

“(a) Uyumlu değil: Lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olamaz.

(b) Uyumlu: Lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olabilir. Ancak bulgu spesifik değildir, muhtemel birçok nedeni daha olabilir.

(c) Yüksek derecede uyumlu: Lezyon tarif edilen travma sonucu oluşmuş olabilir. Ancak bir kaç muhtemel neden daha vardır.

(d) Tipik: Genellikle bu tip travmalarda görülür ancak diğer nedenler de olabilir.

(e) Tanı koydurucu: Bu görünüm tanımlanan travmadan başka şekilde oluşamaz” sınıflamasının özellikle insan eliyle oluşturulan travmalardan olan kadına yönelik şiddet olgularında da yol gösterici olacağı düşünülmüştür (74).

Standart genel adli muayene raporlarında psikiyatrik muayene için ayrı bir bölüm ayrılmıştır. Ancak çalışmamızda benzer çalışmalar ile uyumlu olarak olguların büyük bir çoğunluğuna ruhsal muayene yapılmadığı görülmüş olup ikinci sırada ise bu bölüme hekimlerin sık kullandığı, normal anlamına gelen “N” harfi

yazılmıştır (122). Mevcut çalışmaların çoğunda incelemeler daha çok diğer sistem muayeneleri olarak yapılmış olup, diğer sistem muayenelerinin içerisinde ruhsal muayenenin de olduğu düşünüldüğünde sonuçlar benzerdir (127). Her ne kadar adli rapor formatlarında psikiyatrik muayene bölümüne ayrı yer verilse de eksikliğin önüne geçilmediği aşikardır. Hâlbuki insan eliyle gerçekleştirilen travmalarda, özellikle tekrarlayan nitelikte olduğunda daha da belirgin olarak ruhsal yakınmalara sık rastlanmaktadır (94, 96). Özellikle bizim çalışmamızda tüm olguların tekrarlayan, partner şiddetine maruz kalan kadın olgular olduğu düşünüldüğünde hiçbir fiziksel yaralanması olmayan olgularda ruhsal muayenenin önemi artmaktadır. Çalışmamızda basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte hafif yaralanması olan olguların %72,4'ünde ruhsal muayene yapılmamıştır. Fiziksel yaralanma bulgusu olmayan olgularda ruhsal muayenenin yapılmamasının kadının doğru değerlendirmesi ve yönlendirmesi yapılmayacağı için rehabilitasyonunda, hem de yargı sürecinde hatalara yol açacağı unutulmamalıdır. Çünkü kadının tam bir ruhsal muayenesi yapıldığında konulacak tanı ile hem tedavisi başlanacak hem de “Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi”nde travma sonrası gelişen ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi bölümünde yer alan hususlara göre rapor sonucu değişebilecektir.

Savcılık tarafından adli rapor istenmeyen dört olgunun incelemesinde olguların tehdit, hakaret, ısrarlı takip şiddetine maruz kaldığı görülmüş ve bedensel yaralanması olmadığı için hekim raporu alınmadığı saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar savcılarının ve hekimlerin partner şiddetinin kadında bırakacağı ruhsal etkiler ile ilgili sonuçlar konusunda bilgisinin eksik olduğunu, yeterli önemi göstermediğini, bu nedenle hekimlerin uygun muayene ortamı sağlamak için yeterli çabayı göstermediğini ve gerekli konsültasyonları istemediğini düşündürmüştür. Muayene koşullarının sağlandığı olgularda ruhsal muayene yapılma oranının sağlanmayan olgulara göre anlamlı yüksek çıkması bu fikri destekler niteliktedir.

Çalışmamızda konsültasyon istenme oranı genel literatüre göre oldukça düşük bulunmuştur(117, 124). Olguların bedensel yaralanmalarının basit yaralanmalar olması ve ruhsal muayene yapılmamasının bu sonucu doğurduğu düşünülmüştür. Ancak olayın meydana geldiği tarihlerin COVID-19 pandemisinin bir bölümüne

denk gelmesi nedeniyle olguların %54'ünün COVID-19 hastalık semptomları açısından değerlendirildiği, değerlendirme sonuçlarının adli rapora kaydedildiği görülmüştür. Bu bilgiler bize bu durumun hekimlerin önceliklerinin olduğunu, olguların acil serviste değerlendirilmesi nedeniyle acil hekimlik anlayışı ile yalnızca bedensel yaralanmalarının önemsendiğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda vücut diyagramı kullanımına ilişkin inceleme sonuçları acil serviste verilen adli rapor incelemelerine yönelik yapılan diğer çalışmalarda saptanan eksiklikler ile benzerdir. Raporlarda diyagramların işaretlenmesinde aksaklıklar yaşanmaktadır (121, 128, 129). Belirtilen eksikliklerden biri olan rapor formatında vücut diyagramının olmayışı bizim çalışmamızda da dört olguda tespit edilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Adli Tabiplik Hizmetleri ve Adli Raporların Düzenlenmesi Hakkında Genelgesi ekinde bulunan genel adli muayene raporları İstanbul Protokolü doğrultusunda hazırlanmış ve tüm sağlık kurumlarında kullanılması gerektiği bildirilmiştir (121, 130). Ancak çalışmamızda muayene koşulları bölümü, psikiyatrik muayene bölümü ve vücut diyagramı bölümlerinin olmadığı raporların da kullanıldığı görülmüştür. Bu eksiklikler genel adli muayene raporlarına yönelik yeterli denetimin yapılmadığını göstermiş olup, yeni bir genelge ile tüm kurumlarda standart rapor formatının kullanılması zorunluluğunun yeniden hatırlatılması ve kullanımının denetlenmesi ile bu eksikliğin önüne kısmen de olsa geçilebileceği düşünülmüştür.

Geçici rapor verilen olgulardan daha sonrasında istenen kesin raporların incelenmesinde raporların uzmanlar tarafından verilmesine rağmen ciddi eksiklikler olduğu görülmüştür. Adli tıp uzmanı dışı uzman raporlarında kadının fiziken muayenede bulunması adli tıp hekimlerine oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu anlamlı farklılığın adli makamların adli tıp uzmanı hekimlerden dosya üzerinden rapor istemesinin rutinde sık kullanılan bir yöntem olmasına bağlanmıştır. Diğer uzmanlar tarafından verilen raporlarda kadın fiziken bulunmasına rağmen düzgün bir muayene yapılmadığı, onay kutucuklu rapor formatının kullanıldığı ve yalnızca bu kutucukları evet-hayır şeklinde işaretleme sureti ile rapor düzenlendiği görülmüştür. Burada rapor formatının önemi bir kere daha anlaşılmaktadır. Tıp eğitimi ve adli tıp uzmanlık alanı dışı uzmanlık

eğitimlerinde birkaç istisna dışında toplumsal cinsiyet eşitsizliğine, kadına y6nelik şiddet olgularına yaklaşımın çekirdek eğitim m6fredatında olmaması, olsa dahi eğitim m6fredatının uygulanmaması, yanlış tecr6be/bilgi aktarımı, iş yoğunluğu raporların niteliğini etkileyen nedenler olarak d6ř6n6lm6řt6r.

Her ne kadar adli tıp uzmanlık eğitimi çekirdek eğitim m6fredatında aile içi şiddet olgularına y6nelik yetkinlik kazanması şart koşulmuşsa da; çalışmamızda adli tıp uzmanları tarafından muayene edilerek verilen raporlarda beden muayenesinin standartlara uygun olduğu ancak yalnızca bir olguda ruhsal muayene yapıldığı g6r6lm6řt6r. Ayrıca olguların çoğuna genel adli muayene raporlarında ciddi eksiklikler olmasına rağmen dosya 6zerinden rapor d6zenlenmiştir. Bu sonuç kadına y6nelik şiddet olgularına yaklaşımda t6m hekimlerin yanı sıra adli tıp uzmanları tarafından da eksik değerlendirme yapıldığını ve bunun asıl nedeninin uzmanlık eğitiminde bu konuya yeterli 6nemin verilmemesi olduğunu d6ř6nd6rm6řt6r. T6m uzmanlık alanlarında çekirdek eğitim m6fredatlarına kadına y6nelik şiddet olgularının y6netiminde beceri kazanma şartı konulmasının yanı sıra, adli tıp uzmanlığında bu eğitime daha fazla s6re ayrılması, uzmanlık eğitimi veren kurumların tıpta uzmanlık kurulu ve uzmanlık dernekleri yeterlilik kurulları tarafından denetlenmesinin eksiklikleri 6nemli derecede gidereceği d6ř6n6lm6řt6r.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hekimlik mesleği uğraşı nedeniyle her anlamda özen ve büyük sorumluluk isteyen bir görevdir. Hekimlerin sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşma, sağlık hizmetini koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutlarını dikkate alarak sunma sorumluluğu vardır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonucu olarak ortaya çıkan kadına yönelik şiddet de bu bütüncül yaklaşımın zorunlu olduğu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ancak kadına yönelik şiddet olgularına yaklaşım da gerek hekimden gerekse hekim dışı faktörlerden kaynaklı sorunlar yaşanmakta, bütüncül yaklaşımdan uzak, yalnızca kişilerin konuya duyarlılığı doğrultusunda bir sağlık hizmeti verilmektedir.

Hekimler kadına yönelik şiddet olguları ile daha çok acil servislerde ya da şiddet sonrasında şiddete uğrayan kadının adli raporunun alınması için adli merciler tarafından yönlendirilmesi ile polikliniklerde karşılaşmaktadır. Hekimlerin şiddete uğramış kadınlar ile çoğunlukla Kolluk güçleri tarafından adli rapor düzenlenmesi için sağlık kuruluşuna getirildiğinde karşılaşması, hekimlerin bu olgulara yalnızca adli rapor düzenlenecek vaka olarak yaklaşmasına neden olmaktadır. Bütüncül bir sağlık yaklaşımından uzak bu tutum muayene koşullarının sağlanmasında, öykü alımında, ayrıntılı muayenede, tıbbi belgelendirmede ve kadının rehabilitasyonunda hatalara ve eksikliklere neden olmaktadır.

Tüm genel adli muayene raporlarında yer alan eksiklik ve hataların yanı sıra çalışmamızda olguların daha önce aynı partner tarafından şiddete uğrayan olgular olması ancak öyküde, özgeçmişine ve şiddet uygulayana dair bilgiye yer verilmemesi, alet kullanımı çok yaygın olmasına rağmen alet bilgisinin sorgulanmaması, tekrarlayan şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal yakınmalar sık olmasına rağmen ruhsal muayene yapılmadığını ortaya koymasına ve özellikle şiddete uğrayan kadın olgularda bu hataların neden olacağı olumsuz sonuçların irdelenmesi çalışmanın önemini göstermektedir.

Sağlık kurumlarında kadına yönelik şiddet olgularına ayrılmış özel muayene odaları olmaması ve konunun uzmanları tarafından muayene ve yönlendirme yapılmaması başlıca sorunlardır. Tespit edilen hata ve eksikliklerin kaynağında; kadına yönelik şiddet olgularından en riskli grupta yer alan fail ile aynı evde yaşayıp sürekli şiddete maruz kalan ve şiddetten kaçma mekanizmalarını işletme önünde sosyoekonomik engelleri olan kadın olguların ilk muayenelerinin ve tıbbi belgelendirmelerinin, bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayan hekimler tarafından yapılması vardır.

Partneri tarafından şiddete uğrayan kadınların çoğu zaman bir kurum ya da kişiye başvurmadığı düşünüldüğünde hekimin karşılaştığı her olgu çok kıymetlidir. Nitelikli bir raporlama ile failin yargılanmasında önemli katkı sunulabilecektir. Bütüncül bir yaklaşım ile de şiddet ortamından ayrılamayan kadın için sağlık hizmetlerinin bir gereği olan koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmeti yerine getirilebilecektir.

Ülkemizde kurulan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) kadına yönelik şiddet olgularında yaklaşımda önemli bir adım olmakla birlikte özellikle hekim muayenesi ve belgelendirmesini barındırmaması nedeniyle eksik kalmaktadır. Partner şiddetini önlemede, kadınların güvenle başvuru yapabileceği ve psikososyal destek alabileceği koşulların sağlanmasına gereksinim vardır. Kadınların şiddet olayı sonrası birden fazla merkez dolaştırılmasının önüne geçmek, tekrar travmatize olmasını engellemek, yeterli süre ayrılarak, konuya yönelik olarak iyi bir eğitim almış adli tıp uzmanları tarafından muayenesini ve tıbbi belgelendirmesini sağlamak, adli ve tıbbi süreci hızlandırmak adına kadın izlem merkezleri kurulmalıdır. Bu merkezlerin kurulması şiddete uğrayan kadınların rehabilitasyonunda, ulusal verilerin sağlıklı tutulmasında, nitelikli bir tıbbi belgelendirme yapılmasında atılacak en önemli adımdır.

Tekrarlayan şiddete uğrayan kadın olgulara yönelik çalışmamızda tespit ettiğimiz eksikliklere yönelik önerilerimiz şunlardır:

- Kadınlara yönelik partner şiddetinin esas nedeni olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırmak için hukuksal, ekonomik, eğitim gibi tüm

alanlarda kadınlara yönelik adımlar atılmalı, bu yönde tüm pozitif çalışmalar da devlet tarafından desteklenmelidir.

- Tıp eğitimi ve tıpta uzmanlık eğitiminde toplumsal cinsiyet eşitliği eğitimi verilmeli, adli tıp uzmanlık dalı çekirdek eğitim müfredatında yer alan aile içi şiddet olguları başlığının yanı sıra kadına yönelik şiddet olguları da eklenmeli, müfredatların eğitim kurumlarında uygulanması sağlanmalı ve denetlenmelidir.
- Hekimlere yönelik tıbbi belgeleme eğitimleri artırılmalı, bu eğitimlerde kadına yönelik şiddet olguları gibi özellikli olgulara yaklaşım öğretilmeli, raporların kalıplaşmış sorulara yanıt vermenin ötesinde adli makamlara tıbbi bulgular ile yol gösterecek görüşlerin olay ile nedensellik ilişkisi kurulacak şekilde görüş bildirilmesinin hekimin sorumluluklarından olduğu vurgusu yapılmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında kadın poliklinikleri oluşturulmalıdır.
- Kadına yönelik şiddet olgularına yaklaşımda kullanılması için İstanbul protokolünden yararlanarak cinsel saldırı muayene formuna benzer kapsamlı, muayene rehberi ve rapor formatları oluşturulmalıdır.
- İlgili bakanlıklar, kurumlar, uzmanlık dernekleri ve kadın örgütlerinin görüşleri ile şekillendirilecek kadın izlem merkezleri kurulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Krug E, Dahlberg T, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World Report On Violence And Health. Geneva World Health Organization; 2002.
2. Şener-Bozkurt E. "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemede 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Değerlendirilmesi", Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2011.
3. Polat O, Yıldız AK. Kadına Yönelik Şiddet. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020. p. 501-41.
4. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2017;22(1):15-34.
5. Domestic Violence against Women and Girls Italy: UNICEF; 2000.
6. Messing JT. Risk-Informed Intervention: Using Intimate Partner Violence Risk Assessment within an Evidence-Based Practice Framework. Soc Work. 2019;64(2):103-12.
7. Global And Regional Estimates Of Violence Against Women Prevalence And Health Effects Of Intimate Partner Violence And Non-Partner Sexual Violence: World Health Organization; 2013
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/978924156462%20eng.pdf;jsessionid=36C4A0CCD2360257455D01F53C02A88E?sequence=1> adresinden 12.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
8. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması Ankara: Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü; 2014
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2014_Ozet_Rapor.pdf adresinden 16.01.2021 tarihinde erişilmiştir.
9. Yorulmaz C. Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2011. p. 397-8.
10. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, Health WHOM-cSoWs, et al. Prevalence Of Intimate Partner Violence: Findings From The WHO Multi-Country Study On Women's Health And Domestic Violence. Lancet. 2006;368(9543):1260-9.

11. Akalın A, Arıkan Ç. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Şiddetin Depresyona Etkisi. GÜSBD 2017. 2017;6(2):1-10.
12. Hernandez BC, Reibling ET, Maddux C, Kahn M. Intimate Partner Violence Experienced by Physicians: A Review. J Womens Health (Larchmt). 2016;25(3):311-20.
13. World Report On Violence And Health: Summary. Geneva: World Health Organization; 2002.
14. Violence And Health. Proceedings Of A WHO Global Symposium: 12-15 October 1999; Kobe, Japan. Kobe: World Health Organization; 2000.
15. Basile KC, Hall JE, Walters ML. Expanding Resource Theory And Feminist-Informed Theory To Explain Intimate Partner Violence Perpetration By Court-Ordered Men. Violence Against Women. 2013;19(7):848-80.
16. Gümüş A. Şiddetin Nedenleri. Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu. Ankara: Eğitim Sen Yayınları; 2006. p. 39-92.
17. Bograd M. Why We Need Gender To Understand Human Violence. Journal Of Interpersonal Violence. 1990;5(1):132-5.
18. Convention On The Elimination Of All Forms Of Discrimination Against Women-CEDAW: United Nations; <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm> adresinden 18.01.2021 tarihinde erişilmiştir.
19. Resolution On Male Violence Against Women: American Psychological Association; 2009 <https://www.apa.org/about/policy/male-violence> adresinden 25.01.2021 tarihinde erişilmiştir.
20. Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi İstanbul: Avrupa Konseyi; 2011 <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home> adresinden 21.01.2021 tarihinde erişilmiştir.
21. Levesque JRR. Sex Roles and Gender Roles. Encyclopedia of Adolescence. New York: Springer; 2011.
22. Evdeki Terör Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Yön Matbaası; 1996.

23. Kadına Yönelik Şiddet Biçimleri: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı; <https://morcati.org.tr/siddet-bicimleri/> adresinden 14.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
24. Atman Ü. Kadına Yönelik Şiddet; Cinsel Taciz/İrza Geçme. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED). 2003;12(9):333-5.
25. Türkyılmaz AS, Adalı T, Seçkiner-Çağatay P. Nicel Araştırma Yöntemi. In: Enstitüsü HÜNE, editor. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2015. p. 50-2.
26. Türk Ceza Kanunu, 5237, (2004) <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> adresinden 22.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
27. Cinsel Şiddet: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği(CETAD); <https://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/52/cinsel-siddet> adresinden 14.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
28. Karakurt G, Silver KE. Emotional Abuse In Intimate Relationships: The Role Of Gender And Age. Violence Vict. 2013;28(5):804-21.
29. Adams AE, Sullivan CM, Bybee D, Greeson MR. Development Of The Scale Of Economic Abuse. Violence Against Women. 2008;14(5):563-88.
30. Stylianou AM. Economic Abuse Within Intimate Partner Violence: A Review Of The Literature. Violence Vict. 2018;33(1):3-22.
31. Alkan O, Ozar S, Unver S. Economic Violence Against Women: A Case In Turkey. PLoS One. 2021;16(3):e0248630.
32. Hinduja S, Patchin JW. Digital Dating Abuse Among a National Sample of U.S. Youth. J Interpers Violence. 2020:886260519897344.
33. Violence against women prevalence estimates, 2018, Global, Regional And National Prevalence Estimates For Intimate Partner Violence Against Women And Global And Regional Prevalence Estimates For Non-Partner Sexual Violence Against Women Geneva: World Health Organization, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data (UNICEF, UNFPA, UNODC, UNSD, UNWomen); 2021.
34. Breiding M, Basile K, Smith S, Black M, Mahendra R. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control,

- Centers for Disease Control and Prevention; 2015 <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf> adresinden 27.04.2021 tarihinde erişilmiştir.
35. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. Aile İçi Şiddet 2004 <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html> adresinden 22.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
36. Aşırız M. Acil Servislere Başvuran Çocuk Ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(50):39-48.
37. Almis BH, Kutuk EK, Gumustas F, Celik M. Risk Factors for Domestic Violence in Women and Predictors of Development of Mental Disorders in These Women. Noro Psikiyatrs Ars. 2018;55(1):67-72.
38. Ozaner-Temiz M, Beştepe E, Yazıcı A, Yıldız Ö, Erkoç ŞN. Tekrarlayıcı Nitelikte Bir Travma Olarak Aile İçi Şiddetin Psikoz ile İlişkisi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP). 2010;4(1-2):7-14.
39. Serinken M, Şengül C, Karcıoğlu Ö, Acar K, Türkçüer İ. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet: Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi -Turk J Emerg Med 2007;7(4):163-6.
40. Ergöçmen-Akadlı B, Üner S, Abbasoğlu A, Gökçen C. Kadınların Aile İçi Şiddetle Mücadelesi. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2009. p. 83-98.
41. Ellsberg M, Heise L. Violence Against Women As A Health And Development ISSUE Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists Washington DC, United States: World Health Organization; 2005. p. 8-34.
42. Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019.
43. Respect Women: Preventing violence against women Geneva: World Health Organization; 2019 <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/> adresinden 18.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
44. Violence Against Women: an EU-wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.

45. Demirer T. Küreselleşme Kadın ve "Yeni"-Ataerki. Ankara: Ütopya Yayınlar; 2007.
46. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence And Characteristics Of Sexual Violence, Stalking, And Intimate Partner Violence Victimization--National Intimate Partner And Sexual Violence Survey, United States, 2011. MMWR Surveill Summ. 2014;63(8):1-18.
47. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2018.
48. Aksan HA, Aksu F. The Training Needs Of Turkish Emergency Department Personnel Regarding Intimate Partner Violence. BMC Public Health. 2007;7:350.
49. Yüksel-Kaptanoğlu İ, Çavlin A. Kadına Yönelik Şiddet Yaygınlığı. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2015. p. 81-122.
50. Jansen HAFM, Yüksel İ, Çağatay P. Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı. Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2009. p. 45-69.
51. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020): Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; <https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf> adresinden 19.01.2021 tarihinde erişilmiştir.
52. İstatistiklerle Kadın Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK); 2020 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221> adresinden 27.05.2021 tarihinde erişilmiştir.
53. Aile İçi Şiddet ve Kadın Cinayetlerinin Önlenmesinde Kolluğun Önemi ve Rolü: İçişleri Bakanlığı İç Güvenlik Stratejileri Dairesi Başkanlığı; 2020 <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/icisleri-bakanligindan-aile-ici-ve-kadina-yonelik-siddet-olaylari-ile-ilgili-onemli-rapor-41675136> adresinden 15.04.2021 tarihinde erişilmiştir.
54. Özdamar D. CEDAW Sözleşmesi. Ankara 2009.

55. Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi Genel Tavsiye Kararları, 1986-2013

[https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW%20Komitesi%20Tavsiye%20Kararlar%C4%B1_\(1-29\).pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW%20Komitesi%20Tavsiye%20Kararlar%C4%B1_(1-29).pdf) adresinden 21.04.2021 tarihinde erişilmiştir.

56. Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf> adresinden 21.04.2021 tarihinde erişilmiştir.

57. Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence Against Women 1994
<https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf> adresinden 08.05.2021 tarihinde erişilmiştir.

58. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 2709 (1982).
<https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/IcSite/illeridairesi/Mevzuat/Kanunlar/Anayasa.pdf> adresinden 08.05.2021 tarihinde erişilmiştir.

59. Kareem ORK. Türk Ceza Kanununda Ve Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun Işığında Kadına Yönelik Şiddet. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2020.

60. Aslanova K. Medeni Kanun Kapsamında Kadına Yönelik Şiddet. Uluslararası Hakemli Beşeri ve Akademik Bilimler Dergisi. 2014;3(8):49-59.

61. Rugira J. Forms, Causes and Effects of Violence Against Women in Mbulu Tanzania. General Education Journal. 2015;4(1).

62. Kalkandeler N. Şiddet Sarmalındaki Kadınların İntihar Düşünce Ve Eylemleri Üzerine Nitel Bir Çalışma. Ankara: Ankara Üniversitesi 2020.

63. Ailenin Korunmasına Dair Kanun, 4320 (1998).

64. Kökdemir EA. 6284 Sayılı Kanun Ve Bu Kanunun Ceza Muhakemesi Hukukundaki Etkileri. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2020.

65. Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 6284 (2012).

66. Anonymous. World Medical Association Declaration of Geneva. Afr Health Sci. 2017;17(4):1203.

67. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4.
68. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. J Med Philos. 2000;25(2):259-66.
69. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2012.
70. Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi 2009 https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=5d58cec2-9041-11ea-9b7d-6d38d16eb233 adresinden 12.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
71. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva 2013.
72. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin Kadının Şiddete Karşı Korunması Hakkındaki 5 Sayılı Tavsiye Kararı 2002 http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/461_1.pdf adresinden 15.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
73. Salaçın S, Toprak-Ergönen A, Uyaniker-Demiroğlu Z. Kadına Yönelik Şiddet. Klinik Gelişim. 2009;22:95-100.
74. İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkin Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin EI Kılavuzu (İstanbul Protokolü). Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları; 2003.
75. Fincancı-Korur Ş. İnsan Hakları İhlalleri ve Tıbbi Belgeleme. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020. p. 469-81.
76. Ceza Muhakemesi Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf> adresinden 23.04.2021 tarihinde erişilmiştir.
77. Knight MA, Wilks M. The Practitioners Obligations. In: McLay WDS, editor. Clinical Forensic Medicine. GMM Hong Kong 1996. p. 39-58.
78. Bunting R. Clinical Examinations In The Police Contact. In: McLay WDS, editor. Clinical Forensic Medicine. Hong Kong: GMM; 1996. p. 59-74.
79. Bulmuş H. Yaralanmalarda Ruhsal Muayenenin Kullanımı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli tıp Enstitüsü; 2008.

80. Najafova L. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Araştırmaların Sistematik Derlemesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2020.
81. Fincancı-Korur Ş. Adli Olguya Yaklaşım. In: Çetin G, C. Y, editors. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. CerrahpaşaTıp Fakültesi Sürekli Tıp etkinlikleri Dizisi; 2006. p. 92-103.
82. Balcı Y, Eryuruk M. Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açından Hekim Sorumluluğu. Klinik Gelişim. 2009;22:48-55.
83. Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic Medical Examination Of Adolescent And Adult Victims Of Sexual Violence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27(1):91-102.
84. Kar H, Özdemir Ç. Cinsel Şiddet. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020. p. 433-69.
85. World Health Organization (WHO) UNPFU, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical Management Of Rape And Intimate Partner Violence Survivors: Developingprotocols For Use In Humanitarian Settings. Geneva: World Health Organization; 2020.
86. Sözen Ş, Aksoy E. Cinsel Saldırılarda Hekim Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım. Klinik Gelişim. 2009;22:101-10.
87. Dokudan EY. Kadına Yönelik Evlilik İçi Cinsel Şiddet ve Adli Raporlandırma Sürecinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
88. Organization WH. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
89. Yazar ME. 2010-2016 Yılları Arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne Başvuran Cinsel İstismar Ve Cinsel Saldırı Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
90. Meral O, Ayaz N. Psikiyatri Konsültasyonlarının Adli Rapor Düzenleme Sürecine Etkisi. Adli Tıp Bülteni. 2020;25(3):161-6.

91. Balcı Y, Çolak B, Gürpınar K, Anolay NN. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi: Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Adli Tıp Derneği; 2019.
92. Biçer Ü, Hancı İH. Adli Psikiyatri <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/8.html> adresinden 04.04.2021 tarihinde erişilmiştir.
93. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O, Özdemir L. Bir Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Evli Kadın Hastalarda Aile İçi Şiddet, Evlilik Sorunları Başvuru Yakınması Ve Psikiyatrik Tanı. Yeni Sempozyum Dergisi. 2002;40(2):41-8.
94. Tırtıl L, Biçer Ü, Oral G. Adli Psikiyatri. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. İstanbul: Akademisyen Kitabevi; 2020. p. 541-81.
95. Herman JL. Travma ve İyileşme. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 2007.
96. Campbell JC, Soeken KL. Forced Sex and Intimate Partner Violence: Effects on Women's Risk and Women's Health. Violence Against Women. 1999;5(9):1017-35.
97. Özaslan A. Rapor Türleri ve Hazırlama Teknikleri. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2011. p. 595-627.
98. Kar H, Dokgöz H. Adli Rapor. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. İstanbul: Akademisyen Yayınevi; 2020.
99. Ohshima T. Forensic Wound Examination. Forensic Sci Int. 2000;113(1-3):153-64.
100. Karaman H. Adli Psikotravmatoloji. Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;5:103-13.
101. Sales L, Sansonetti S, Tozlu Ç, Güngör D, Öztürk A. WAVE: Kadına Yönelik Şiddet Karşılaştırmalı Raporu: İtalya, İspanya ve Türkiye.
102. Üstünel AÖ, Sakallı AE, Büyükgöze S, Canbolat T, Güreli Z. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede “İyi” Uygulamalar. İstanbul: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı; 2017.
103. Violence Against Women: The Health Sector Responds. Washington, D.C: PAHO; 2003.
104. '137 Sığınma Evi Yetmiyor' Başlıklı Haberle İlgili Basın Açıklaması 2018 <https://www.csgeb.gov.tr/basin-aciklamalari/137-siginma-evi-yetmiyor-baslikli-haberle-ilgili-basin-aciklamasi/> adresinden 17.03.2021 tarihinde erişilmiştir.

105. Dünya SB. Şiddete Uğradığınızda Başvurabileceğiniz Kadın Örgütleri <https://www.siginaksizbirdunya.org/tr/siddete-maruz-kaldiginizda/49-siddete-ugradiginizda-basvurabileceginiz-kadin-orgutleri> adresinden 07.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
106. Aile Bakanı'ndan Müjde (3): Kadın İzleme Merkezi kuruyoruz 2017 <https://ekmekvegul.net/guncel-dosya/aile-bakanindan-mujde-3-kadin-izleme-merkezi-kuruyoruz> adresinden 05.06.2021 tarihinde erişilmiştir.
107. Li Y, Bloom T, Herbell K, Bullock LFC. Prevalence And Risk Factors Of Intimate Partner Violence Among Chinese Immigrant Women. J Adv Nurs. 2020;76(10):2559-71.
108. Wathen CN, Jamieson E, MacMillan HL, McMaster Violence Against Women Research G. Who is identified by screening for intimate partner violence? Womens Health Issues. 2008;18(6):423-32.
109. Heise L, Ellsberg M. Ending Violence Against Women 1999.
110. Kocacık F, Çağlayandereli M. Ailede Kadına Yönelik Şiddet: Denizli İli Örneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6:24-43.
111. Duran S, Eraslan ST. Violence Against Women: Affecting Factors And Coping Methods For Women. J Pak Med Assoc. 2019;69(1):53-7.
112. Cho H. Racial Differences In The Prevalence Of Intimate Partner Violence Against Women And Associated Factors. J Interpers Violence. 2012;27(2):344-63.
113. Riley ED, Vittinghoff E, Kagawa RMC, Raven MC, Eagen KV, Cohee A, et al. Violence and Emergency Department Use among Community-Recruited Women Who Experience Homelessness and Housing Instability. J Urban Health. 2020;97(1):78-87.
114. Kıldan İ, Akdemir T. Kasten Yaralama Suçunda Silah Kavramının Yargıtay Kararları Doğrultusunda İncelenmesi. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi. 2016;0:227-46.
115. Hakkoymaz H, Keten HS, Artuç S, Üçer H, Bozkurt S, Okumuş M, et al. Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Türk Ceza Kanunu Kapsamında Değerlendirilmesi. J Kartal TR. 2014;25(3):177-80.

116. Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil Servis Hekimleri Tarafından Düzenlenen Adli Raporların Eksiklik Ve Yanlışlıklar Yönünden Değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2011;17(1):23-8.
117. Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Z, Saricil F, Kilic A. Evaluation Of The Forensic Patients Presenting To The Emergency Department And Legal Reports/Acil Servise Başvuran Adli Olguların ve Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi. *The Medical Bulletin of Haseki.* 2012;50(1):14-21.
118. Tüzün B, Elmas İ, Akkay E. Adli Rapor Düzenleme Zorunluluğuna Hekimlerin Yaklaşımı: Anket Çalışması.
119. Kahrıman ND. Acil Servise Başvuran Adli Vaka Olarak Değerlendirilen Olgulara Düzenlenen Adli Raporların Usul ve İçeriğinin Retrospektif Olarak İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2017.
120. Yemenici S, Sayhan MB, Ömer S, YILMAZ A. Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2017;14(3):179-86.
121. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporlardaki Hata Ve Eksiklikler. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi.* 2009;15(2):180-4.
122. Kahya İ. İstanbul İli Üç Büyük Devlet Hastanesi Acil Servislerinde Muayeneleri Yapılan Ve Adli Raporları Düzenlenen Olgularda Adli Tıbbi Yaklaşım Ve Kayıt Sisteminin İrdelenmesi. İstanbul: İstanbul Ün,versitesi; 2005.
123. Beyazta FY. Adli Rapor Konusunda Hekim Sorumluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2000;1(4):231-4.
124. Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. 2009.
125. Karbeyaz K, Gündüz T, Akkaya H, Urazel B, Kökçüoğlu MA. Adli Raporlara Dikkat; Eskişehir Deneyimi. *Sted/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2012;21(5):292-6.
126. Rand MR, Strom K. Violence-Related Injuries Treated In Hospital Emergency Departments: US Department Of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice ...; 1997.
127. Cenger CD, Gök AFK, Göksoy B, İlhan M, Tüzün B, Arıcan N, Et al. Istanbul University Istanbul Medical Faculty Deficiency And Solution Proposals

Detected In Forensic Patients Admitted To A Trauma And Emergency Surgery Outpatient Clinic. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;27(1):85-96.

128. Çetin ZE, Teyin A, Birben B, Çetin B, Şahiner GG, Hamamcı M. Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi/Evaluation of Judicial Reports Prepared in the Emergency Department. Bozok Tıp Dergisi.8(4):34-40.

129. Bozkurt S, Daraoğlu V, Okumuş M, Savrun A, Karanfil R, Gök AA. Evaluation of Judicial Reports Which Executing on Emergency Service and Fixed Deficiencies/Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Uygunluğunun Değerlendirilmesi ve Tespit Edilen Eksiklikler.

130. Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar In: Müdürlüğü SBTSHG, editor. 2000.

KADINLARA YÖNELİK TEKRARLAYAN PARTNER ŞİDDETİNİN TIBBİ BELGELENDİRMESİNDE ve ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLÜ

ORJİNALLIK RAPORU

% 22	% 22	% 10	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	qdoc.tips İnternet Kaynağı	% 1
2	www.hukukdergi.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	% 1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 1
5	notus-asr.org İnternet Kaynağı	% 1
6	studylibtr.com İnternet Kaynağı	% 1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1