T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN AİLE İÇİ ŞİDDET VAKALARINA ETKİSİ: ADLİ TIBBİ DEĞERLENDİRME YAPILAN OLGULAR ÜZERİNDEN RETROSPEKTİF BİR ANALİZ

Dr. Ömer KURAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER

ERZURUM-2025

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı, Soyadı : Ömer KURAN

Anabilim Dalı : Adli Tıp

Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER/21.04.2025

Sınav tarihi:

25 /11 / 2025

Tezin Konusu ve Başlığı : Covid-19 Pandemi Sürecinin Aile İçi Şiddet Vakalarına Etkisi: Adli Tıbbi Değerlendirme Yapılan Olgular Üzerinden Retrospektif Bir Analiz
Belirlenme Tarihi : 01.07.2023

Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi
☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif (x) Retrospektif ( ) Kesitsel
☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları

Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK	Adli Tıp	Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER	Adli Tıp	Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Talip VURAL	Adli Tıp	Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı	

ONAY

"Covid-19 Pandemi Sürecinin Aile İçi Şiddet Vakalarına Etkisi: Adli Tıbbi Değerlendirme Yapılan Olgular Üzerinden Retrospektif Bir Analiz" konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Ömer KURAN tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'nca görüşülmüş ve 02.05.2025 tarih ve 4 sayılı oturumun 7 nolu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.

Dr. Ömer KURAN

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iv**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **vii**
ÖZET ..... **viii**
ABSTRACT ..... **x**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Şiddet Olgusu 3
2.2. Şiddet Tipleri 4
2.2.1. Bireyin Kendine Uyguladığı Şiddet 5
2.2.2. Kişilerarası Şiddet 6
2.2.3. Toplu Şiddet 6
2.3. Şiddete İlişkin Kuramsal Altyapı 7
2.3.1. Psikanalitik Kuram 7
2.3.2. Davranışçı Kuram 8
2.3.3. Sosyal-Bilişlsel Öğrenme Kuramı 9
2.3.4. Dürtü Kuramı 9
2.3.5. Şiddetin Kuşaklararası Geçişi Kuramı 10
2.3.6. Nörobiyolojik Kuram 11
2.3.7. Toplumsal ve Feminist Kuram 12
2.4. Aile Kavramı 12
2.5. Aile İçi Şiddet 13
2.5.1. Aile İçi Şiddet Nedenleri ve Risk Faktörleri 14
2.5.2. Aile İçi Şiddetin Sonuçları 16
2.5.3. Dünyada Aile İçi Şiddet 17
2.5.4. Türkiye'de Aile İçi Şiddet 18
2.6. Aile İçi Şiddet Hakkında Yasal Düzenlemeler ve Mekanizmalar 19

2.6.1. 6284 Sayılı Kanun 20
2.6.2. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM) 21
2.6.3. Kadın Konukevi 21
2.6.4. İlk Kabul Birimi 22
2.7. Covid-19 Pandemisi ve Aile Yapısına Etkileri 22
2.7.1. Olağanüstü Durumlarda Aile İçi Şiddet 24
2.7.2. Pandemi Sürecinde Aile İçi Şiddet 24
2.8. Adli Olgu 25
2.9. Adli Rapor ve Değerlendirme 27
3. GEREÇ-YÖNTEM 29
3.1. Etik Onay 29
3.2. Olguların Seçimi 29
3.3. Araştırma Kapsamı 30
3.4. İstatistiksel Analiz 30
4. BULGULAR 31
4.1. Olguların Demografik Özellikleri 31
4.2. Şiddet Vakalarının Demografik Özelliklere ve Dönemlere Göre Dağılımları 33
4.3. Pandemi Dönemlerine Açısından Şiddet Faktörlerindeki Farklılıklar 36
5. TARTIŞMA 40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 46
KAYNAKLAR 51
EKLER 63
EK-1. ETİK KURUL KARARI 63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Şiddet Türleri (17) 4

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Adli Tıbbi Olguların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı 31
Tablo 2. Adli Tıbbi Olguların Olay Türüne Göre Cinsiyet Bazlı Dağılımı 33
Tablo 3. Adli Tıbbi Olguların Olay Türüne Göre Yaş Grubu Bazlı Dağılımı 34
Tablo 4. Adli Tıbbi Olguların Muayene Durumunun Dönemlere Göre Dağılımı 34
Tablo 5. Adli Tıbbi Olgularda ISS Skorunun Dönemlere Göre Dağılımı..... 35
Tablo 6. Adli Tıbbi Olguların Fail Sınıflamasına Göre Dağılımı 35
Tablo 7. Pandemi Öncesi, Sırası ve Sonrasında Şiddet Faktörlerine Göre Farklılıklar 36

KISALTMALAR DİZİNİ

CBS: Cumhuriyet Başsavcılığı

JKK: Jandarma Karakol Komutanlığı

KBB: Kulak Burun Boğaz

TCK: Türk Ceza Kanunu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BTM: Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilebilir

TEŞEKKÜR

Adli tıp uzmanlığı eğitimime katkılarından ve tez çalışması sırasında verdiği desteklerden dolayı mesleki çalışma disiplinini ve bilimselliğe verdiği önemi her zaman örnek alacağım değerli hocam ve aynı zamanda tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER'e,

Adli Tıp Anabilim Dalı'nda görev aldığım süreçte uzmanlık eğitimime tıbbi, hukuki ve meslek etik ilkeleri katkıları ile birlikte bilgi, tecrübe, saygı, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bu uzmanlık alanını seçmemde çok büyük etkisi bulunan, her zaman örnek alacağım sayın bölüm başkanımız ve değerli hocam sayın Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK'e,

Adli tıp uzmanlığı eğitimim süresince mesleki bilgilerini, emeğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Talip VURAL'a,

Sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, hayatımın her döneminde yol gösteren, eğitimin önemini sürekli hatırlatan başta annem, babam ve kardeşlerim olmak üzere aileme,

Her daim cesaretlendiren, benimle birlikte yorulan ve emek harcayan değerli eşim Ayşe KURAN'a ve en büyük enerji kaynağım kızım Kübra Defne KURAN'a,

Asistanlık süresince çalışma imkânı bulduğum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında çalışan araştırma görevlisi meslektaşlarıma ve tüm personele teşekkür ederim.

Dr. Ömer KURAN

ÖZET

Covid-19 Pandemi Sürecinin Aile İçi Şiddet Vakalarına Etkisi: Adli Tıbbi Değerlendirme Yapılan Olgular Üzerinden Retrospektif Bir Analiz

Erzurum Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte adli birimler tarafından gönderilen aile içi şiddet olgularının kapsamlı bir retrospektif analizinin gerçekleştirildiği bu çalışmada şiddet vakalarının demografik özellikleri, olay türleri, meydana geliş koşullarını ve adli raporlama süreçlerini detaylı olarak incelenmiştir. Çalışmada retrospektif inceleme Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında Ocak 2019 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında 1-90 yaş aralığındaki erkek ve kadın bireyler için düzenlenen aile içi şiddet olgularında incelenmiştir (n=535). Çalışma kapsamında olguların arşiv kayıtlarından demografik veriler (yaş ve cinsiyeti), rapor talep eden kurum, yaralanmaya yol açan etiyolojik faktörlere ilişkin veriler, travmaya ilişkin veriler (olay türü, olay yeri, olay tarihi, rapor tanzimi için gönderen makam, yaralanmanın kimin tarafından yapıldığı, eşlik eden yaralanmalar, tedavi, iyileşme süreci), travma sonrası saptanan sekeller ve ceza kanunu kapsamında ve tazminat hukuku kapsamında rapor sonuçları araştırılmış ve elde edilen veriler SPSS 22.0 paket istatistik programında değerlendirilmiştir. İstatiksel analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre; toplam 535 olayın %72,7'si (n=389) eş veya partner kaynaklı şiddet olarak kaydedilmiştir. Şiddet faillerinin %94,8'i (n=507) yetişkinlerden oluşurken, çocuk ve ergen faillerin oranı %5,2'dir**.** Şiddet olaylarının %94,6'sı ev içinde gerçekleşmiştir. En sık fiziksel saldırı yöntemi yumruk (%35,5) olup, darp/fiziksel şiddet olguları toplamın büyük bir kısmını (%82,7) oluşturmaktadır. Lezyonların en yüksek oranı %16,8 ile kolda görülmektedir. Adli olguların %79,8'i Basit Tıbbi Müdahale ile giderilebilirken, %13,8'i ise daha ciddi sağlık sorunlarına yol açan olgulardır. 535 olgunun %93,6'sı TCK 86-87. maddelerine göre yaralanma kapsamındadır. Kadın olguların oranı 2019'da %4,1 iken, 2022'de %48,6'ya çıkmıştır. 18 yaş altındaki en yaygın şiddet türü darp/fiziksel şiddettir. Pandemi dönemlerinde ortalama ISS skoru anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Sonuç olarak COVID-19 pandemisinin aile içi şiddet olgularının dinamiklerini önemli ölçüde etkilediği ve özellikle partner şiddeti ile ev ortamında gerçekleşen olayların belirgin şekilde öne

çıktığı belirlenmiş; elde edilen bulgular, koruyucu sağlık politikalarının güçlendirilmesi ve adli tıp uzmanlarının mağdurlara yönelik destekleyici yaklaşımlarının geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Adli Tıbbi Değerlendirme, Aile İçi Şiddet, Covid-19, Retrospektif Çalışma.

ABSTRACT

The Impact of the Covid-19 Pandemic on Domestic Violence Cases: A Retrospective Analysis of Cases Undergoing Forensic Medical Evaluation

This study, which conducted a comprehensive retrospective analysis of domestic violence cases sent by forensic units to the Department of Forensic Medicine at Atatürk University, Erzurum, over a 5 year period between January 1, 2019, and December 31, 2023, examined in detail the demographic characteristics of the violent cases, types of incidents, circumstances of occurrence, and forensic reporting processes. This retrospective study examined domestic violence cases conducted between January 1, 2019, and December 31, 2023 at the Department of Forensic Medicine, Atatürk University, Faculty of Medicine, for male and female individuals aged 1-90 (n=535). Within the scope of the study, demographic data (age and gender) from the archive records of the cases, the institution requesting the report, data on the etiological factors leading to the injury, data on the trauma (type of incident, scene, date of incident, referring authority for the report, inflicting the injury, accompanying injuries, treatment, and recovery process), post-traumatic sequelae detected, and report results within the scope of criminal law and compensation law were investigated. The obtained data were analyzed using the SPSS 22.0 statistical package program. According to the findings obtained from the statistical analysis, 72.7% (n=389) of the 535 incidents were recorded as violence perpetrated by a spouse or partner. Adults constituted 94.8% (n=507) of the perpetrators, while children and adolescents accounted for 5.2%. 94.6% of the violent incidents occurred within the home. The most common method of physical attack was punching (35.5%), with battery/physical violence accounting for a large portion of the total (82.7%). The highest rate of lesions was observed on the arm (16.8%). While 79.8% of forensic cases could be treated with simple medical intervention, 13.8% resulted in more serious health problems. Of the 535 cases, 93.6% were considered injuries according to Articles 86-87 of the Turkish Penal Code. The proportion of female cases increased from 4.1% in 2019 to 48.6% in 2022. The most common type of violence against those under the age of 18 is assault/physical violence. The average ISS score did not show a significant difference during the pandemic. In conclusion, it was determined that the COVID-19 pandemic

significantly impacted the dynamics of domestic violence cases, with intimate partner violence and incidents occurring in the home setting being particularly prominent. The findings highlight the need to strengthen preventive health policies and develop supportive approaches for forensic experts toward victims.

Keywords: Forensic Medical Evaluation, Domestic Violence, Covid-19, Retrospective Study.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile kelimesi, dilimize Arapçadan gelmiş olup evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca ve çocuklar arasındaki ilişkilerin oluşturduğu en küçük toplumsal birimdir. Aynı soydan ya da akrabalık ilişkileri bulunan kimseleri de kapsar (1).

Aile kavramının tanımsal çerçevesi ve kökeni bireyler arası kan ve evlilik bağına işaret eden yapısıyla toplumsal bir temel taşır. Bu temel, tarihsel süreçte insan topluluklarının örgütlenmesinde merkezi bir rol üstlenerek aileyi yalnızca bir kavram değil, aynı zamanda sosyal bir yapı haline getirmiştir. Aile, insanlık tarihinde toplulukların oluşumuyla ortaya çıkan en temel gruptur. İnsan doğumundan itibaren ailesiyle önemli bir süre geçirir. Aileler toplumdan topluma değişiklik gösterir ama her toplumda ortak bir sosyal yapı olarak kabul edilir. Aile, insan neslinin devamını sağlarken değerleri gelecek kuşaklara aktarır ve bireyi toplumsallaştırır (2).

Toplumun temel yapı taşı olan aile, bireyin gelişiminde olumlu bir rol oynasa da bu yapı içinde zaman zaman ciddi sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunların başında, bireylerin en güvende olmaları gereken aile ortamında karşılaştıkları şiddet gelmektedir. Aile veya ev içi şiddet, eski ya da mevcut eşler, partnerler veya aile üyeleri tarafından yapılan fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddeti kapsar ve bu nedenle failin tanımı geniş olmalıdır (3). Araştırmalar, yakın akrabalar tarafından uygulanan şiddetin, yabancılardan gelen şiddete göre daha travmatik bir etkiye sahip olduğunu ve tekrarlanma eğiliminde olduğunu göstermektedir (4). Nedenleri incelendiğinde ise yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyoekonomik durum gibi faktörler, aile içi ilişkilerde eşitsizliklere yol açarak aile içi şiddete yol açan bir kontrol dinamiği yarattığı görülmüştür (5). Aile içi şiddet, duygusal ve psikolojik şekillerde ortaya çıkabilir ve küçük yaralanmalardan ölüme kadar uzanan ciddi vakalara kadar uzanabilmekte; toplumda genellikle gizli kalır ve normalleştirildiği için yetkililere bildirilmemektedir. Dahası aile içi şiddet, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı ve sosyal sorun olup, toplumsal krizler sırasında daha da belirginleşmektedir (6).

Pandemi olgusuna gelindiğinde; kıtalar arası yayılım göstererek küresel ölçekte etkili olan bulaşıcı hastalıklar pandemi olarak nitelenmektedir. COVID-19 ise ilk olarak 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmış, kısa sürede

tüm dünyaya yayılarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilmiştir. Hastalığın hızlı yayılımını önlemek amacıyla birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de çeşitli önlemler alınmış; özellikle 2020 yılının ilk aylarından itibaren sokağa çıkma yasakları, hafta sonu kapanmaları, şehirler arası seyahat kısıtlamaları, okulların ve işyerlerinin kapatılması gibi uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bu kapanma dönemleri, bireylerin evde geçirdiği süreyi önemli ölçüde artırmış, ekonomik ve psikolojik zorluklar yaratmış, sosyal destek mekanizmalarına erişimi sınırlandırmıştır. Tüm bu faktörler, aile içindeki mevcut gerilimleri artırarak şiddet açısından daha riskli bir ortamın oluşmasına neden olmuştur. COVID-19 pandemi sürecinde, ev içi izolasyon ve karantina uygulamaları, şiddet mağdurları için ciddi risk faktörleri oluşturmuştur. Pandemi döneminde yapılan uluslararası sistematik derlemeler, ev içi şiddet vakalarında önemli bir artış olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle pandemi sürecinin ilk haftasında, ev içi şiddet olaylarında küresel ölçekte belirgin bir yükseliş gözlemlenmiştir (7, 8, 9).

Bu çalışmada da Erzurum Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına 1 Ocak 2019 ile 30 Aralık 2023 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte adli birimler tarafından gönderilen aile içi şiddet olgularının kapsamlı bir retrospektif analizini gerçekleştirmek amaçlanmıştır. Çalışma, şiddet olgularının demografik özelliklerini, olay türlerini, meydana geliş koşullarını ve adli raporlama süreçlerini detaylı olarak incelemeyi hedeflemektedir. Ayrıca, pandemi döneminin aile içi şiddet dinamiklerine olası etkilerini değerlendirerek, gelecekteki koruyucu ve önleyici sağlık politikalarına katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca, adli tıp uzmanlarının aile içi şiddet olgularına yaklaşımını iyileştirmeye ve mağdurlara daha etkili destek sunmaya katkıda bulunacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Olgusu

Şiddet olgusu, insanoğlunun ilk varoluşundan beri süregelen, kişisel ve toplumsal etmenlerle iç içe geçmiş karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, şiddetin genel bir tanımını yapmak ve bu tanım etrafında şiddet davranışlarını belirlemek zordur. Şiddet kelimesi, Arapçadan Türkçeye geçmiş olup, sertlik ve kaba davranış anlamındadır (10). Türk Dil Kurumu'na göre, şiddet, bir hareketin gücü, sertliği ve kaba kuvvet kullanma durumunu ifade etmektedir. Şiddet, genellikle sertlik, saldırganlık, zor kullanma ve güç kötüye kullanma gibi durumları tanımlamaktadır. İngilizce "violence" kelimesi, Latince "violentus" ve "violare" kelimelerinden türetilmiştir. Bu kelimeler, hiddetli, sert bir durumu ve ihlal, incitme gibi eylemleri ifade etmektedir (11).

Genel olarak şiddet, bireylere zorla istenmeyen şeyler yaptırmaktır. Bu durum, insanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını etkileyebilmektedir. Şiddet, bireylerin haklarını ihlal eder ve hareket alanlarını kısıtlamaktadır. Şiddet, sadece insanlara değil, diğer canlılara da zarar vererek suç oluşturmaktadır. Bu suçların faillerine Türk Ceza Kanunu'na göre cezalar verilmektedir. Şiddet, kişiler veya gruplar üzerinde fiziksel ve ruhsal zarar verme, yaralanma, engelli kalma veya ölüm gibi sonuçlara yol açmak, ayrıca ahlaki değer ve inançlara zarar vermek için yasa dışı kuvvet kullanma olarak tanımlanmaktadır (12). Şiddet, üç ana gruba ayrılmaktadır (13):

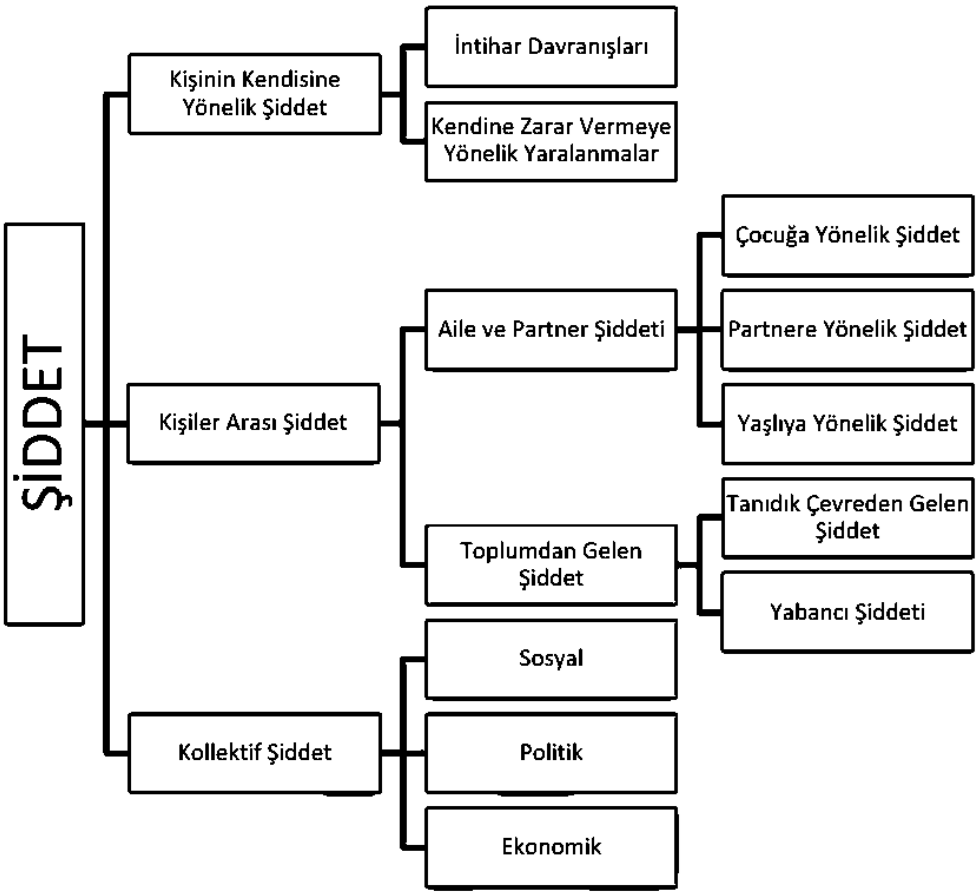
- Bireyin kendine uyguladığı şiddet ve intihar,
- Kişiler arası şiddet, yani bir kişinin diğerine zarar vermesi,
- Toplu şiddet, yani belirli gruplara veya topluluklara yönelik sosyal, politik ve ekonomik şiddet.

Bu çerçevede şiddet, yalnızca bireysel düzeyde bir davranış biçimi olarak değil, aynı zamanda toplumsal yapıları ve halk sağlığını etkileyen çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre şiddet, her yıl milyonlarca insanın yaralanmasına, psikososyal travma yaşamasına ve erken ölümlerine yol açmakta; sağlık sistemlerine, ekonomik kaynaklara ve sosyal bütünlüğe ciddi yük

getirmektedir (14). Şiddetin sonuçları, yalnızca doğrudan mağduriyetlerle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda nesiller arası aktarım yoluyla çocuk ve gençlerin gelişiminde kalıcı olumsuzluklara neden olmaktadır (15). Bu nedenle şiddetle mücadele, sadece cezai yaptırımlarla değil, önleyici politikalar, eğitim, toplumsal farkındalık ve sağlık hizmetlerinin bütüncül yaklaşımlarıyla yürütülmesi gereken çok yönlü bir süreçtir. Bilimsel literatür, şiddetin önlenmesinde erken müdahale programlarının, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik politikaların etkili olduğunu ortaya koymaktadır (16).

2.2. Şiddet Tipleri

Şiddet, kişi merkezli, kişiler arası ve kolektif şiddet olarak üç grupta incelenmektedir. Bu, Şiddet ve Sağlık Raporu'nda belirtilmiştir.



Şekil 1. Şiddet Türleri (17)

Şiddet tipleri, bireylerin ve toplumların maruz kaldığı farklı şiddet biçimlerini sınıflandırmak amacıyla kullanılan bir çerçevedir ve Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarında üç ana kategori altında ele alınmaktadır. İlk olarak bireyin kendine uyguladığı şiddet, intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarını kapsar; bu tip şiddet, kişinin kendi bedenine ve yaşamına yönelik doğrudan tehditler içermesi bakımından kritik öneme sahiptir. İkinci olarak kişilerarası şiddet, aile içinde veya toplumda bireyler arasında ortaya çıkan, fiziksel, psikolojik, cinsel ya da ekonomik zarar verici davranışları içerir; partner şiddeti, çocuk istismarı ve yaşlılara yönelik ihmal bu gruba dâhildir. Üçüncü olarak toplu şiddet, büyük gruplar, topluluklar veya devletler arasında meydana gelen, genellikle politik, ekonomik ya da ideolojik nedenlere dayalı olarak kitlesel zarar, ölüm ve toplumsal travmaya yol açan eylemleri ifade eder; savaş, terör, etnik çatışmalar ve kitlesel saldırılar bu bağlamda değerlendirilmektedir (18, 19). Bu üç tip şiddet, birbirinden farklı dinamiklere sahip olsa da ortak olarak hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ciddi sağlık sorunlarına yol açmakta, fiziksel yaralanmaların ötesinde uzun vadeli ruhsal, sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır.

2.2.1. Bireyin Kendine Uyguladığı Şiddet

Bireyin kendine yönelttiği şiddet, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları ve riskli davranış biçimleri gibi çeşitli biçimlerde ortaya çıkar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intiharı küresel ölçekte önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamakta ve özellikle 15–29 yaş arası gençlerde önde gelen ölüm nedenlerinden biri olduğunu bildirmektedir (20). Kendine zarar verme davranışı yalnızca ölümle sonuçlanan girişimleri değil, aynı zamanda kesme, yakma, toksik madde kullanımı gibi tekrarlayan ve kronikleşebilen eylemleri de içerir. Psikiyatrik bozukluklar, travmatik yaşantılar, madde bağımlılığı ve sosyal izolasyon bu tür şiddetin başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu bağlamda bireyin kendine uyguladığı şiddet hem biyolojik hem de psikososyal boyutlarıyla ele alınması gereken çok yönlü bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (21).

2.2.2. Kişilerarası Şiddet

Kişilerarası şiddet, bireyler arasında gerçekleşen ve fiziksel, cinsel, psikolojik ya da ekonomik zarar doğuran davranışları kapsamaktadır. Aile içi şiddet, partner şiddeti, çocuk istismarı, yaşlı istismarı ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet bu kategori altında ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 raporuna göre dünya genelinde kadınların yaklaşık üçte biri yaşamlarının bir döneminde partner şiddetine maruz kalmaktadır. Çocuklara yönelik şiddet ise hem gelişimsel bozukluklar hem de ilerleyen yaşlarda ruhsal sorunlarla yakından ilişkilidir. Kişilerarası şiddetin ortaya çıkışında bireysel, ailesel ve toplumsal dinamikler etkilidir; yoksulluk, alkol-madde kullanımı, toplumsal eşitsizlikler ve kültürel normlar bu risk faktörleri arasında öne çıkmaktadır. Bu nedenle kişilerarası şiddetin yalnızca bireysel bir sorun değil, aynı zamanda sosyal adalet ve toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili bir olgu olduğu vurgulanmaktadır (15).

2.2.3. Toplu Şiddet

Toplu şiddet, sosyal, politik, ekonomik ya da ideolojik nedenlerle büyük gruplar arasında ortaya çıkan ve kitlesel zarar, ölüm ve travmaya yol açabilen şiddet biçimidir. Silahlı çatışmalar, savaşlar, terör eylemleri, etnik ya da dini temelli saldırılar bu başlık altında değerlendirilir. DSÖ, toplu şiddeti hem doğrudan ölümler hem de uzun vadeli psikososyal etkiler nedeniyle küresel sağlık için ciddi bir tehdit olarak tanımlamaktadır (14). Çatışma bölgelerinde yaşayan toplumlarda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansının barış dönemine kıyasla belirgin şekilde arttığı saptanmıştır. Ayrıca savaş ve kitlesel şiddet, sağlık altyapısının çökmesine, bulaşıcı hastalıkların artmasına ve göç hareketlerinin hızlanmasına yol açarak halk sağlığı üzerinde zincirleme etkiler yaratmaktadır. Dolayısıyla toplu şiddet, yalnızca bireysel ruhsal bozukluklar açısından değil, aynı zamanda toplumların sürdürülebilir gelişimi açısından da kritik bir risk faktörü olarak görülmektedir (22).

2.3. Şiddete İlişkin Kuramsal Altyapı

2.3.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuram, şiddeti bireyin içsel çatışmaları, bilinçdışı dürtüleri ve erken dönem yaşantılarıyla ilişkilendirerek açıklamaktadır. Freud'a göre şiddet ve saldırganlık, ölüm içgüdüsünün dışa yönelmiş biçimlerinden biridir. İnsan, içsel yıkıcı enerjisini ya kendine yöneltmekte (örneğin intihar veya kendine zarar verme) ya da dış dünyaya yansıtarak başkalarına zarar vermektedir. Bu nedenle şiddet, bilinçdışı düzeyde var olan yıkıcı enerjinin bir dışavurumu olarak görülür. Freud, bireylerin doğuştan saldırma içgüdüsüne, "libido" adı verilen olumlu cinsel motivasyona ve "thanatos" adı verilen olumsuz saldırganlığa sahip olduğuna inanıyordu. Herkeste güçlü öz-yıkıcı dürtülerin bulunduğunu ve bunların dışa vurulduğunda saldırgan davranışlara yol açtığını iddia ediyordu. Melanie Klein ise ölüm içgüdüsünün çocukların gelişiminde ortaya çıktığını ve dışa vurulduğunda sadizm yaratabileceğini savunmuştur (23, 24).

Lorenz, saldırganlığın dış tetikleyiciler olmadan ortaya çıkmadığını ve doğuştan gelen doğal bir mücadele dürtüsü olduğunu savunmaktadır (25). Kernberg, saldırganlığı, iyi nesnelerle bağlarını korurken kötü nesneleri ortadan kaldırarak tatmin elde etmenin bir yolu olarak tanımlar (26). Kohut ise saldırganlığın genetik bir temeli olmayabileceğini ve kendine zarar vermeyle bağlantılı olabileceğini vurgular. Yıkıcılığı azaltmak için bir yöntem vardır. Yıkıcılık, başkalarıyla simbiyotik ilişki olmadan ortaya çıkmaktadır. Saldırgan kişiler, saldırganlığı en iyi savunma olarak kabul eder ve bu şekilde tehlikelerden korunmayı düşünmektedir (27). Jacques Lacan ise şiddeti öznenin arzu ve eksiklikle olan ilişkisinde konumlandırmaktadır. Lacan'a göre özne, dilin ve toplumsal düzenin içine girdikten sonra sürekli bir eksiklik hissiyle yaşamaktadır. Bu eksiklik, bireyin kendini gerçekleştirme çabasını tetiklerken, aynı zamanda öfke ve saldırganlığı da besleyebilmektedir. Şiddet burada, öznenin tanınma, kabul görme ve kendi varlığını kanıtlama arayışının patolojik bir ifadesi olarak ortaya çıkmaktadır. Psikanalitik kuram, ayrıca bastırılmış duyguların ve travmatik deneyimlerin de şiddetle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Çocuklukta yaşanan ihmal, istismar veya sevgisizlik, bireyin bilinçdışında derin izler bırakır ve bu izler

yetişkinlikte öfke patlamaları, kendine ya da başkasına zarar verme davranışları şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle psikanalitik bakış, şiddeti yalnızca dışsal koşullarla değil, bireyin ruhsal yapısının derinlikleriyle bağlantılı, çok katmanlı bir olgu olarak ele almaktadır (28).

2.3.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram, şiddeti bireyin öğrenilmiş bir davranışı olarak ele alır ve bu davranışın ortaya çıkışını pekiştirme, koşullanma ve model alma süreçleriyle açıklar. Davranışçılara göre birey doğuştan şiddete yönelimli değildir; çevresel faktörler, gözlemler ve yaşantılar sonucunda şiddeti bir tepki biçimi olarak öğrenmektedir (29). Skinner, davranışın organizmanın kontrolü dışındaki olaylar tarafından şekillendirildiğini ve bu olayları davranışı etkilemek için değiştirebileceğimizi öne sürmektedir. Thorndike ise davranışın ödül ve cezaya dayandığını savunur. Şiddet içeren davranışlar, mağdurlar buna müsamaha gösterirse artabilir ve aile içi şiddet genellikle gizli tutulur, bu da daha büyük sorunlara yol açmaktadır (30).

Dollard ve Miller, çocuklukta dört önemli stres kaynağının, beslenme, tuvalet eğitimi, cinsel eğitim ve saldırganlık kontrolü ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin, çocuk aç hissetmeden beslenmiyorsa, aşırı tepkiler geliştirebilir. Doğru beslenme ve anne ilgisi, bu tür sorunlu öğrenmelerin önlenmesine yardımcı olmaktadır (27). Klasik koşullanma açısından bakıldığında, birey belli uyaranlarla olumsuz deneyimleri ilişkilendirdiğinde saldırganlık ya da şiddet davranışları tetiklenebilmektedir. Operant koşullanma boyutunda ise şiddet davranışı ödüllendirildiğinde veya pekiştirildiğinde kalıcı hale gelmektedir. Eğer birey şiddet yoluyla istediğini elde ediyor, saygı görmektedir ya da otorite sağlıyorsa bu davranış pekiştirilir ve gelecekte tekrarlama olasılığı artmaktadır (31). Davranışçı kuramın önemli isimlerinden Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı da şiddetin öğrenilmiş bir davranış olduğunu ileri sürmektedir. Bandura, bireylerin başkalarının davranışlarını gözlemleyerek ve onları model alarak öğrendiklerini vurgulamaktadır. Bu bağlamda şiddet, aile içinde, akran gruplarında, medyada veya toplumda gözlemlenen saldırgan davranışların taklit edilmesiyle pekişebilmektedir. Özellikle televizyon, internet ve dijital oyunlar aracılığıyla sürekli şiddet içeren içeriklere maruz kalmak, bireylerin

şiddeti meşru ve kabul edilebilir bir davranış biçimi olarak algılamasına yol açabilmektedir (32).

2.3.3. Sosyal-Bilişsel Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre, davranış öğrenimi çevresel ve bireysel etkileşimle gerçekleşmektedir. Çocuklar, ailelerinden gördükleri davranışları öğrenip içselleştirir. Sıcak bağlar, çocuğun sorumluluk ve öz kontrol geliştirmesine yardımcı olurken, düşmanca bağlar saldırganlığı artırabilmektedir. Şiddet, izleme ya da taklit yoluyla öğrenilir ve pekiştirilirse artmaktadır (33). Albert Bandura'nın geliştirdiği bu kuram, bireylerin yalnızca doğrudan deneyimlerle değil, aynı zamanda başkalarının davranışlarını gözlemleyerek de öğrendiklerini vurgular. Bu bağlamda şiddet, özellikle aile, akran çevresi, medya ve toplumsal örüntüler aracılığıyla modellenebilir ve içselleştirilebilmektedir. Gürültü, ısı, sosyal ödüller ve ailevi sorunlar gibi çevresel ipuçları, saldırgan düşünce ve eylemlere katkıda bulunmaktadır (34).

Bilişsel kuramcılar, saldırganlık üzerindeki dışsal etkenleri incelemişlerdir. Berkowitz ve LePage'ın deneyinde, sinirlendirilen denekler silahın bulunduğu ortamda daha saldırgan davranmışlardır. Yıkıcı içerikli filmler de izleyenleri saldırganlığa teşvik edebilir. Ayrıca, bir davranışın nasıl yorumlandığı da saldırganlığı etkileyen bir faktördür (35). Sosyal-bilişsel öğrenme kuramı ayrıca bilişsel süreçlere de önem verir. Bireyler, şiddeti yalnızca gözlemlemekle kalmaz, aynı zamanda zihinsel değerlendirmeler yaparak şiddetin kabul edilebilirliğini, işlevselliğini ve sonuçlarını da içselleştirmektedir. Bu nedenle, şiddetin toplumda sıkça sergilenmesi ve olumlu sonuçlar doğurduğu izleniminin verilmesi, bireylerde şiddetin normalleşmesine yol açabilmektedir (36).

2.3.4. Dürtü Kuramı

Dürtü kuramı, şiddeti ve saldırganlığı insan doğasında var olan içsel bir dürtünün dışavurumu olarak açıklamaktadır. Bu yaklaşımın temelleri Sigmund Freud'a dayanır. Freud, insan davranışlarının yaşama ve ölçme içgüdüsü tarafından yönlendirildiğini ileri sürmüştür. Ona göre ölüm içgüdüsü, bireyin kendine veya

çevresine yönelttiği yıkıcı enerjiyi barındırmaktadır; bu enerji dışa yöneltildiğinde saldırganlık ve şiddet davranışları olarak ortaya çıkmaktadır. Böylece şiddet, bireyin bilinçdışı düzeyde bir gerilimi boşaltma biçimi olarak anlam kazanmaktadır. Dürtü kuramına göre saldırganlık, bastırılmış içsel enerjinin birikmesiyle güçlenir ve uygun koşullar oluştuğunda dışa vurulmaktadır. Freud'un izinden giden psikanalitik düşünürler, bu enerjinin bastırıldığında bireyde daha yoğun bir gerginlik yarattığını, bu nedenle bir şekilde dışarıya yönelmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu çerçevede şiddet, yalnızca öğrenilmiş ya da çevresel faktörlerden kaynaklanan bir davranış değil, aynı zamanda biyolojik ve psikodinamik kökenleri olan bir dürtü olarak değerlendirilmiştir (37).

Bazı bilim insanları, saldırı eyleminin içgüdüsel olmadığını ve dış etmenlerin insanların başkalarına zarar verme isteğine yol açabileceğini savunmaktadır. Engellenme-saldırganlık hipotezi, hedefe ulaşmada engellenmenin, bireylere veya nesnelere zarar verme dürtüsü oluşturduğunu öne sürmektedir. Yasalara uymayan engellemeler, daha fazla saldırgan davranışa neden olabilmektedir. Saldırganlık her zaman anında gerçekleşmez; örneğin, işten çıkarılan bir baba evde çocuklarına bağırabilir. Engellenme durumları toplumda da görülmektedir. Ekonomik krizler gibi durumlar, toplumsal engellemelere yol açabilir (23, 35).

2.3.5. Şiddetin Kuşaklararası Geçişi Kuramı

Egeland'ın kuramına göre, aile içi şiddete tanık olan veya maruz kalan çocuklar, bu durumu yetişkinliklerinde uygulayıcı rolüyle taşımaktadır. Bu kuram, şiddetin öğrenilebilen bir durum olduğunu ve çocuklukta şiddet içeren bir ailede bulunmanın etkisini vurgulamaktadır (38). Bu yaklaşım, sosyal öğrenme kuramı ile doğrudan bağlantılıdır. Albert Bandura'nın model alma ve gözlemsel öğrenmeye ilişkin bulguları, kuşaklararası şiddet aktarımını açıklamak için temel dayanak noktalarından biridir. Çocuklar, ebeveynlerinin davranışlarını gözlemleyerek onların rollerini içselleştirir ve şiddeti meşru bir iletişim ya da kontrol aracı olarak görmeye başlayabilmektedir. Bu durum, "şiddet döngüsü" olarak tanımlanır; yani bir kuşakta yaşanan şiddet, sonraki kuşaklarda da yeniden üretilmektedir. Kurama göre kuşaklararası geçiş sadece doğrudan öğrenmeyle sınırlı değildir; aynı zamanda

travmatik yaşantıların bireylerin ruhsal yapısında bıraktığı izler de sonraki kuşaklara aktarılabilmektedir. Travma çalışmaları, şiddetin yalnızca davranışsal değil, psikolojik ve nörobiyolojik düzeylerde de kalıcı etkiler bıraktığını göstermektedir. Bu etkiler, ebeveynlerin duygu düzenleme biçimlerini, bağlanma stillerini ve ebeveynlik pratiklerini şekillendirerek çocuklara yansıyabilir. Böylece şiddet hem davranışsal modeller hem de ilişki dinamikleri yoluyla süreklilik kazanmaktadır (39, 40).

2.3.6. Nörobiyolojik Kuram

Prefrontal korteks, şiddet ve antisosyal davranışlarla en çok ilişkilendirilen beyin bölgesidir. Suça karışmış veya sosyal ilişkileri zayıf bireylerde, bazı prefrontal alanlarda gri cevher azalması görülmüştür. Sağ prefrontal korteks, empati ve ayna nöronlarla bağlantılıdır. Hacim kaybı, duygusal tepkilerde eksiklik ve davranış kontrolünde zayıflık ile ilişkilidir (41).

Lezyonlar, prefrontal alanlar ile subkortikal yapıların ve limbik sistemle bağlantılı temporal bölgenin işlevselliğini bozarak uyanıklık, odaklanma, hafıza ve yüksek bilişsel fonksiyonlarda sorunlara yol açmaktadır. Medial temporal lob lezyonları, öfke nöbetleri ve impuls kontrol bozuklukları ile ilişkilidir. Dürtüsellik ise farklı korteks bölgeleriyle bağlıdır (42). Genetik bilgiler, monoamin oksidaz, dopamin ve norepinefrin sistemleriyle ilişkili genler ile şiddeti ve toplumsal düzeni reddeden davranışlar arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bazı genler ise saldırgan kişilik özellikleriyle bağlantılıdır (43). Dürtüsel agresif davranışlar, prefrontal korteksteki nörotransmitter dengesinin bozulması ile ilgilidir. Serotonin etkileri, dopamin yolunu baskılar ve serotonerin azalması impulsif agresif davranışlarla bağlantılıdır. Dopamin etkinliğini azaltmak, aşırı saldırganlığı ve öfkeyi azaltır. Azalmış serotonin ve artan dopamin, saldırgan davranışlarla ilişkilidir. Alkol kullanımı, serotonin seviyelerini düşürerek dürtüsel saldırganlığı artırmaktadır (44). Testosteron seviyesindeki artış saldırganlık ve şiddetle ilişkilidir. P maddesi ve norepinefrin, yıkıcı davranışları artırırken, östrojen, serotonin ve oksitosin saldırganlığı azaltmaktadır. Çocuklukta ihmal ve istismar oksitosin seviyelerini düşürür, sosyal ilişkileri bozar ve yıkıcı davranışları artırmaktadır. Negatif yaşam deneyimleri HPA mekanizmasını etkilemektedir (45). Doğum ve perinatal dönemdeki

komplikasyonlar, bebeklik dönemindeki davranış sorunlarıyla ilişkilidir. Ana etkenler arasında hamilelikte alkol, sigara, kokain kullanımı, maternal malnutrisyon ve doğumda hipoksik kalma bulunmaktadır. Fetal dönemde alkole maruz kalan bebeklerde beynin çeşitli bölgelerinde hasar gözlemlenir. Ayrıca, hipoksik kalan bebeklerin hareketlerini kontrol eden beyin alanları hasar görebilmektedir. Annelerin bebek istememe durumu da ilerideki şiddet davranışlarıyla bağlantılıdır (46).

2.3.7. Toplumsal ve Feminist Kuram

Toplumsal ve feminist kuram, saldırganlığın sosyal hayatla ilgili olduğunu belirtmektedir. Erkeklerin şiddete daha yatkın olmasının nedenleri, toplumun cinsiyet rollerinden ve sosyalizasyon sürecinden kaynaklanmaktadır. İşsizlik, yoksulluk ve göç gibi faktörlerin şiddeti artırdığına dair genel bir görüş vardır. Toplumsal yaklaşım, özellikle siyasi ve ekonomik protestolar sırasında görülen şiddeti açıklamaya çalışır. Araştırmalar, bir kişinin ait olduğu topluluğun kabul etmediği davranışlara giremeyeceğini, ancak topluluk şiddet sergilerse bireylerin bu eylemlere düşünmeden katılabileceğini göstermiştir. Toplulukla bütünleşen bireyin davranışları, o topluluğun etkisi altına girmektedir (47).

Saldırganlıkla ilgili kuramların dışında, vatandaş sosyal, çevresel ve durumsal etkenleri de belirtmektedir. Yeterli sosyal deneyim ve sevgi bağı olmayan hayvanlarda saldırganlık artar. Gürültü, kalabalık ve sıcak gibi çevresel etmenler de saldırganlığı artırmaktadır. Aşırı uyarılma, provokatif film izleme, ilaç ve madde kullanımı gibi durumlar saldırgan davranışları etkileyebilir. Biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik etkenler şiddet davranışının gelişimini etkiler. Bu belirleyicilerin farkında olmak önemlidir (48).

2.4. Aile Kavramı

Aile, kültür ve zamanla değişen, insanların biyolojik devamını sağlayan ve toplumsal değerleri aktaran önemli bir birimdir. Aile türleri arasında geniş aile ve çekirdek aile bulunmaktadır. Ancak toplumsal değişiklikler yeni aile tiplerinin oluşmasına neden olmuştur. Modern toplumda, ekonomik ve cinsel işlevlerin azaldığı,

boşanmaların arttığı ve evliliklerin azaldığı görülmektedir. Tek ebeveynli aileler ve yeniden kurulmuş aileler, bu yeni birliktelik örneklerindendir (49).

Geniş aile, ebeveynler, çocuklar ve akrabaların bir arada yaşadığı bir aile tipidir. Kırsalda yaşayan insanlar arasında yaygındır ve güçlü akrabalık ilişkileri, güvenlik ve yardımlaşma sağlarken, ekonomik kaynakları paylaşmaktadır. Ailede hiyerarşi bulunur ve karar süreçlerinde erkekler ile yaşlılar daha etkilidir. Çekirdek aile ise sadece ebeveynler ve bekâr çocuklardan oluşmaktadır. Çekirdek ailenin işlevleri, üreme ve çocukların topluma uyum sağlamasıdır. Diğer işlevler geniş ailede bulunmamaktadır (50). Tek ebeveynli aileler, boşanma oranlarının artması ve ebeveynlerin ölümünden dolayı yaygınlaşmaktadır. Bu aile yapısında çocukların velayeti genellikle annelerde kalmakta ve çoğunlukla anneden oluşmaktadır. Tek ebeveynli aileler ekonomik güvensizlik ve toplumsal onaylanmama ile karşılaşmaktadır. Yeniden kurulmuş aile, boşanma sonrası yeniden evlenme ile oluşan ve daha önceki evlilikten çocukları da içeren bir aile tipidir. Beraber yaşama ise, resmi evlilik olmaksızın, cinsel ilişki ile bir arada yaşayan çiftlerdir. Bu durum, geleneksel evlilik anlayışına alternatif bir yaklaşım sunmaktadır (51).

2.5. Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet, aile üyeleri arasında veya eski partnerler arasında yaşanan fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik eylemleri kapsar. Bu şiddet, eş, eski eş, çocuk, kardeş, ebeveyn ve diğer aile bireyleri tarafından uygulanabilmektedir (52). Dünya Sağlık Örgütü, şiddeti fiziksel kuvvetin başkalarına uygulanmasıyla yaralanma, psikolojik zarar veya ölüm riski yaratması olarak tanımlamaktadır. Şiddet, kendine yönelik, kişiler arası ve kolektif şiddet şeklinde üç şekilde incelenmektedir. Aile içi şiddet, partnerler veya aile üyeleri arasında ev içinde gerçekleşen şiddettir. Bu tür şiddet, bireylerin hayatını, özgürlüğünü, fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eder. Aile bireyleri arasında fiziksel, cinsel, psikolojik ya da ekonomik şiddet, güç kullanımına bağlı zararlar ve ihmal nedeniyle oluşmaktadır. Bu eylemler, bireylerin sağlıklarına zarar veren, kişisel gelişimlerini olumsuz etkileyen ve ölüm riski taşıyan olaylardır (53). Aile içi şiddet, partnerler, çocuklar, kardeşler, ebeveynler ve yaşlılar arasında gerçekleşen şiddeti kapsar. Ancak en yaygın şekli, erkeklerin kadınlara uyguladığı

şiddettir. Amerika'da her yıl 2-4 milyon kadın, partnerleri tarafından şiddete maruz kalmaktadır. Kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde şiddet görme oranı %25-30'dir (54).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 raporuna göre, dünya genelinde kadınların %33'ü eşlerinden şiddet görmektedir. 15-49 yaş arası kadınların %13 ile %61'i fiziksel şiddet, %6 ile %59'u cinsel zorlamaya uğramaktadır. Türkiye'deki çalışmalara göre ise kadınların %32,4 ile %61,4'ü aile içi şiddete maruz kalmaktadır. Fiziksel şiddet oranı %38,3 ile %64,8, cinsel şiddet oranı ise %6,3 ile %36,4'tür. Şiddet kurbanlarının çoğu kadın, uygulayıcıların çoğu erkektir (55). Bu veriler, hem küresel hem de Türkiye özelinde aile içi şiddetin yaygınlığını ortaya koyarken, aynı zamanda şiddetin çoğunlukla kadınlara yöneldiğini ve mağdurların sosyal, kültürel ve yapısal engeller nedeniyle yardım arayışında zorlandığını göstermektedir. Aile içi şiddet, bir bireyin ailedeki diğer bireyi fiziksel veya sözel olarak zorlamasıdır. Bu eylemler, basit yaralanmalardan duygusal hasar ve hatta can kaybına kadar sonuçlar doğurabilmektedir. Geleneksel görüşlerde bu durum normalleşmekte, aile dışından yardım istemek ise toplum yapısını tehdit olarak görülmekte ve bu yüzden mağdurlar yardım alamamaktadır (56).

2.5.1. Aile İçi Şiddet Nedenleri ve Risk Faktörleri

Aile içi şiddet, giderek artan bir krizdir ve çok sayıda etkenin birleşimi ile oluşmaktadır. Sosyokültürel yapı, ekonomik şartlar ve eğitim durumu bu durumu etkilemektedir. Aile ve toplum dinamiklerindeki değişim, şiddetin nedenlerini ve uygulanmasını da etkilemiştir. Smith, nedenleri bireysel, ailesel ve toplumsal olarak incelemiştir (57).

Aile içi şiddetle ilgili araştırmalar, nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar, genetik özellikler, madde bağımlılığı, yetersiz ilişkiler, ekonomik stres ve sosyal çevrede şiddet gibi faktörleri ortaya koymaktadır. 1995'te Türkiye'de yapılan bir araştırma, kadınların şiddet nedenleri arasında maddi sebepler ve eşin aşırı sinirliliğini sıralamıştır. Şiddet uygulayanlar ise genellikle kadının itaat etmemesini gerekçe göstermektedir (58, 59). Erkeklerin neden şiddete başvurduğunu araştıran 1998 tarihli bir araştırma, şiddete maruz kalan kadınların %58'inin bunun başkalarının etkisinden,

%49'unun istenmeyen alışkanlıklardan, %32'sinin ekonomik nedenlerden, %22'sinin çocuklarla ilgili nedenlerden ve %21'inin ani öfkeden kaynaklandığını ortaya koymuştur. 2014 yılında Türkiye'de kadınlara yönelik aile içi şiddet üzerine yapılan bir araştırma ise, erkeklerle ilgili nedenlerin ailevi sorunlar, kıskançlık, yetiştirilme tarzı ve kişisel sorunların yanı sıra ekonomik sıkıntılar ve kadınlarla ilgili çeşitli sorunlar olduğunu ortaya koymuştur (60).

Aile içi partner şiddeti ise rastgele bir davranış değildir; sistematik ve yapısal nedenleri vardır. Bu durum, ataerkil toplumların yarattığı erkek üstünlüğü ve kadının erkeğe bağımlı olduğu inancından kaynaklanmaktadır. Kadın ve erkek için toplumsal olarak belirlenen rol ve görevler de şiddeti etkileyen faktörlerdir. Örneğin, kadının eşine itaat etmemesi ya da cinsiyet normlarına karşı çıkması, şiddeti tetikleyen davranışlar olarak belirlenmiştir (61). Kadına yönelik aile içi eş şiddetinin nedenleri toplum ve ilişkilere göre değişmektedir. Şiddetin tek bir nedeni yoktur, ancak bazı faktörler şiddeti artırabilir. Bu faktörler arasında erkek-kadın ayrımcılığını destekleyen sosyal yapılar, erkeğin kadına üstünlük sağlaması, çocuklukta şiddete maruz kalma, ekonomik ve sosyal zorluklar, işsizlik, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi kişilik bozuklukları ve psikolojik hastalıklar yer almaktadır. Ayrıca, kadın ve erkek arasındaki farklılıklar da bu duruma katkıda bulunmaktadır (62, 63). Aile içi şiddet, saldırgan, mağdur ve tanıklar üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Şiddet normalleştirilmeye çalışılsa da ailede zarar vermektedir, kadın haklarını ihlal etmekte ve şiddet eğilimli nesillerin oluşmasına neden olmaktadır (64). Erkeklerin kadınlara karşı neden aile içi şiddet uyguladığını araştıran bir araştırmada, itaatsizlik, maddi sorunlar, uyumsuzluk, psikolojik sorunlar ve erkeklerin baskınlık kurmak için kullandıkları aşağılık duyguları gibi nedenler bulunmuştur. Aile içi şiddet için risk faktörleri arasında şiddet geçmişi, çocuklukta aile içi şiddete tanık olma, uyuşturucu kullanımı, eşler arasında dini farklılıklar, gelir eksikliği ve düşük aile geliri yer almaktadır (65). Peru'da 15-49 yaş arasındaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışma, kadınların aile içinde şiddet görme riskiyle bağlantılı bazı faktörleri belirlemiştir. Bu faktörler arasında ailede şiddet tanıklığı, düşük ekonomik durum, eğitim seviyesi, uzun birliktelikler, genç yaş ve şehirde yaşamak yer almaktadır. Ayrıca, evlilikte tatminsizlik, agresiflik, sosyal pozisyon farkları ve iletişim eksiklikleri gibi dinamikler

de şiddet riskini artırmaktadır. Saldırganlar, aile içindeki ve dışındaki sorunları da mağdurlara atfedebilmektedir (66).

Aile içi şiddet mağduru olmak çocuklukta risk faktörüdür ve sosyal öğrenme kuramı, çocukların bunu stresle başa çıkma yolu olarak öğrendiğini belirtmektedir. Kadınların daha yüksek eğitim ve ekonomik durumu, şiddet görme ihtimalini artırır, ancak utanç nedeniyle resmi yardım alma oranları düşüktür (67).

2.5.2. Aile İçi Şiddetin Sonuçları

Travma, mağdurlarda çaresizlik ve korku hisleri oluşturmaktadır. Bu duyguların yoğunluğu ve başa çıkma yöntemleri, kişileri farklı şekilde etkilemektedir. Aile içi şiddet hem yaşayanlar da hem de tanıklarda geçici veya kalıcı etkiler bırakabilmektedir (68).

Şiddetin fiziksel etkileri, küçük yaralardan ölümcül olanlara kadar geniş bir aralıkta değişmektedir. Aile içi şiddet mağdurlarındaki en belirgin bulgu fiziksel yaralanmalardır. Hekimlerin, bazı durumlarda özellikle de hastanın hikayesi ile muayene bulguları tutarsızsa aile içi şiddeti düşünmesi önemlidir. Partner şiddetinde en yaygın yaralanmalar kafa, yüz, boyun ve kas-iskelet sistemindedir (69). Aile içi şiddet, fiziksel zararların yanı sıra psikolojik hasarlara da yol açmaktadır. Mağdurlar, korku, endişe, utanç ve güvensizlik gibi negatif duyguların yanı sıra uyku bozuklukları, ilişki sorunları ve madde bağımlılığı gibi çeşitli problemler yaşayabilirler. Bu konuda birçok çalışma mevcuttur (52). Beydoun ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde, şiddet ile depresif bulgular arasındaki ilişki incelenmiştir. 1980-2010 yılları arasında ABD'de yapılan 37 araştırma analiz edilmiş ve 5 araştırmada şiddet ile majör depresyon, 25'inde depresif bulgular ve 7'sinde postpartum depresyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur (70). Psikolojik sonuçlar, yaş grubuna göre değişir. Çocuklarda ve ergenlerde ders başarısında düşme, fobi, düşük benlik gelişimi, şiddete yatkınlık ve depresyon gibi sorunlar görülebilmektedir. Yetişkinlerde ise benlik saygısında düşme, değersiz hissetme ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı ortaya çıkmaktadır. Olayın algılanışı ve niteliği de bu etkileri etkilemektedir (71). Aile içi şiddetin fiziksel ve psikolojik etkilerinin yanında üreme sağlığına da olumsuz etkileri vardır. Şiddet geçmişi olan kadınlarda istemli düşük

oranları yüksektir. Ayrıca, kronik stres düşük doğum ağırlığı ve prematürite ile bağlantılıdır (69). Eşleri tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınların, şiddet görmeyen kadınlara göre çocuklarına daha fazla şiddet uygulama eğiliminde olduğu belirtilmiştir. Aile içi şiddetin etkileri, sadece fiziksel değil, annelik işlevinde ve çocuklarla ilişkilerde bozulma ile gelecek psikososyal sorunları da içerir. Şiddet tanığı olan çocukların gelişimi de olumsuz etkilenir, bu durum şiddetin nesilden nesile aktarılmasına yol açar (72). Aile, çocukların sevgi ve şefkat bulması gereken bir yerdir. Ancak, aile içindeki şiddete maruz kalan çocuklar anksiyete, depresyon ve bağımlılık gibi sorunlar yaşayabilmektedir. İstismar gören çocuklar, yetişkinlikte potansiyel istismarcılar olabilmektedir (73). Erkek çocuklar şiddeti güç göstergesi olarak kabul ederken, kız çocuklar bunu evlilikte normal bir durum olarak görebilir. Aile içi şiddet mağduru olan bireylerin, kendi çocuklarına şiddet uygulama oranı daha yüksektir (69).

Bir çalışmada, İngiltere'de aile içi şiddeti gören çocukların %60'ı bu olayların sorumlusunu kendileri olarak görüyor ve suçlu hissetmektedir. Ayrıca, %52'sinde davranış sorunları, %39'unda ise okula uyum sorunları vardır. Altı yaşından küçük çocuklarda ise uyku bozuklukları ve yalnız kalma endişesi görülmektedir (74). Şiddetin etkileri, akut dönem ve uzun dönem etkileri olarak iki grupta incelenebilmektedir. Akut dönem, mağdurlarda fiziksel yaralanmaların yanı sıra, öğrenilmiş çaresizlik ve pasif duruş gibi psikolojik durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Uzun dönemde ise uyku ve yeme bozuklukları, depresyon, intihar ve madde bağımlılığı gibi sorunlar görülmektedir. Ayrıca, sosyal hayatta başarısızlık ve toplumdan soyutlanma da yaşanmaktadır (75).

2.5.3. Dünyada Aile İçi Şiddet

Aile içi şiddet hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir sorundur ve önemli bir halk sağlığı meselesidir. DSÖ'ye göre, her üç kadından biri eşi veya partneri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete uğramaktadır. Bu oran, bazı bölgelerde, özellikle Afrika ve Güneydoğu Asya'da %37'ye çıkmaktadır. Kadın cinayetlerinin %38'i de partnerler tarafından işlenmektedir. 2018 verilerine göre, Güney Asya'da kadınların %35'i şiddete maruz kalırken, bu oran Güney Avrupa'da %16'dır. Son 12 ayda şiddet oranı %13 olarak hesaplanmıştır (76).

Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların %37,3'ü ve erkeklerin %30,9'u yakın partnerlerinden fiziksel veya cinsel şiddet görmektedir. Kadınların %20 ila %30'unun hayatlarının bir döneminde bu tür şiddeti deneyimlediği tahmin edilmektedir. Avrupa'da 2019 verilerine göre, Almanya ve Fransa kadın cinayetlerinde en yüksek sayıdayken, Karadağ ve Letonya oran açısından en yüksektir (77, 78). Düşük ve orta gelirli 46 ülkedeki 372.149 kadından alınan verilere göre, partnerleri tarafından uygulanan fiziksel şiddet %3,5 ile %45,8, psikolojik şiddet %6,2 ile %34,4, cinsel şiddet ise %0,3 ile %19,8 arasında değişmektedir. Afganistan ve Kongo'da bu şiddet türlerinin oranı en yüksektir. Mısır'da evli kadınlarda partner şiddeti %29,4'tür (79). İtalya'da aile içi şiddet mağdurlarına yönelik bir grup olan "Telefono Rosa", 2006 yılında gelen çağrıların %37'sinin fiziksel şiddet, %31'inin psikolojik şiddet ve %13'ünün cinsel şiddetle ilgili olduğunu bildirmiştir. Finlandiya'da 2017 yılında 8.300 aile içi şiddet vakası bildirilmiş ve bunların %68,1'i kadın, saldırganların ise %77,8'i erkek olmuştur. Mısır'da evli kadınların %26,7'si partnerlerinden fiziksel şiddet, %17,8'i duygusal şiddet ve %4,6'sı cinsel şiddet görmüştür (80). Bir çalışmada, 15-49 yaş aralığındaki 372.149 kadının verileri incelenmiştir. Yakın partner şiddeti oranları %3,5 ile %46,0 arasında değişmektedir. Ülkeler arasında Kamerun %31,4-%32,1, Kongo %36,7-%29,4, Mozambique %27,7-%29,6, Tanzanya %29,5-%28,1, Uganda %29,6-%29,3, Afganistan %46,0-%34,4, Kolombiya %33,3-%30,0 olarak belirtilmiştir (81).

2.5.4. Türkiye'de Aile İçi Şiddet

OECD'nin 2019 verilerine göre, üye ülkelerde kadınların %22'si ömürlerinin bir döneminde partnerinin fiziksel veya cinsel şiddetine maruz kalmıştır. Türkiye'de bu oran %38 ile en yüksek olup, son 12 ayda bu oran %4'tür. KSGM araştırmaları, Türkiye'de her 10 kadından 4'ünün şiddet gördüğünü göstermektedir (60).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995 raporuna göre, Türkiye'deki ailelerin %34'ünde fiziksel, %53'ünde sözel şiddet görülmektedir. Ebeveynlerin %70'i fiziksel şiddete maruz kalmış, çocuklarda fiziksel şiddet oranı %46'dır. Mertoğlu'nun çalışmasına göre, aile içi şiddet olaylarının yargıya intikali 2004'te %0,8 iken, 2013'te %36,5'e çıkmıştır. Bu artış, yasal düzenlemeler nedeniyle adli

makamlara başvurunun artmasından kaynaklanmaktadır (82). Güler ve arkadaşları tarafından Sivas'ta 2005 yılında yapılan bir çalışmada, 15-49 yaş arası 162 evli kadınla görüşülmüştür. Kadınların %40,7'si aile içi şiddete maruz kaldığını, %59,7'si fiziksel, %47,4'ü sözel ve %21,4'ü duygusal şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların hiçbiri ekonomik veya cinsel şiddet bildirmemiştir. Saldırganların çoğu (%91) koca iken, bunu akrabalar izlemiştir (83). Keser Özcan ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer meta-analizde ise genel şiddet oranları %57,2 olarak bildirilmiş, fiziksel şiddet %33,8, sözel şiddet %43,5, duygusal şiddet %33,7 ve cinsel şiddet %12,3 olarak bulunmuştur (84).

2.6. Aile İçi Şiddet Hakkında Yasal Düzenlemeler ve Mekanizmalar

Aile içi şiddetle mücadelede yasal düzenlemeler önemlidir. Türkiye Anayasası'nın 41. maddesi, ailenin korunması ve çocuk hakları konusunu ele almaktadır. Türk Ceza Kanunu'nda (TCK), üstsoy veya altsoydan birine veya eşe karşı öldürme suçunun ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir. Ayrıca, cinsel şiddet vakalarında akrabalık ilişkisi cezanın artırmasına yol açmaktadır. TCK, aynı evde yaşanan bireylere karşı kötü muamele ve bu bireylerin bakım ve destek sorumluluğunu yerine getirmeyenlere dair de cezai sorumluluklar öngörmektedir (85).

17 Ocak 1998'de "4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun" Resmî Gazete'de yayımlandı ve yürürlüğe girmiştir. Bu kanun, 1995'te kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı'nın devamı olarak aile içi şiddeti önlemek için önemli bir yasa oluşturmuştur. Daha sonra, 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunun özelliği, şiddet mağdurlarına yönelik acil koruma önlemlerinin kolayca uygulanabilmesidir. Ayrıca, Şiddeti Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) kurulmuştur (82). Uluslararası alanda kadına yönelik şiddete karşı bazı önemli belgeler vardır. Bunlar arasında 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1979 tarihli CEDAW, 1993'teki Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması Bildirgesi ve 1995 tarihli Pekin Deklarasyonu bulunmaktadır. Türkiye, İstanbul Sözleşmesi'ni 11 Mayıs 2011'de imzaladı ve 20 Mart 2021'de feshetti. İstanbul Sözleşmesi, kadına yönelik ve aile içi

şiddet gibi kavramları tanımlar ve çocukların da bu durumdan etkilenebileceğini belirtmektedir (86).

2.6.1. 6284 Sayılı Kanun

2012'de yürürlüğe giren 6284 sayılı Kanun, 4320 sayılı Kanun'un eksikliklerini gidermek için oluşturulmuştur. Bu kanunda aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet ve genel şiddet tanımlanmıştır. Aile içinde kadınlara yönelik eş şiddeti, farklı durumları kapsamaktadır. Şiddete maruz kalan kadınların beyanları esas alınır; kanıtlama zorunluluğu yoktur (87).

Şiddet vakalarını herkes bildirebilir ve bu da bu tür olayların tespit edilmesine yardımcı olmaktadır. Yasa, idari yetkililerin ve kolluk kuvvetlerinin şiddete maruz kalan kadınlar için, istismarcıdan uzakta güvenli bir barınma da dahil olmak üzere koruyucu önlemler sağlamasına izin vermektedir. Bu, kadının farklı bir yere taşınmasını, iş yerini değiştirmesini veya hayatı tehdit altındaysa geçici koruma sağlamayı içermektedir. Ayrıca, yetkililer bu kadınlara maddi destek sunmaya karar verebilmektedir. Hâkim, şiddet uygulayan veya uygulama riski olan eşler için çeşitli önlemler alabilmektedir. Bu önlemler arasında kadının ev ve iş yerlerine yaklaşmama, tehdit ve rahatsız etmemek, alkol veya uyuşturucu etkisi altındayken yaklaşmamak, silahları teslim etme ve nafaka ödeme kararları bulunmaktadır. Ayrıca, gerekli durumlarda sağlık kuruluşlarında muayene ve tedaviye yönlendirme yapılabilir (88). Tedbir kararlarının uygulanması, polis ve jandarma tarafından teknik araçlarla takip edilmektedir. Eşlerin tedbir kararını ihlal etmesi durumunda, üç ile on gün arasında zorlama hapis cezası verilmektedir. İkinci ihlal halinde ceza on beş günden otuz güne kadar çıkmaktadır. Ancak 6284 sayılı Kanun'da uzlaştırma veya arabuluculuk ile ilgili bir düzenleme yoktur, bu nedenle sağlık çalışanları ve yetkililer, şiddet mağduru kadınları evlerine göndermekte ve barıştırmaya çalışmaktadır. Bu durum, kadınların şiddet ortamında kalmasına yol açmaktadır (89).

2.6.2. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM)

Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM), şiddetle daha etkili mücadele etmek amacıyla kurulmuştur. 2012'de yürürlüğe giren "6284 Sayılı Kanun" ile ŞÖNİM'ler oluşturulmuş ve yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Şu an, birçok şehirde şiddet mağdurlarına hizmet sunmaktadır. Bu kanun, şiddet mağduru olan kadınlar, çocuklar ve aile bireylerinin korunmasını amaçlamaktadır. Yasa ile, bu kişilere yönelik şiddeti önlemek için alınacak tedbirler ve bunların uygulanma yöntemleri belirlenmiştir. Yönetmelik, "Şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin bir biçimde uygulanması" için çalışan merkezlerin özelliklerini tanımlar. Ayrıca, 17 Mart 2016'da "Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik" resmi olarak yürürlüğe girmiştir (90).

ŞÖNİM, şiddete maruz kalan ya da maruz kalma ihtimali olan kişilere yönelik hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetler arasında, 6284 Sayılı Kanun kapsamında önleyici ve koruyucu tedbir kararlarına başvuru alınması, izleme çalışmaları yapılması ve ilgili verilerin toplanması bulunmaktadır. Ayrıca, korunan kişiye barınma, adli yardım, sağlık ve maddi destek gibi hizmetlerin koordinesi sağlanır. Şiddetin sonlandırılması için programlar geliştirilir, Alo 183 çağrı merkezi başvuruları izlenir ve diğer kurumlarla iş birliği yapılmaktadır (91). Şiddete uğrayan bireylere barınma, maddi destek, rehberlik hizmetleri, koruma, kreş desteği, hukuksal ve tıbbi yardım, istihdam ve eğitim desteği sunulmaktadır. Şiddet uygulayan kişiler için ise detaylı sosyal inceleme raporu hazırlanması, etkilerine dair rapor oluşturulması, eğitim ve rehabilitasyon programlarına yönlendirme, hastanelere yönlendirme ve meslek edinme kurslarına yönlendirme yapılmaktadır. ŞÖNİM'lere başvuran kadınlar ve çocukları için ilk izlem ve tıbbi incelemeler yapılmaktadır. Kadın konukevleri de bu hizmete dahildir (92).

2.6.3. Kadın Konukevi

Kadın konukevleri, fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet gören kadınlara destek sağlayan sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Bu yerler, kadınların ve

çocuklarının güvenli bir ortamda barınmasını, sorunlarını çözmelerini ve güçlenmelerini hedeflemektedir. Gizlilik bu kuruluşlarda çok önemlidir (93).

Sığınma evine ihtiyaç duyan kadınlar, ŞÖNİM'lere, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerine, kolluk kuvvetlerine, sağlık kurumlarına, adli makamlara veya sivil toplum kuruluşlarına başvurabilmektedirler. Sığınma talepleri ŞÖNİM tarafından, ŞÖNİM in bulunmadığı durumlarda ise ilgili sosyal hizmet merkezleri tarafından değerlendirilmektedir. Kadın konukevlerinde kalış süresi altı aya kadar olup, ihtiyaca göre uzatılabilir. Sosyoekonomik zorluklarla karşılaşan kadınlar da bu hizmetlerden yararlanabilmektedir (94). Kadın konukevlerine kabul edilen kadınlardan, geliri olmayan veya temel ihtiyaçlarını karşılamayanlara, giyecek, harçlık, eğitim, yol giderleri ve tedavi için ekonomik destek sağlanmaktadır. Konukevleri, şiddete maruz kalan kadın ve çocuklara koruma sunarak, bilgilendirme yapar ve sosyal ilişkiler geliştirmeleri için destekler, böylece benlik saygıları ve özgüvenleri artmaktadır (88).

2.6.4. İlk Kabul Birimi

İlk Kabul Birimleri, barınma isteğiyle başvuran kadınların ön izlemelerinin yapıldığı yerlerdir. Burada, kadınların psikososyal ve ekonomik durumları incelenir, tıbbi kontrolleri yapılır ve geçici barınma sağlanmaktadır. Ayrıca, kadınlar arasındaki farklılıkları ayırt ederek uygun sosyal hizmet modeli planlanmaktadır. Bu birimlerin sayısı 2011'de 3 iken, zamanla artmış ve ülke genelinde yaygınlaşması hedeflenmiştir (94).

2.7. Covid-19 Pandemisi ve Aile Yapısına Etkileri

COVID-19, ilk olarak 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan kentinde ortaya çıkan, SARS-CoV-2 adı verilen yeni bir koronavirüsün neden olduğu akut solunum yolu hastalığıdır. Hastalık, hızla küresel ölçekte yayılmış ve 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir. COVID-19'un temel bulaşma yolu, enfekte kişilerin öksürme, hapşırma veya konuşma sırasında saçtıkları damlacıkların solunması ya da virüs bulaşmış

yüzeylere temas edilmesiyle gerçekleşmektedir. Klinik olarak hastalık asemptomatik seyirden ağır pnömoniye, akut solunum sıkıntısı sendromuna ve çoklu organ yetmezliğine kadar farklı düzeylerde seyredebilmekte; özellikle ileri yaşta ve kronik hastalığı bulunan bireylerde mortalite oranı artmaktadır. Pandeminin küresel boyut kazanmasıyla birlikte DSÖ hem uluslararası hem de ulusal düzeyde bir dizi tedbir ve rehber yayınlamıştır. DSÖ'nün temel stratejileri arasında, erken tanı ve izolasyonun sağlanması, temaslı takibi ve karantina uygulamaları, kişisel hijyenin artırılması, maske kullanımı, fiziksel mesafe kurallarının uygulanması, uluslararası seyahatlerin kısıtlanması ve sağlık sistemlerinin kapasitesinin güçlendirilmesi yer almıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı da DSÖ ile eşgüdüm içinde, pandemi sürecinin ülke düzeyinde yönetilmesi amacıyla erken dönemde COVID-19 Bilim Kurulu'nu oluşturmuştur. Bu kurulun önerileri doğrultusunda sınır kapılarında sağlık taramaları yapılmış, eğitim kurumlarında yüz yüze eğitime ara verilmiş, toplu etkinlikler kısıtlanmış ve sokağa çıkma kısıtlamaları uygulanmıştır. Sağlık Bakanlığı ayrıca COVID-19 Rehberi'ni yayımlayarak tanı, tedavi, izolasyon ve filyasyon süreçlerine ilişkin standart uygulama esaslarını belirlemiştir. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı, "Hayat Eve Sığar (HES)" uygulaması gibi dijital sistemler aracılığıyla bireylerin sağlık durumlarını izlemeye ve bulaş riskini azaltmaya yönelik dijital çözümler geliştirmiştir. Türkiye'de Aralık 2020 itibarıyla aşılama çalışmaları başlatılmış ve öncelikli risk grupları aşılanmaya başlanmıştır. Bununla birlikte maske, mesafe ve hijyen önlemlerinin sürdürülmesi gerektiği vurgulanmıştır (95). Bu uygulamalar, insanların evden çıkmalarını kısıtlayarak aile yaşamını da etkilemiştir. Toplumda 65 yaş üstü bireylerin üst statüsü ve 18 yaş altı bireylerin arkadaş grupları arasında sosyal etkileşim önemlidir. Sokağa çıkma yasakları ile toplum farklı bir hassasiyet kazanmış ve sosyal deneyimler elde edilmiştir. Bu durum, ailelerin günlük yaşam ve iş hayatlarında değişikliklere yol açmış, ev içi görevlerin yeniden düzenlenmesini gerektirmiştir (96).

Küreselleşme, bireylerin eylemlerinin evrenselleşmesi ve global kültür oluşturma sürecini içerir. Bununla birlikte, gelişen teknoloji nedeniyle toplumlar risk altında olabilmektedir. Beck, pandeminin bu durumu daha da belirgin hale getirdiğini belirtmektedir. McLuhan'ın "küresel köy" kavramı, bireylerin birbirine ulaşılabilirliğini vurgulamaktadır (97). Pandeminin toplumsal etkileri tüm dünyada

aynıdır. Salgın, Çin'in Wuhan'dan başlayarak hızla yayıldı ve küreselleşmiş toplumların yakınlığını ortaya koymuştur. Ayrıca, Wallerstein'in merkez-çevre teorisi çerçevesinde, Çin'in merkez ülke haline geldiği görülmektedir (98). ABD'deki kayıplar ise sosyal devlet anlayışının önemini azalttığını göstermektedir. Pandemide virüsün yayılım hızı, aktörlerin algılarının ötesinde bir durumu göstermiştir. Koronavirüs, bireysel temasla hızlı yayıldı. Devletler, toplum sağlığını korumak için sosyal izolasyon ve evde kal çağrıları yapmıştır. Evde çalışma, modern ekonominin devamlılığını sağlamıştır. Küresel düzeyde kontrol çabalarına rağmen, pandeminin belirsiz sonuçları ve riskleri sürmektedir (99).

2.7.1. Olağanüstü Durumlarda Aile İçi Şiddet

Kasırga, deprem, tsunami, volkanik patlama, sel ve yangın gibi doğal afetler artan stres ve saldırganlığa yol açar ve bu da kadınlara yönelik aile içi şiddeti artırmaktadır. St. Helens Dağı'nın patlamasının ardından, Washington, Othello'da aile içi şiddet %46 artarken, alkol bağımlılığı ve aile içi stres de artmıştır. Katrina Kasırgası'nın ardından, kadınlar arasında psikolojik şiddet vakaları %35 artmıştır ve Mississippi'de aile içi şiddet vakaları neredeyse iki katına çıkmıştır. Dünya çapındaki diğer afetlerden sonra da aile içi şiddette benzer artışlar kaydedilmiştir (100, 101).

ABD ve Kanada'da yaşanan doğal afetlerin ardından yapılan bir araştırma, aile içi şiddet mağdurlarının hizmet taleplerinin bir yıl boyunca arttığını ortaya koymuştur. Türkiye'de ise 1999 Marmara depremi, kişilerarası şiddet ve intihar vakalarında artışa yol açmıştır (102).

2.7.2. Pandemi Sürecinde Aile İçi Şiddet

COVID-19 salgını nedeniyle birçok ülke evde kalma kararları aldı. Bu süreçte, kadına yönelik şiddet artmıştır (103). COVID-19 döneminde, zorunlu karantinalar ve dış dünyayla sınırlı temas nedeniyle evler, aile içi şiddet mağdurları için tehlikeli hale gelmiştir. Küçük ve kapalı alanlarda yaşamak stres seviyelerini artırmıştır. Evde kalmak, mağdurları yalnızca daha fazla şiddete maruz bırakmakla kalmamış, aynı zamanda onları destek ağlarından da uzaklaştırmıştır. Ayrıca, okulların kapanması

çocukların evde kalmasına yol açarak aile içi şiddete maruz kalma risklerini artırmış ve bu da ruhsal ve fiziksel sağlıklarını etkilemiştir (73, 104).

Doğal afetler sırasında aile içi şiddet, stres, ekonomik sorunlar ve sınırlı sosyal destek gibi nedenlerden ortaya çıkmaktadır. Erkeklerin gelir kaybı, eşleri üzerinde daha fazla kontrol sağlamaya çalışmalarına yol açar. Kadın çalışırken erkeğin işsiz olduğu durumlar daha da kötüleşmektedir. Ekonomik istikrarsızlık, alkol tüketimini artırır ve aile içi şiddeti tetiklemektedir. COVID-19 döneminde, madde bağımlılığı olan ailelerde şiddet artmıştır ve cinsel şiddet de kapanma döneminde çoğalmıştır (83). İtalya ve Fransa'da oteller, sığınak olarak kullanılmaya başlanmıştır. Acil yardım hatlarına yapılan çağrılarda İngiltere'de %25, İspanya'da %20 ve Kıbrıs'ta %30 artış yaşanmıştır. Fransa'da aile içi şiddet raporları %30, Brezilya'da %40-50 oranında artmıştır (105, 106). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de kadına yönelik şiddet üç kat artmış, Avrupa Komisyonu da benzer artışlar olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, karantina döneminde boşanma oranları da artmıştır. Aile bireylerinin ruh sağlığının incelenmesi gerekmektedir (107). Sivil toplum kuruluşlarının pandemi döneminde kadına yönelik şiddetle ilgili faaliyetlerini inceleyen bir araştırma, yüz yüze görüşmelerdeki kısıtlamalar nedeniyle dijital görüşmelerde artış olduğunu ortaya koymuştur. Bu dijital görüşmeler, pandemi sonrası dönemde psikolojik destek açısından avantaj sağlayabilir ve eğitim ve kamu spotları aracılığıyla farkındalığın artırılmasına yardımcı olabilir. Türkiye İçişleri Bakanlığı, 26 Mayıs 2020'de, 11 Mart öncesi ve sonrası dönemleri karşılaştırarak, aile içi ve kadına yönelik şiddet olaylarında %7, kadın cinayetlerinde ise %31 azalma olduğunu bildirmiştir (108).

2.8. Adli Olgu

Adli olgular, mevcut bir hastalığın dışında, başka kişilerin suç unsurları nedeniyle hastaneye başvurulan durumları tanımlamaktadır. Bu tür durumlar, hastaların fiziksel veya ruhsal sağlıklarının bozulmasına ya da ölümüne yol açabilmektedir. Acil servis hekimleri bu olgularla daha sık karşılaşmaktadır (109, 110). Bir suç şüphesi ile hastaneye başvuran veya sağlık değerlendirmesi sırasında suç bulguları bulunan durumlar adli olgu olarak kabul edilir. Adli olgular, bireyin beden veya ruh sağlığına zarar veren ve yaşamına son veren durumları kapsar. Acil ve İlk

Yardım Merkezleri, adli olguların ilk karşılaşıldığı yerlerdir ve burada en çok adli rapor yazılmaktadır. Klasik kaynaklarda adli olgu sayılan durumlar arasında trafik kazaları, iş kazaları, yaralanmalar, intoksikasyonlar, cinsel saldırı iddiaları, intihar girişimleri ve diğer şüpheli ölümler bulunmaktadır. Sonuç olarak, hukuk sistemi ve hekimler tarafından şüpheli görülen tüm durumlar adli olgu olarak değerlendirilir (111). Ayrıca trafik kazaları, iş kazaları, düşmeler ve çeşitli yaralanmalar gibi durumlar da adli olgu olarak kabul edilmektedir. Bu, ateşli silah yaralanmaları, intihar girişimleri, işkence iddiaları ve şüpheli ölümleri de içermektedir ve ayrıca, hayvan ısırıkları ve aile içi istismar gibi durumlar da değerlendirilmektedir (112, 113).

Adli olguların çeşitliliği ve sağlık sisteminde önemli bir yer tutması, bu vakaların doğru değerlendirilmesi için kurumsal bir yapılanmaya duyulan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle tarihsel süreçte adli tıp, yalnızca bireysel vakaların değerlendirilmesi değil, aynı zamanda hukuki süreçlerin sağlıklı yürütülmesi için de kurumsallaşmıştır. Türkiye'de adli tıbbın gelişimi, sağlık ve adalet sistemlerinin kesişim noktasında önemli düzenlemelerle şekillenmiştir. 1879'da yürürlükte olan Ceza Muhakemeleri Kanunu ile Polis Müdürlüğü'ne bağlı Zabıta Tababet-i Adliye Şubesi kurulmuş ve başına Dr. Ali Rüştü Paşa getirilmiştir. 1917'de adli tıp Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılarak Adalet Bakanlığı'na bağlanmıştır. 11 Ekim 1920'de 38 Sayılı Tababet-i Adliye Kanunu kabul edilmiştir. 1953 yılında 6119 sayılı Kanun, "Tıbb-i Adli"nin adını "Adli Tıp" olarak değiştirmiştir (112). Üniversite bulunan illerde, ilgili konularda resmi bilirkişi olarak adli tıp enstitüleri ve ruh sağlığı klinikleri kurulmuştur. Adli Tıp Kurumu'nun günümüzde İstanbul'daki merkez teşkilatı ve şubeleri olarak iki yapısı bulunmaktadır. Resmi bilirkişi olarak muayene ve araştırma yapan yedi ihtisas dairesi ve kanunla tanımlanmış sekiz bilirkişi kurulu bulunmaktadır (114).

İhtisas kurulları, mahkemelere doğrudan bilirkişi olarak hizmet etmek yerine, çelişkili bilirkişi raporlarını düzeltmekle yükümlüdür. İkinci Adli Tıp İhtisas Kurulu, vücut dokunulmazlığına karşı suçlar ve işkence ile eziyet suçlarına bağlı yaralanmaların sağlık durumunda meydana gelen değişiklikler hakkında rapor hazırlamaktadır. Adli Tıp Kurumu, bilimsel ve teknik görüş sağlamak, adli tıp eğitim

programları düzenlemek ve sağlık hizmetleri vermek gibi diğer görevleri de yerine getirmektedir (115).

2.9. Adli Rapor ve Değerlendirme

Hekimler, adli olaylar için tıbbi durumları belirten raporlar hazırlayabilmektedirler. Bu raporlar, yasa ve yönetmeliklere uygun olmalıdır. Acil servislerde, resmi talep olmadan da adli rapor düzenlenmektedir. Tüm hekimler rapor düzenleme yetkisine sahiptir ve meslek hayatlarında adli olgularla karşılaşma olasılıkları yüksektir. Tıbbi raporlar sağlık durumu ile ilgilidir, adli raporlar ise hukuk sisteminde bireylerin sağlığını etkileyen durumlardadır (116).

Adli raporlar, adli makamların hekimlerden istediği resmî belgelerdir ve kişilerin tıbbi durumu hakkında bilgi içermektedir. Acil servislerde, gerekli tıbbi müdahaleler yapıldıktan sonra bu raporların düzenlenmesi beklenmektedir. Hekimler, adli vaka olup olmadığını belirleyip tüm bulguları kaydetmelidir (117). Adli rapor türleri kendi aralarında amaçlarına göre ve sonuçlarına göre olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Adli raporlar kullanım amaçlarına göre sınıflandırılır. Bu amaçlar arasında yaralanma tespiti, cinsel saldırı değerlendirmesi, psikiyatrik inceleme, yaş tayini ve alkollü raporlar yer almaktadır (118). Sonuçlarına göre ise adli raporlar geçici, kesin ve ek raporlar olarak üç türde hazırlanmaktadır. Geçici raporlar, net bir sonuç elde edilemediğinde veya bilgi eksikliği olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bu raporlar, ilk muayeneyi yapan hekimler tarafından düzenlenir ve kişinin sağlık durumu hakkında takip sürecinde önemlidir. Kesin raporlar ise tüm tıbbi incelemeler tamamlandığında düzenlenir ve kişinin yaralanmasının tehlikeli olup olmadığını belirten bilgileri içermektedir. Standartlaşmayı sağlamak için önceden hazırlanmış rehberlerden yararlanılması önemlidir. Ek raporlar, kesin rapor verilerek değerlendirilmiş bir vakanın tekrar ele alınması gerektiğinde düzenlenebilir. Bu, raporda belirtilmeyen bir durumun ortaya çıkması, raporu talep eden makamın yetersiz bulması veya yeni bilgi ve belge temin edildiğinde gerçekleşir. Sağlık kuruluşlarındaki hekimler, TCK 280. madde gereği adli vakaları ilgili birimlere bildirmek ve Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği standart rapor formlarını kullanmak zorundadır. Bu formlar,

hata ve eksiklikleri azaltmak ve standardizasyon sağlamak amacı taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın genelgesinde farklı rapor örnekleri de bulunmaktadır (119).

Adli rapor hazırlarken ilk adım, başka birinin muayenesini engellemektir. Bu yüzden, olguların kimlik belgeleri doğrulanmalıdır. Sağlık kurumlarındaki hekimler, adli tıbbi kavramlara yeterince hâkim olmayabilir, bu da raporların eksik veya yanlış düzenlenmesine yol açmaktadır. Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı uzmanlıklar arasında rapor farklılıkları yaşanabilmektedir. Bu durum, zaman kaybına ve dava süreçlerinin uzamasına neden olabilir. Hekimlerin bu sorunlar hakkında bilgi sahibi olması önemlidir (120, 121). Sağlık Bakanlığı'nın 22.09.2005 tarihli genelgesinde adli tabiplik hizmetleriyle ilgili bazı önemli kurallar belirtilmiştir. Adli raporlar, muayeneyi yapan doktorun tespit ettiği bulgulara ve tetkik sonuçlarına dayalı olmalı, tarafsız bir şekilde hazırlanmalıdır. Raporlar, resmi talep yazısının altına yazılmamalı ve ayrı bir belge olarak düzenlenmelidir. Raporlar, el yazısı ile ya da bilgisayar çıktısı olarak yazılabilir; okunaklı olmalı ve tıbbi terimler tam olarak kullanılmalıdır. Raporlar, olayın öyküsü, özgeçmiş, fizik muayene bulguları, muayene tarihi ve saatini, varsa konsültasyon değerlendirmelerini içermelidir (122). Raporlarda, tespit edilen bulgular, travma lezyonları ve tetkik sonuçlarına da yer verilmelidir. Eğer muayene edilen kişi alkollü ise, bu durum kayıt altına alınmalı ve gerekli testler yapılmalıdır. Raporun ilk sayfasında sağlık kuruluşunun adı, her sayfasında muayene edilen kişinin adı ve raporu düzenleyen doktorun imzası olmalıdır. Adli kanıt niteliğindeki tetkik sonuçları ve grafikler, muayene edilen kişiye verilmemelidir ve arşivde saklanmalıdır. Muayene edilen kişi başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilmişse, geçici rapor incelenmelidir ama yeni bir rapor oluşturulmalıdır. Tespit edilen bulgulara göre kesin rapor düzenlenmeli, yetersizse geçici bir rapor yazılmalıdır. Düzenlenen raporlar, adli rapor kayıt defterine kaydedilmelidir (123).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Etik Onay

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından düzenlenen 02.05.2025 tarihli ve 343 sayılı raporunda "Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.05.2024 tarih ve 4 sayılı oturumun 7 nolu kararında, hazırlamış olduğumuz *"Covid-19 Pandemi Sürecinin Aile İçi Şiddet Vakalarına Etkisi: Adli Tıbbi Değerlendirme Yapılan Olgular Üzerinden Retrospektif Bir Analiz"* isimli bilimsel tez çalışması başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi" şeklinde kayıtlıdır.

3.2. Olguların Seçimi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında *01 Ocak 2019-31 Aralık 2023 tarihleri arasında düzenlenen adli arşiv kayıtlarına ulaşıldı* (n=13107). Arşiv dosyaları incelenerek tıbbi belgelerinde aile içi şiddet olguları cinsiyet ayrımı yapılmadan belirlendi ve olgular çalışmamız kapsamında incelendi (n=535). Çalışmaya 1-90 yaş aralığında olan olgular dahil edilmiştir. Çalışmamız kapsamında olgular pandemi dönemi öncesi, pandemi dönemi ve pandemi sonrası dönemi olarak gruplandırılmıştır. Pandemi dönemi TC. Sağlık Bakanlığı resmi verilerine göre; covid 19 ilk vakanın açıklandığı tarih (11 Mart 2020) ve son vakanın açıklandığı tarih (27 Kasım 2022) olarak kabul edilmiştir. Pandemi öncesi dönemi olarak (Ocak 2019-10 Mart 2020), pandemi dönemi olarak (11 Mart2020-27 Kasım 2022) ve Pandemi sonrası dönemi olarak (28 Kasım 2022-31 Aralık 2023) kabul edilmiş ve bu dönemdeki olgular çalışmaya dahil edilmiştir (148). Pandemi öncesi dönemde 47 olgu, pandemi döneminde 318 olgu ve pandemi sonrası dönemde 170 olgu olmak üzere toplamda 535 olgu çalışma kapsamında incelenmiştir.

3.3. Araştırma Kapsamı

Bu tez çalışması arşiv belgelerini retrospektif yöntemle analiz ederek hazırlandı. Çalışma kapsamında olguların arşiv kayıtlarından demografik veriler (yaş ve cinsiyeti), rapor talep eden kurum, yaralanmaya yol açan etiyolojik faktörlere ilişkin veriler, travmaya ilişkin veriler (olay türü, olay yeri, olay tarihi, rapor tanzimi için gönderen makam, yaralanmanın kimin tarafından yapıldığı, eşlik eden yaralanmalar, tedavi, iyileşme süreci), travma sonrası saptanan sekeller ve ceza kanunu kapsamında ve tazminat hukuku kapsamında rapor sonuçları araştırıldı.

3.4. İstatistiksel Analiz

Olgulara ait verilerin kaydı için Microsoft Office Software Excel programı kullanılmıştır. Veriler Atatürk Üniversitesinin lisanslı programı olan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 programı yardımıyla analiz edildi. Niceliksel verilerin gösteriminde ortalama, standart sapma (SS) niteliksel veriler gösteriminde ise olgu sayısı (n) ve yüzdelik dilim (%) kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik veriler için frekans (yüzde) şeklinde, nicel veriler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunuldu. Pandemi dönemleri ve demografik özellikler arasındaki farklılıklar non-parametrik test tekniklerinden yararlanılarak gerçekleştirilmiş, ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U, çoklu grup karşılaştırmalarında da Kruskal Wallis H analizinden yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Olguların Demografik Özellikleri

Çalışmada ilk olarak adli tıbbi olgulara ilişkin özelliklerin dağılımları incelenmiştir.

Tablo 1. Adli tıbbi olguların demografik özelliklere göre dağılımı

Özellik	**Ort.±s.s.**	**Medyan**	**Min.-Max.**
Doğum Yılı	1988,5±12,8	1990	1940-2021
Yaş	36,5±12,8	35	4-85
Olay Tarihi	2021,3±0,9	2021	2019-2022
ISS Travma Skoru	2,8±4,5	2	1-54
Özellik	**Frekans (N)**		**Yüzde (%)**
Cinsiyet			
Kadın	391		73,1
Erkek	144		26,9
Gönderilen Makam			
Polis Merkezi	450		84,1
JKK	37		6,9
Asliye Ceza	10		1,9
CBS	36		6,7
Ağır Ceza Mahkemesi	2		0,4
Travma Türü			
Künt	474		88,6
Penetran	57		10,7
Künt ve Penetran	3		0,5
Künt ve Termal	1		0,2
Alet Durumu			
Aletli	101		18,9
Aletsiz	434		81,1
Muayene			
Var	174		32,5
Yok	361		67,5
Konsültasyon			
Yok	497		92,8
Radyoloji	19		3,6
Psikiyatri	10		1,9
Çocuk Psikiyatri	4		0,7
Diş Hekimliği	2		0,4
Kadın Doğum	1		0,2
KBB	1		0,2
Göz Hastalıkları	1		0,2
İstenen			

TCK 86-87. Maddelerine göre yaralanma ağırlığı	501	93,6
TCK 32. Maddesine göre ceza sorumluluğu	15	2,8
TCK 102 ve 103. Maddelerine göre iç beden muayenesi	3	0,6
TCK 86. Maddesine göre ruh ve beden bakımından savunabilme	13	2,4
TCK 31. Maddesine göre ceza sorumluluğu	3	0,6
Toplam	535	100

(Betimsel İstatistik; Aletli: Taş, sopa, keser, çekiç, bıçak, tabanca, cam, sıcak su vb.; Aletsiz: Yumruk, tekme, boğazını sıkma, ısırık vb.)

Tablo 1'de yer alan verilere göre, olguların yaş ortalaması 36,5'tir; yaş dağılımı 4 ile 85 yaş arasında değişmektedir. Olay tarihleri 2021 yılına yoğunlaşmakta, en erken 2019 ve en geç 2023 yılına ait kayıtlar yer almaktadır.

Cinsiyet dağılımında olguların %73,1'ini kadın oluşturduğu görülmektedir. Olguların gönderildiği makamlar incelendiğinde en sık polis merkezleri üzerinden yönlendirme yapıldığı (%84,1), bunu daha düşük oranlarda jandarma karakol komutanlığı (%6,9), cumhuriyet başsavcılığı (%6,7) ve diğer adli mercilerin izlediği anlaşılmaktadır. Adli tıbbi taleplerin büyük çoğunluğu (%93,6) Türk Ceza Kanunu'nun 86-87. maddeleri kapsamında yaralanmanın ağırlığının belirlenmesine ilişkindir. Daha düşük oranlarda ise TCK'nın 32. maddesine göre ceza sorumluluğu (%2,8), TCK 86. maddesi kapsamında ruh ve beden bakımından savunabilme yetisi (%2,4), TCK 102-103. maddelerine göre iç beden muayenesi (%0,6) ve TCK 31. maddesine göre ceza sorumluluğu (%0,6) değerlendirilmesi talep edilmiştir.

Adli tıbbi muayene ve konsültasyon verileri incelendiğinde; olguların %32,5'inde muayene yapılmış, %67,5'inde ise yapılmadan değerlendirme yapılmıştır. Konsültasyon olguların %92,8'inde (n=497) yapılmamıştır. En sık başvurulan konsültasyon birimleri arasında radyoloji (%3,6) ve psikiyatri (%1,9) öne çıkmakta, çocuk psikiyatri, diş hekimliği, kadın doğum, KBB ve göz hastalıkları gibi diğer branşlara yalnızca çok sınırlı sayıda yönlendirme yapılmıştır. Olgular travma türü açısından değerlendirildiğinde künt travmaların (%88,6) baskın olduğu, penetran

yaralanmaların ise %10,7 oranında görüldüğü saptanmıştır. Alet kullanımına göre dağılımda ise olguların %81,1'inde herhangi bir alet kullanılmadığı, %18,9'unda ise aletli yaralanma bulunduğu tespit edilmiştir. ISS travma skorlarının ortalaması 2,83 olup, olguların travma skorlarının 1-54 arasında değiştiği belirlenmiştir.

4.2. Şiddet Olgularının Demografik Özelliklere ve Dönemlere Göre Dağılımları

Adli tıbbi olguların olay türüne göre cinsiyet dağılımı Tablo 2'de paylaşılmıştır.

Tablo 2. Adli tıbbi olguların olay türüne göre cinsiyet bazlı dağılımı

Cinsiyet	Olay Türü	Frekans (N)	Yüzde (%)
Kadın	Darp/Fiziksel Şiddet	341	87,2
	Ezici/Ağır Alet	20	5,1
	Delici Kesici Alet	23	5,9
	Cinsel Suç	4	1,0
	Ateşli Silah	3	0,8
Erkek	Darp/Fiziksel Şiddet	101	70,1
	Ezici/Ağır Alet	17	11,8
	Delici Kesici Alet	22	15,3
	Ateşli Silah	3	2,1
	Termal/Kimyasal Alet	1	0,7

(Betimsel İstatistik; Ezici/Ağır Alet: Keser, taş, sopa, çekiç vb, Delici Kesici Alet: Bıçak, çakı, cam vb. Ateşli Silah: Tabanca, av tüfeği vb. Termal/Kimyasal Alet: Sıcak su, izmarit, koroziv madde vb.)

Tablo 2'ye göre, kadınlarda en sık görülen olay türü darp/fiziksel şiddet olup, 341 olgu ile toplamın %87,2'sini oluşturmaktadır. Bunu delici kesici alet yaralanmaları 23 olgu (%5,9), ezici/ağır alet yaralanmaları 20 olgu (%5,1), cinsel suçlar 4 olgu (%1) ve ateşli silah yaralanmaları 3 olgu (%0,8) izlemektedir. Erkeklerde ise en sık görülen olay türü yine darp/fiziksel şiddet olup, 101 olgu ile %70,1 oranındadır. Erkeklerde ayrıca delici kesici alet yaralanmaları 22 olgu (%15,3), ezici/ağır alet yaralanmaları 17 olgu (%11,8), ateşli silah yaralanmaları 3 olgu (%2,1) ve termal/kimyasal alet yaralanmaları 1 olgu (%0,7) oranında tespit edilmiştir.

Adli tıbbi olguların olay türüne göre yaş grupları arasındaki dağılımı Tablo 3'te paylaşılmıştır.

Tablo 3. Adli tıbbi olguların olay türüne göre yaş grubu bazlı dağılımı

Yaş	Olay Türü	Frekans (N)	Yüzde (%)
≤18	Darp/Fiziksel Şiddet	23	85,2
	Ezici/Ağır Alet	2	7,4
	Delici Kesici Alet	1	3,7
	Cinsel Suç	1	3,7
19 – 35 arası	Darp/Fiziksel Şiddet	208	84,9
	Ezici/Ağır Alet	15	6,1
	Delici Kesici Alet	18	7,4
	Cinsel Suç	2	0,8
	Ateşli Silah	1	0,4
	Termal/Kimyasal Alet	1	0,4
>35	Darp/Fiziksel Şiddet	210	80,4
	Ezici/Ağır Alet	20	7,7
	Delici Kesici Alet	26	10,0
	Ateşli Silah	5	1,9

(Betimsel İstatistik)

Tablo 3'e göre 18 yaş ve altı grupta en sık görülen olay türü darp/fiziksel şiddet olup 23 olgu ile %85,2 oranındadır. Bu grupta ayrıca ezici/ağır alet yaralanmaları 2 olgu (%7,4), delici kesici alet yaralanmaları 1 olgu (%3,7) ve cinsel suçlar 1 olgu (%3,7) olarak tespit edilmiştir. 18–35 yaş grubunda en yüksek oranı darp/fiziksel şiddet oluşturmaktadır; 208 olgu ile %84,9'dur. Bunu delici kesici alet yaralanmaları 18 olgu (%7,4), ezici/ağır alet yaralanmaları 15 olgu (%6,1), cinsel suçlar 2 olgu (%0,8), ateşli silah yaralanmaları 1 olgu (%0,4) ve termal/kimyasal alet yaralanmaları 1 olgu (%0,4) izlemektedir. 35 yaş üstü grupta ise darp/fiziksel şiddet 210 olgu ile %80,4 oranında en sık olay türü olarak kaydedilmiştir. Bunun yanında delici kesici alet yaralanmaları 26 olgu (%10,0), ezici/ağır alet yaralanmaları 20 olgu (%7,7) ve ateşli silah yaralanmaları 5 olgu (%1,9) şeklinde dağılım göstermektedir.

Adli tıbbi olgularda muayene durumunun pandemi dönemlerine göre dağılımı Tablo 4'te paylaşılmıştır.

Tablo 4. Adli tıbbi olguların muayene durumunun dönemlere göre dağılımı

Dönem	Muayene	Frekans (N)	Yüzde (%)
Pandemi Öncesi	Var	44	93,6

	Yok	3	6,4
Pandemi Sırası	Var	102	32,1
	Yok	216	67,9
Pandemi Sonrası	Var	28	16,5
	Yok	142	83,5

(Betimsel İstatistik)

Tablo 4'e göre pandemi öncesi dönemde muayene yapılan olgular 44 olgu ile %93,6 oranında iken, muayene yapılmayan olgular 3 olgu ile %6,4 oranındadır. Pandemi sırasında muayene yapılan olgular 102 olgu (%32,1) olup, muayene yapılmayanlar 216 olgu ile %67,9'dur. Pandemi sonrasında ise muayene yapılan olgular 28 olgu (%16,5) oranında kalırken, muayene yapılmayan olgular 142 olgu ile %83,5 oranında bulunmuştur.

Adli tıbbi olguların ISS skorunun pandemi dönemlerine göre dağılımı Tablo 5'te paylaşılmıştır.

Tablo 5. Adli Tıbbi Olgularda ISS Skorunun Dönemlere Göre Dağılımı

Dönem	**Ort.±s.s.**	**Medyan**	**Min.-Max.**
Pandemi Öncesi	2,5±3,7	1	1-25
Pandemi Sırası	2,7±3,7	2	1-26
Pandemi Sonrası	3,2±5,8	2	1-54

(Betimsel İstatistik)

Tablo 5'teki verilere göre, pandemi öncesi dönemde ISS skorunun ortalaması 2,46±3,68 olup, medyan değeri 1'dir ve skorlar 1 ile 25 arasında değişmektedir. Pandemi sırasında ortalama ISS skoru 2,7±3,7 olarak hesaplanmış, medyan 2 bulunmuş ve değerler 1 ile 26 arasında seyretmiştir. Pandemi sonrasında ise ortalama ISS skoru 3,1±5,8'e yükselmiş, medyan değeri 2 olarak saptanmış ve en düşük 1, en yüksek 54 değerleri arasında değişim göstermiştir.

Adli tıbbi olguların fail sınıflamasına göre dağılımları da Tablo 7'de paylaşılmıştır.

Tablo 6. Adli tıbbi olguların fail sınıflamasına göre dağılımı

Sınıf	**Kimin Yaptığı**	**Frekans (N)**	**Yüzde (%)**
Eş/Partner	Eşi	386	99,2
	Nişanlısı	2	0,5
	Sevgilisi	1	0,3

Aile Üyesi	Babası	46	31,6
	Annesi	13	8,9
	Kardeşi	44	30,1
	Çocuk	13	8,9
	Diğer Akraba	30	20,5

(Betimsel İstatistik)

Tablo 6'da yer alan verilere göre, eş/partner kategorisinde en yüksek oranı eşin gerçekleştirdiği olgular oluşturmaktadır (%99,2). Düşük oranlarda nişanlı (%0,5) ve sevgili (%0,3) tarafından gerçekleştirilen olaylar yer almaktadır. Aile üyesi sınıfında ise en sık failin baba (%31,6) ve kardeş (%30,1) olduğu görülmektedir. Bunu anne (%8,9), çocuk (%8,9) ve diğer akraba (%20,5) izlemektedir.

4.3. Pandemi Dönemlerine Açısından Şiddet Faktörlerindeki Farklılıklar

Çalışmada pandemi öncesinde, sırasında ve sonrasında şiddet faktörlerine göre farklılıklar incelenmiş ve Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 7. Pandemi öncesi, sırası ve sonrasında şiddet faktörlerine göre farklılıklar

Kategorik Değişkenler		**Pandemi öncesi (N)**	**Pandemi sırası (N)**	**Pandemi sonrası (N)**	**Ki-Kare**	**p**
Fail	Eş/partner	21	238	130	20,511	**0,000***
	Aile üyesi	26	80	40		
Olay yeri	Ev/ konut içi	35	307	164	39,533	**0,000***
	Sokak/ açık alan	10	8	2		
	İş yeri/ ticari alan	1	0	0		
	Kamuya açık kapalı alan	1	0	0		
	Kırsal alan	0	3	4		
Gönderen makam	Polis Merkezi	23	269	158	49,013	**0,000***
	JKK	14	15	8		
	Asliye Ceza Mahkemesi	5	5	0		
	CBS	5	28	3		
	Ağır Ceza Mahkemesi	0	1	1		

Cinsiyet	Kadın	29	244	118	6,397	**0,041***
	Erkek	18	74	52		
Yaş	≤18	1	23	4	0,624	0,732
	19 – 35	22	141	83		
	>35	24	154	83		
Yaş	≤18	1	23	4	6,309	**0,043***
	>18	46	295	166		
Olayın olduğu il	Erzurum	45	315	169	4,692	0,096
	Kars	1	1	0		
	Muş	0	1	1		
	Artvin	0	1	0		
	Mardin	1	0	0		
Olay türü	Darp/fiziksel şiddet	35	269	138	2,984	0,225
	Ezici/ağır alet	7	21	9		
	Delici kesici alet	4	21	20		
	Cinsel suç	0	4	0		
	Ateşli silah	1	2	3		
	Termal/kimyasal alet	0	1	0		
Alet durumu	Aletli	12	57	32	1,545	0,462
	Aletsiz	35	261	138		
Lezyon türü	Yumuşak doku travması	39	288	139	8,069	**0,018***
	Kemik ve eklem travması	7	20	23		
	Büyük damar ve sinir travmaları	1	0	2		
	Organ ve sistem travmaları	0	10	3		
	Çoklu ve ezici travma	0	0	3		
Travma türü	Künt	43	287	144	3,829	0,147
	Penetran	4	29	24		
	Künt ve penetran	0	1	2		
	Künt ve termal	0	1	0		
Muayene	Var	44	102	28	99,740	**0,000***
	Yok	3	216	142		
Konsültasyon	Yok	41	293	163	4,778	0,092
	Radyoloji	4	10	5		
	Psikiyatri	2	8	1		
	Çocuk psikiyatri	0	3	0		
	Diş hekimliği	0	1	1		
	Kadın doğum	0	1	0		
	KBB	0	1	0		
	Göz hastalıkları	0	1	0		
İstenen	TCK 86-87. Maddelerine göre yaralanma ağırlığı	43	291	167	8,608	**0,014***

	TCK 32. Maddesine göre ceza sorumluluğu	3	12	0		
	TCK 102 ve 103. maddelerine göre iç beden muayenesi	0	3	0		
	TCK 86. Maddesine göre ruh ve beden bakımından savunabilme	1	9	3		
	TCK 31. Maddesine göre ceza sorumluluğu	0	3	0		
Sonuç	BTM	35	260	132	1,248	0,536
	BTM değil	12	57	38		
	Yaşam tehlikesi	0	1	0		
Sürekli Değişkenler		**Pandemi öncesi (Ort. ±s.s)**	**Pandemi sırası (Ort. ±s.s)**	**Pandemi sonrası (Ort. ±s.s)**	**Ki-Kare**	**p**
ISS Skoru		2,46 ±3,68	2,70 ±3,72	3,18 ±5,81	1,166	0,558

*(Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05)*

Tablo 7'ye göre, fail değişkeninde pandemi öncesinde 21 olguda eş/partner, 26 olguda aile üyesi fail iken; pandemi sırasında 238 olguda eş/partner, 80 olguda aile üyesi ve pandemi sonrasında 130 olguda eş/partner, 40 olguda aile üyesi fail olarak yer almıştır (Ki-Kare=20,511; p=0,000). Olay yeri açısından en yüksek oran ev/konut içi olgularda gözlenmiştir; pandemi öncesi 35, pandemi sırasında 307, pandemi sonrasında ise 164 olgu bu gruptadır (Ki-Kare=39,533; p=0,000).

Gönderilen makam değişkeninde polis merkezleri ön plandadır; pandemi öncesi 23, pandemi sırasında 269, pandemi sonrasında 158 olgu polis merkezleri aracılığıyla yönlendirilmiştir (Ki-Kare=49,013; p=0,000). Cinsiyet dağılımında kadın olgular pandemi öncesi 29, pandemi sırasında 244, pandemi sonrasında 118 olarak kaydedilmiş, erkek olgular ise sırasıyla 18, 74 ve 52'dir (Ki-Kare=6,397; p=0,041). Yaş grupları açısından anlamlı bir fark saptanmamış olup, ≤18 yaş grubu pandemi öncesi 1, pandemi sırasında 23, pandemi sonrasında 4; >18–≤35 yaş grubu pandemi öncesi 22, pandemi sırasında 141, pandemi sonrasında 83; >35 yaş grubu ise pandemi

öncesi 24, pandemi sırasında 154, pandemi sonrasında 83 olgu olarak yer almıştır (p=0,732). Ayrıca ikinci sınıflamaya göre de ≤18 yaş grubu pandemi öncesinde, pandemi sırasında 23, pandemi sonrasında 4; >18 grubu pandemi öncesi 46, pandemi sırasında 295, pandemi sonrasında 166 olgu mevcuttur (p=0,043).

Olay türü değişkeninde darp/fiziksel şiddet ön planda olmakla birlikte (pandemi öncesi 35, pandemi sırasında 269, pandemi sonrasında 138), gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,225). Alet durumu açısından da istatistiksel fark bulunmamış olup, pandemi öncesi 12, pandemi sırasında 57, pandemi sonrasında 32 olgu aletli yaralanma şeklindedir (p=0,462).

Lezyon türü dağılımında yumuşak doku travmaları en sık olup, pandemi öncesi 39, pandemi sırasında 288, pandemi sonrasında 139 olgu olarak kaydedilmiştir. Bu değişkende anlamlı fark saptanmıştır (Ki-Kare=8,069; p=0,018). Travma türü açısından künt travmalar ön planda olmakla birlikte (pandemi öncesi 43, pandemi sırasında 287, pandemi sonrasında 144), fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,147). Muayene durumu ise pandemi dönemlerine göre belirgin farklılık göstermekte olup, pandemi öncesi 44, pandemi sırasında 102, pandemi sonrasında 28 olgu muayene edilmiştir (Ki-Kare=99,740; p=0,000).

Konsültasyon dağılımında çoğunlukla konsültasyon yapılmadığı görülmekte, dönemler arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,092). İstenen değerlendirmeler arasında en sık talep edilen TCK 86–87. maddelerine göre yaralanma ağırlığının belirlenmesi olup, pandemi öncesi 43, pandemi sırasında 291, pandemi sonrasında 167 olgu için bu istem yapılmıştır. Bu değişkende anlamlı fark saptanmıştır (Ki-Kare=8,608; p=0,014). İstenen sonuç dağılımında üç dönemde de olguların en fazla BTM kategorisinde olduğu BTM, BTM olmayan ve yaşam tehlikesi olan vakalar arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p=0,536).

Son olarak ISS skorları pandemi öncesi 2,46±3,68, pandemi sırasında 2,70±3,72 ve pandemi sonrasında 3,18±5,81 olarak bulunmuş olup, dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Ki-Kare=1,166; p=0,558, *p<0,05).

5. TARTIŞMA

Elde edilen bulgulara göre toplamda 535 kişide kadın olguların %73,1'ini, erkek olguların da %26,9'unu oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca, eş/partner kategorisinde en yüksek oranı eşin gerçekleştirdiği olgular oluşturmaktadır (%99,2). Daha düşük oranlarda nişanlı (%0,5) ve sevgili (%0,3) tarafından gerçekleştirilen olaylar yer almaktadır. Aile üyesi sınıfında ise en sık failin baba (%31,5) ve kardeş (%30,1) olduğu görülmektedir. Bunu anne (%8,9), çocuk (%8,9) ve diğer akraba (%20,5) izlemektedir. Çalışmamızda olguların büyük çoğunluğunun eş/partner kaynaklı olması ve faillerin ağırlıklı olarak erkek olması bulgusu, uluslararası ve ulusal çalışmalarla tutarlı bir tablo çizmektedir. DSÖ'nün ve çok merkezli çalışmaların ortaya koyduğu üzere fiziksel ve/veya cinsel şiddetin önemli bir kısmı mağdur tarafından tanınan, yakın ilişkide bulunan kişiler tarafından uygulanmakta; özellikle kadınlara yönelik partner kaynaklı şiddet küresel düzeyde yaygın bir sorun olarak raporlanmaktadır. Bu kapsamda, partnerlerin ana fail grubu olması, çalışmamızın Erzurum örnekleminin genel küresel eğilimle paralel olduğunu göstermektedir (124). Türkiye'ye özgü alan çalışmaları da eş/partner kaynaklı şiddetin baskınlığını desteklemektedir; ulusal araştırmalar ve bölgesel çalışmalarda eş/partner tarafından uygulanan fiziksel şiddet oranları yüksek bulunmuş, mağdurların büyük bir kısmının saldırganı olarak eşleri veya birlikte yaşadıkları erkekler belirtilmiştir. Bu durum, çalışmamızın merkezi Erzurum örnekleminde görülen %72,5 payın ülke içindeki önceki bulgularla uyumlu olduğunu göstermektedir ve yerel sosyo-kültürel dinamiklerin etkisini değerlendirmede tutarlı bir referans sağlamaktadır (125).

Faillerin büyük çoğunluğunun yetişkinlerden oluşması ve yakın ilişki içindeki faillerin yüksek oranı, aile içi şiddetin sıklıkla güç, kontrol ve aile-içi dinamiklerle ilişkili olabileceğini işaret etmektedir ve bu, literatürde vurgulanan toplumsal cinsiyet rolleri, ekonomik/psikososyal stres faktörleri ve ev içi güç asimetrilerinin şiddeti kışkırttığı yönündeki teorik çerçevelerle örtüşmektedir. Öte yandan literatürde kadın fail oranlarının bazı toplum örneklerinde görece yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur; ancak bu çalışmalarda kadın kaynaklı şiddetin genellikle

savunmacı/dönüşümsel karşılık biçimlerinde ortaya çıktığı, şiddetin şiddet derecesi, tekrarlanma paterni ve bağlamının erkek kaynaklı partner şiddetinden farklılık gösterebileceği belirtilmektedir. Bu bağlam, bizim verimizde erkek faillerin baskınlığının yalnızca kantitatif değil, aynı zamanda niteliksel olarak da (şiddetin gücü, sürekliliği, kontrol amaçlı oluşu vb.) önem taşıdığını düşündürmektedir (126).

Olgular, Palandöken ve Yakutiye'de yüksektir ve yine olguların en fazla ev/konut içi ortamında gerçekleştiği belirlenmiştir. İl bazlı dağılım, aile içi şiddetin yerel sosyo-kültürel, demografik ve ekonomik faktörlerden etkilendiğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde, şehir merkezlerinde ve daha yoğun nüfuslu ilçelerde aile içi şiddet olaylarının kırsal alanlara göre daha yüksek oranda raporlandığı bildirilmektedir (127, 128). Bu durum, merkezi ilçelerdeki sağlık ve adli hizmet birimlerine erişim kolaylığı ile raporlamanın artması ile açıklanabilir. Olayların %91,4'ünün ev ortamında gerçekleşmesi ise uluslararası ve ulusal çalışmalarda sıkça vurgulanan bir bulgu ile uyumludur. DSÖ'nün raporlarına göre, aile içi şiddetin büyük kısmı mağdurun en güvende olması gereken alan olan evde meydana gelmektedir (124). Benzer şekilde Türkiye'de yapılan çalışmalar, evin aile içi şiddet olaylarının ana mekânı olduğunu ve şiddetin gizli kalma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır (129, 130). Bu bulgular, müdahale ve önleyici programların özellikle ev ortamına odaklanması gerektiğini ve yerel nüfusun sosyo-kültürel özelliklerinin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Yumruk, fiziksel saldırılarda en yaygın yöntemdir. Ardından tokat gelmekte olup, bıçak ve silah gibi hayati tehdit içeren yöntemler ise %8,5 oranındadır. Literatürde de benzer şekilde, aile içi şiddet olgularında en sık rastlanan saldırı yönteminin yumruk ve tekme gibi doğrudan fiziksel güç kullanımı olduğu bildirilmektedir (130, 131). Bunun yanı sıra, boğaz sıkma veya strangülasyon gibi hayati tehdit oluşturabilecek davranışların, daha düşük sıklıkta görülmesine rağmen ciddi ve ölümcül sonuçlara yol açtığı vurgulanmaktadır (132, 133). Darp olguları %26,4 ile en yüksek lezyon oranına sahiptir. Diğer bölgeler arasında kafa, boyun ve yanak yaralanmaları da bulunmaktadır. Bu dağılım, saldırganın şiddeti yönlendirme biçimi ve mağdurun savunma kapasitesi ile ilişkilidir. Uluslararası çalışmalar, kafa ve yüz bölgesine yönelik yaralanmaların özellikle yakın ilişkilerdeki şiddet olaylarında

yaygın olduğunu ve şiddetin tekrarlama riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (124, 134).

Sonuçlara göre olgular basit tıbbi müdahale olup, TCK kapsamındaki olguları içermektedir. Literatürde benzer şekilde, Ekinci ve arkadaşları (135) Türkiye'de yapılan adli tıp incelemelerinde BTM kapsamında değerlendirilen olguların baskın olduğunu, ancak bazı olguların ciddi yaralanma ve tekrarlama riski taşıdığını bildirmiştir. Bu bulgular, çalışmamızdaki yüksek BTM oranını desteklemektedir. Yaşamsal tehlikenin yalnızca 1 olguda (%0,2) tespit edilmesi, çoğu şiddet olayının ölüm riski taşımadığını, ancak tekrar eden ve uzun süreli etkiler açısından risk teşkil ettiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, uluslararası literatürde bildirilen, çoğu aile içi şiddet olgusunun ölümcül olmasa da tekrarlayıcı ve travmatik nitelikte olduğu yönündeki çalışmaları desteklemektedir (134, 136).

Olgularda ISS travma skoru 2,83±4,49 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, pandemi öncesi dönemde ISS ortalaması 2,46±3,68; pandemi sırasında 2,70±3,72; pandemi sonrasında da 3,18±5,81 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, Williams ve arkadaşlarının adli tıp incelemeleri ile uyumlu olup, aile içi şiddet olgularının çoğunlukla minör yaralanmalarla seyrettiğini desteklemektedir (137). Pandemi öncesi, pandemi sırası ve pandemi sonrası dönemlerde ISS ortalamalarının sırasıyla giderek artması, pandeminin travmanın şiddeti üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu, ancak pandemi sonrası dönemde bazı olgularda şiddet ve yaralanmanın daha karmaşık veya çok bölgeli olabileceğini düşündürmektedir. Uluslararası literatürde de COVID-19 pandemi döneminde ev içi izolasyonun, fiziksel şiddet olgularının sıklığını artırsa da çoğu olgunun minör travma ile sınırlı kaldığı bildirilmiştir (138, 139). Bu durum, pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve mağdurların yardım arama davranışlarıyla da ilişkili olabileceğini göstermektedir.

En yüksek şiddet, her iki cinsiyette de darp/fiziksel şiddettir. 18 yaş altındaki olguların %85,2'si darp şeklindedir. 19-35 yaş grubunda darp oranı %84,9'a çıkmaktadır. 35 yaş üstü grupta darp oranı %80,5'tir. Her iki cinsiyette de en yaygın şiddet türünün darp olması, fiziksel şiddetin aile içi şiddet içerisindeki baskın rolünü göstermektedir. Özellikle 19–35 yaş grubunda darp oranının %84,9'a ulaşması, genç yetişkinlerde aile içi çatışmaların yoğunluğunu ve güç dinamiklerinin etkisini

yansıtmakta; 18 yaş altı olgularda darp oranının %85,2 olması ise çocuk ve ergen mağdurların da fiziksel şiddet riski altında olduğunu ortaya koymaktadır. 35 yaş üstü grubun darp oranı %80,5 ile hâlâ yüksek seviyededir; bu, şiddetin yaş gruplarına göre dağılımında belirgin bir azalma olmadığını göstermektedir. Uluslararası ve ulusal literatür, genç yetişkinler ve çocukların ev içi şiddete karşı özellikle savunmasız olduğunu, erkek failin baskın olduğu fiziksel şiddet olaylarının tekrarlama olasılığının yüksek olduğunu desteklemektedir (130, 140, 141).

Pandemi öncesi dönemde muayene oranı %93,6; pandemi sırasında %32,1 ve pandemi sonrasında %16,5 olarak saptanmıştır. Muayene oranının %93,6'dan %32,1'e düşmesi, COVID-19 pandemisi sırasında mağdurların hastanelere veya adli birimlere başvurma oranının dramatik şekilde azaldığını göstermektedir. Bu düşüş, karantina uygulamaları, sosyal izolasyon, ulaşım kısıtlamaları ve mağdurların bulaş riski nedeniyle yardım arama davranışlarının azalmasıyla açıklanmaktadır. Ayrıca muayene oranındaki bu düşüş, gerçek aile içi şiddet olgularının pandemide daha az resmi olarak kayda geçtiğini de göstermektedir. Yani, fiziksel şiddet olayları azalmasa da sağlık ve adli kayıt sistemlerine yansıyan olgular azalmış olabilir. Benzer şekilde uluslararası çalışmalarda, COVID-19 döneminde sağlık hizmetlerine başvuruların azaldığı ve ev içi şiddet olgularının görünmez kaldığı rapor edilmiştir (134, 139).

Pandemi sırasında, fail değişkeninde eş/partner ve aile üyesi olarak yer alan olgular pandemi sırasında artış göstermiştir. Olay yeri olarak ev içindeki olguların sayısı da pandemide daha yüksek olmuştur. En fazla olgular, polis merkezleri aracılığıyla bildirilmiştir. Kadın olgular pandemi süresince önemli bir artış göstermiştir, erkek olgularda ise artış daha az olmuştur. Yaş gruplarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Pandemi döneminde Darp/fiziksel şiddet en yaygın olay türüdür ancak gruplar arasında fark yoktur. Lezyon türlerinde yumuşak doku travmaları sık görülmüştür. Muayene durumu pandemi dönemlerinde değişiklik göstermiştir. En sık istenen değerlendirme, yaralanmanın ağırlığının belirlenmesidir. ISS skorları ise dönemler arasında önemli bir fark göstermemektedir. Bu durum, pandemi süresince erkek mağdurların sağlık veya adli birimlere başvurma olasılığının düşük olduğunu, muhtemelen sosyal normlar, stigma veya hizmetlere erişim zorlukları nedeniyle erkeklerin yardım arayışının sınırlı kaldığını düşündürmektedir. Pandemi sonrası

dönemde kadın ve erkek olgular arasında şiddet türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemesi, şiddet dinamiklerinin cinsiyetler arasında benzer biçimde seyrettiğini ve şiddetin temel niteliğinin değişmediğini göstermektedir. Benzer şekilde, yaş grupları açısından da pandemi öncesi, sırası ve sonrasında şiddet türleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmaması, farklı yaş gruplarının risk altında olduğunu ve şiddet tiplerinin yaşa göre belirgin biçimde değişmediğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, literatürdeki çalışmalarla uyumlu olup, pandemi gibi kriz dönemlerinde aile içi şiddetin her yaş grubunu etkileyebileceğini ve yaş temelli müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (134, 138). Hossain ve arkadaşlarının (142) yaptığı bir çalışmada, düşük gelirli ülkelerde COVID-19'un kadınların şiddete uğrama riskini artırdığı belirtilmiştir. Benzer şekilde, Rocha ve arkadaşları (143) COVID-19'un kadınlar üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, pandemi sırasında kadınların şiddet mağduru olma oranlarının arttığını rapor etmişlerdir.

ISS skoru değişkenlerinde dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durum, aile içi şiddetin coğrafi dağılımının, kriz dönemlerinde dahi büyük ölçüde sabit kaldığını ve şiddet türlerinin farklı ilçelerde benzer şekilde seyrettiğini göstermektedir. Başka bir deyişle, pandemi gibi olağanüstü durumlar, şiddetin hangi ilçede gerçekleştiğini veya şiddet türlerinin coğrafi dağılımını değiştirmemiştir. Benzer şekilde, uluslararası literatürde de pandemi döneminde aile içi şiddetin mekânsal dağılımının belirgin biçimde değişmediği, ancak olgu sayılarının tüm bölgelerde arttığı rapor edilmiştir (144, 145).

Olay türü, şiddet faili, lezyon türü, muayene durumu ve istenen rapor türü değişkenlerinde dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Bu bulgu, pandemi sürecinin şiddet olgularının coğrafi dağılımını veya yaralanmaların ciddiyetini değiştirmediğini göstermektedir. Başka bir deyişle, aile içi şiddet olayları, kriz dönemlerinde dahi belirli bir mekânsal ve travma şiddeti paterni sergilemektedir. Uluslararası literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Örneğin, Shariati ve arkadaşlarının (146) yaptığı bir çalışmada, COVID-19 pandemisinin ilk yılında şiddet olgularında artış gözlenmişken, pandeminin ilerleyen dönemlerinde bu artışın anlamlı bir şekilde azaldığı belirtilmiştir. Bu durum, şiddet olgularının coğrafi dağılımının ve yaralanma şiddetinin pandemi sürecinde değişmediğini göstermektedir.

Ayrıca, Babatope ve arkadaşlarının (147) yaptığı bir çalışmada, COVID-19 pandemisinin aile içi şiddet üzerindeki etkileri incelenmiş ve şiddet olgularının coğrafi dağılımının pandemi sürecinde değişmediği bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erzurum Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte adli birimler tarafından gönderilen aile içi şiddet olgularının kapsamlı bir retrospektif analizinin gerçekleştirildiği bu çalışmada; şiddet olgularının demografik özellikleri, olay türleri, meydana geliş koşullarını ve adli raporlama süreçlerini detaylı olarak incelenmiştir. Çalışmada retrospektif inceleme Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 01 Ocak 2019- 31 Aralık 2023 tarihleri arasında düzenlenen aile içi şiddet olgularında incelenmiştir (n=535). İstatiksel analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre;

- Toplam 535 olgunun %72,7'si (n=389) eş ya da partner kaynaklı şiddet olarak kaydedilmiştir. Bu durum, aile içi şiddet olgularında en yüksek risk grubunun bireylerin en yakın ilişkide oldukları kişilerden, yani partnerlerinden geldiğini ortaya koymuştur.
- 535 olgunun %94,8'inde (n=507) şiddet faillerinin yetişkinlerden oluştuğu görülmektedir. Çocuk ve ergen faillerin oranı %5,2 (n=28) olup daha düşük düzeyde seyretmektedir.
- Olayların gerçekleştiği yerler arasında ev/konut içi ortamının %94,6 oranına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Yumruk (%35,5) en sık kullanılan fiziksel saldırı yöntemi olarak ilk sırada yer almaktadır.
- En yüksek oran, darp/fiziksel şiddet olgularına aittir ve toplam olguların ezici çoğunluğunu oluşturmaktadır (n=442). Ezici/Ağıt alet başlığı ise 37 olgu ile ikinci sırada yer almakta olup, darp olgularına kıyasla oldukça düşük bir orana sahiptir.
- Lezyon bölgelerine göre en yüksek oran %16,8 ile koldadır. Bunu %15,3 ile kafa bölgesi lezyonları izlemektedir. Boyun bölgesi lezyonları ise %9,7 ile üçüncü sırada yer almaktadır.
- Lezyon türüne göre yumuşak doku travması %87,1 oranı ile en yüksek orana sahip olmuştur.

- Adli olguların %79,8'u (n=427) Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilebilir (BTM) kategorisine aittir. Buna karşılık, BTM Değil olarak değerlendirilen ve daha ciddi sağlık sonuçları doğuran olgular %13,8 (n=74) oranında tespit edilmiştir.
- 535 olgunun %93,6'sı (n=501) TCK 86-87. Maddelerine göre yaralanma kapsamında değerlendirilmiştir.
- ISS travma skoru tüm dönemlerde ortalama olarak 2,83 olarak belirlenmiştir.
- Kadın olgular, 2019 yılında toplam kadın olguların %4,1'ini oluştururken, bu oran 2020'de %10,7'ye, 2021'de %36,3'e ve 2022'de %48,6'ya yükselmiştir. Erkek olgular ise 2019'da %10,4 oranında iken, 2020'de %11,8, 2021'de %24,3 ve 2022'de %53,5 olarak kaydedilmiştir. Her iki cinsiyet grubunda da en yüksek olgu oranının 2022 yılında gerçekleştiği görülmektedir.
- Kadın (%87,2) ve erkek (%70,1) olgularda en yüksek şiddetin darp/fiziksel şiddet olduğu belirlenmiştir.
- 18 yaş ve altı grupta en sık görülen olay türü darp/fiziksel şiddet olup 23 olgu ile %85,2 oranındadır. Bu grupta ayrıca ezici/ağır alet yaralanmaları 2 olgu (%7,4), delici kesici alet yaralanmaları 1 olgu (%3,7) ve cinsel suçlar 1 olgu (%3,7) olarak tespit edilmiştir.
- Pandemi öncesi, sırası ve sonrası dönem bakımından incelendiğinde, olguların yaş, olay türü (darp/fiziksel şiddet, ezici/ağır alet yaralaması, delici kesici alet yaralaması, cinsel suç, ateşli silah yaralaması, termal/kimyasal alet yaralaması), travmanın türü (künt-penetran olup olmadığı), travmada alet kullanma durumu, travmanın ISS skoruna göre ağırlığı bakımından, ayrıca adli tıbbi değerlendirmede konsültasyon isteme durumu bakımından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Ancak pandemi döneminde aşağıda sıralanan durumlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur;

  I) Eş-parter şiddetinin daha çok olduğu,

  II) Şiddettin erkek cinsiyet kaynaklı olduğu,

  III) Şiddetin ev içi ortamda daha çok meydana geldiği,

  IV) Şiddetin daha çok yumuşak doku travması şeklinde geliştiği,

V) Adli tıbbi değerlendirmelerin daha çok dosya üzerinden yapıldığı ve mevcutlu gönderilen olgu sayısının azaldığı,

VI) Adli tıbbi değerlendirmeye göre travmatik lezyonların BTM ile giderilebilir ölçüde hafif olduğu bulundu.

Elde edilen bu bulgular ışığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Savaş, pandemi, olağanüstü hal durumlarında alınan kapanma, kısıtlama kararları, aile içi ortamda erkek cinsiyet temelli, eş-partner kaynaklı, basit yaralanma şeklinde travmaların artmasına neden olan bir faktördür. Bu nedenle bu tarz tedbirler alındığında şiddetin ortaya çıkması ihtimali de düşünülerek şiddeti engelleyici birtakım tedbirlerinde alınması da gerekmektedir. Kapanma dönemlerinde şiddete yönelik risk artışı ve yardım yolları hakkında düzenli bilgilendirme, özellikle erkeklerin rolleri ve öfke kontrolü konularında önleyici içerikler geliştirilmelidir.

Pandemi sürecinde eğitim-öğretim faaliyetlerinin büyük ölçüde çevrim içi ortamlara taşınması, öğretmenlerin öğrencilerle etkileşim biçimini değiştirmiş ve risk altındaki çocukların tespitini güçleştirmiştir. Bu nedenle:

Millî Eğitim Bakanlığı tarafından öğretmenler ve rehberlik birimlerine yönelik aile içi şiddet ve çocuk istismarı konusunda, özellikle kriz dönemlerinde risk artışını tanımaya yönelik eğitim içerikleri geliştirilmelidir.

Pandemi benzeri süreçlerde öğrencilerle çevrim içi iletişim kuran eğitimcilerin, aile içi şiddet veya ihmal göstergelerini tanıyabilmesini sağlayacak ulusal ölçekte rehber dokümanlar hazırlanmalıdır.

Belediyeler ve yerel yönetimler aracılığıyla, pandemi döneminde olduğu gibi fiziksel hareketliliğin kısıtlandığı durumlarda mağdurların kolay erişebileceği "sessiz başvuru noktaları" (eczane, market vb.) yaygınlaştırılmalıdır.

Pandemi döneminde yoğunlaşan psikolojik stres ve ekonomik baskılar dikkate alınarak, ücretsiz psikososyal danışmanlık hatları ile mobil sosyal hizmet ekiplerinin kapasitesi artırılmalıdır.

Uzun süreli kapanma döneminde işsizlik/gelir kaybı durumları da şiddetin gelişmesinde dolaylı bir etki gösterebilir. Pandemi döneminde olduğu gibi ekonomik belirsizlik ve iş kayıplarının arttığı dönemlerde, sosyal yardım programlarının (kira desteği, gıda yardımı, geçici gelir desteği gibi) kapsamı genişletilmeli ve erişilebilirliği

artırılmalıdır. Ekonomik stresin şiddet davranışlarını tetikleyebildiği göz önünde bulundurularak bu destekler düzenli ve sürdürülebilir hale getirilmelidir.

Pandemi sürecinde evden çalışma ve iş yükü artışının özellikle kadınlar üzerinde yarattığı psikososyal baskı dikkate alınarak, işverenlerin kadın çalışanlar için güvenli çalışma koşullarını destekleyen politikalar geliştirmesi önem taşımaktadır.

6284 sayılı Kanun ve ilgili yönetmelikler kapsamında sağlık personelinin aile içi şiddeti tanıma, bildirim yükümlülüğü ve risk değerlendirmesi konularında düzenli hizmet içi eğitim almaları sağlanmalıdır. Pandemi gibi olağanüstü dönemlerde bu eğitimlerin çevrim içi modüllerle desteklenmesi önem taşımaktadır.

Pandemi sürecinde yaygınlaşan "dosya üzerinden değerlendirme" uygulamalarının objektifliğini artırmak amacıyla Adli Tıp Kurumu ve üniversite adli tıp birimleri tarafından ortak bir uzaktan değerlendirme rehberi oluşturulmalıdır.

Görüntülü muayene gerektiren durumlar için güvenli platformlar, kimlik doğrulama, delil bütünlüğü ve izleme mekanizmaları; sınırlı telefon/çevrimiçi muayeneler için standart raporlama ekleri oluşturulmalıdır.

Aile hekimliği birimlerinde gebe izlemleri, çocuk izlemleri, kronik hastalık kontrolleri ve ev ziyaretlerinde aile içi şiddet tarama formlarının standardize edilerek kullanılması önerilmektedir.

Pandemi döneminde artan ev içi gerilim ve eş-partner şiddeti riskine bağlı olarak, Diyanet İşleri Başkanlığı'nın toplum üzerindeki etkili konumu göz önünde bulundurulduğunda, camilerde verilen hutbeler, kurumun dijital iletişim kanalları ve uzaktan eğitim platformları aracılığıyla şiddetin dini açıdan hiçbir şekilde meşruiyetinin bulunmadığını açık biçimde ortaya koyan bilinçlendirme çalışmalarının yürütülmesi önem arz etmektedir. Bu tür programlar, özellikle olağanüstü dönemlerde toplumsal stresörlerin etkisiyle ortaya çıkabilen şiddet davranışlarının dinî referanslarla yanlış biçimde gerekçelendirilmesini engellemeye ve böylece şiddeti meşrulaştıran kültürel tutumların dönüşümüne katkı sağlamaya yönelik önemli bir koruyucu müdahale niteliği taşımaktadır.

Din görevlilerinin geniş kitlelerle düzenli etkileşim hâlinde olmaları sebebiyle, pandemi gibi olağanüstü koşullarda aile içi şiddetin erken fark edilmesi ve mağdurların uygun kurumlara yönlendirilmesi süreçlerinde önemli bir toplumsal temas noktası oluşturdukları değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, din görevlilerine yönelik olarak

şiddetin tanılanması, mağdur davranış örüntülerinin anlaşılması, hukuki süreçler ve başvuru mekanizmaları, psikososyal destek hizmetleri gibi konuları kapsayan yapılandırılmış eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir. Bu tür eğitimler, din görevlilerinin hem şiddetin görünür kılınmasına katkı sağlamasını hem de mağdurları doğru ve güvenli biçimde ilgili destek hizmetlerine yönlendirebilmesini mümkün kılacaktır.

RTÜK ve ilgili kurumların koordinasyonunda, aile içi şiddetle mücadeleyi destekleyen kamu spotlarının pandemi gibi olağanüstü dönemlerde artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dursun, Akif. Aile Kavramı, İslâm Hukukunda ve Türk Hukukunda Ailenin Tanımı ve Kapsamı. *İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2022, 7.13: 407-448.
2. Eraslan, Levent; Demırel, Medine Elif. Aile kavramı ve sosyolojisi. *Levent Eraslan, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2020)*, 2020, 2-33.
3. Sayın, Önal. *Aile sosyolojisi: ailenin toplumdaki yeri*. Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
4. Akpınar, Orkide. Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlarda Aile İçi Şiddetle Başa Çıkma Özyeterliği. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 2013, 4.39.
5. Joseph, Bellal, et al. Prevalence of domestic violence among trauma patients. *JAMA surgery*, 2015, 150.12: 1177-1183.
6. Kurumu, Başbakanlık Aile Araştırma. *Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları.* Ankara: Bizim Büro Basımevi. 1995.
7. Kourtı, Anastasia, et al. Domestic violence during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Trauma, violence, & abuse*, 2023, 24.2: 719-745.
8. Usta, Jinan; Murr, Hana; El-Jarrah, Rana. COVID-19 lockdown and the increased violence against women: Understanding domestic violence during a pandemic. *Violence and gender*, 2021, 8.3: 133-139.
9. Boserup, Brad; Mckenney, Mark; Elkbulı, Adel. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The American journal of emergency medicine*, 2020, 38.12: 2753.
10. Öztürk, Emine. Türkiye'de Aile, Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 2014, 3.7: 39-55.
11. Van Der Dennen, J. *Problems in the concepts and definitions of aggression, violence, and some related terms*. Rijksuniversiteit Groningen, Polemologisch Instituut, 1980.
12. Özerkmen, Necmettin; Gölbaşı, Haydar. Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*, 2012, 28: 1-19.

13. Bora, Aykut. Evlilikte kadına yönelik şiddet: tutum, yaşantı ve yasal farkındalık açısından cinsiyetler arası karşılaştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul*, 2015.
14. World Health Organızatıon. *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization, 2022.
15. Norman, Rosana E., et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 2012, 9.11: e1001349.
16. Mercy, James A., et al. Violence and health: the United States in a global perspective. *American Journal of Public Health*, 2003, 93.2: 256-261.
17. World Health Organızatıon. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization, 2002.
18. Turshen, Meredeth. Definitions and injuries of violence. In: *Interventions: Activists and academics respond to violence*. New York: Palgrave Macmillan US, 2004. p. 29-35.
19. Pampolım, Gracielle, et al. Analysis of interpersonal and self-inflicted violence in older adults. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2022, 31: e20220198.
20. World Health Organızatıon. *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization, 2025.
21. Hawton, Keith; Saunders, Kate Ea; O'connor, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. *The lancet*, 2012, 379.9834: 2373-2382.
22. Charlson, Fiona, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 2019, 394.10194: 240-248.
23. Taylor, Shelley E.; Peplau, L. Anne; Sears, David O. Sosyal Psikoloji.(çev. Ali Dönmez). *İmge yay. İstanbul*, 2007.
24. Freud, Sigmund. Toplum Psikolojisi. trc. *Kemal Saydam. İstanbul: Düşünen Adam Yayınları, İstanbul*, 1993.
25. Baron, Robert A.; Byrne, Donn; Branscombe, Nyla R. Social psychology, 11/E. *Aufl, Boston*, 2006.
26. Güleç, Hüseyin, et al. Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2012, 4.1: 112-137.

27. İnanç, Banu Yazgan; Yerlıkaya, Esef Ercüment. Kişilik kuramları. *Pegem Atıf İndeksi*, 2017, 1-339.
28. Başeğmez, Ayşe Cansu; Özerk, Halis. İnsanın saldırgan ve şiddet içeren davranışlarını psikoterapi kuramlarının ele alış biçimlerinin değerlendirilmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 2021, 18.44: 8475-8499.
29. Karslı, Necmi. Psiko-Sosyal Açıdan Şiddet ve Çözüm Yolları. *Dinbilimleri Journal*, 2016, 16.3.
30. Yanbastı, G. (1990). *Kişilik kuramları: Ders kitabı*. Ege Üniversitesi Basımevi.
31. Altıntas, Merih. Bir Kisir Döngü Olarak Siddet/Violence as a Vicious Cycle. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2012, 4.1: 112.
32. Tatlıoğlu, Sevra Su. Öğrenmeye sosyal-bilişsel bir bakış: Albert Bandura. *Sosyoloji Notları*, 2021, 5.1: 15-30.
33. Gander, Mary J., et al. *Cocuk ve ergen gelisimi*. Imge kitabevi, 1993.
34. Lefkowıtz, Monroe M., et al. *Growing up to be violent: A longitudinal study of the development of aggression*. New York: Pergamon Press, 1977.
35. Bılgın, Nuri. *Sosyal psikolojiye giriş*. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, 1988.
36. Gözüm, Sebahat; Bağ, Beyhan. Etkin sağlik eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramlnin kullanimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1998, 1.2.
37. Erdem, M. Nur. Medya içeriğinde şiddetin sunumu üzerine argümantatif bir çalışma. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2020, 9.2: 1198-1217.
38. Bıdwell, Lee D. Millar; Vander Mey, Brenda J. *Sociology of the family: Investigating family issues*. Allyn & Bacon, 2000.
39. Özen, Banu; Karcı, Yağmur Ar. "Kapana Kısılmıştı (m)": Kadına yönelik psikolojik yakın partner şiddeti ve kuşaklararası aktarımı. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2024, 8.2: 255-282.
40. Çıydem, Emre; Kaçkın, Özlem. Türkiye'de İlişkisel Travmaların Kuşaklar Arası Aktarımını İnceleyen Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2023, 5.2: 171-180.

41. Yang, Yaling; Raıne, Adrian. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2009, 174.2: 81-88.
42. Golden, Charles J., et al. Neuropsychological correlates of violence and aggression: A review of the clinical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1996, 1.1: 3-25.
43. Mendes, Deise Daniela, et al. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2009, 31: S77-S85.
44. Rubın, David H.; Walkup, John T. SSRIs, adolescents, and aggression: Tempering human implications regarding SSRI-induced aggression in hamsters: Comment on Ricci and Melloni (2012). 2012.
45. Heım, Christine, et al. Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular psychiatry*, 2009, 14.10: 954-958.
46. Lıu, Jianghong; Wuerker, Anne. Biosocial bases of aggressive and violent behavior—implications for nursing studies. *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42.2: 229-241.
47. Özgüven M. Toplum bilimlerine giriş. Ekin Kitabevi, Bursa. 1996.
48. Vatandaş, Celalettin. *Aile ve şiddet: Türkiye'de eşler arası şiddet*. TC Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2003.
49. Avcı N, Topçu D. Ailede Çocuk ve Ebeveyn İlişkileri. In: Eraslan L, editor. Aile Sosyolojisi. Birinci Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2020.
50. Zeybekoğlu Ö. Günümüzde Erkeklerin Gözünden Babalık ve Aıle. [Antalya]: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bılimler Enstitüsü; 2013.
51. Feyzıoğlu, Semiha; Kuşçuoğlu, Ceren. Tek ebeveynli aileler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2011, 26.26: 97-110.
52. Belen Ö. Türkiye'de aile içi şiddet konusunda yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2019.
53. World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

54. I. C. N. Nurses. always there for you: United against violence. *Geneva: International Council of Nurses*, 2001.
55. İbiloğlu, Aslıhan Okan. Aile içi şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4.2: 204-222.
56. Özgüven İE. Ailede İletişim ve Yaşam. Ankara: PDREM Yayınları; 2012.
57. Powell, Pamela; Smıth, Marilyn. *Domestic violence: An overview*. Nevada: University of Nevada Cooperative Extension, 2011.
58. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Ankara: Bizim Büro Basımevi, 1995.
59. Çeliktaş MG. *Okuldaki şiddet olayları ile aile içi şiddet ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, 2013.
60. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara; 2014.
61. Polat O. Şiddet. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017.
62. Taşçı N. Ebelerin Aile İçinde Kadına Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Denizli.
63. Altınay, Ayşe Gül; Arat, Yeşim. Türkiye'de kadına yönelik şiddet. 2007.
64. Şenol, Dolunay; Yıldız, Sıtkı. Kadına yönelik şiddet algısı-kadın ve erkek bakış açılarıyla. *Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları*, 2013, 70-111.
65. Gelles, Richard J. *Intimate violence and abuse in families*. Oxford University Press, 2016.
66. Ünal, Gülseren. Aile içi şiddet. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2005, 8.8.
67. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri; 2007.
68. Gölge, Z. B., et al. Psychological and social problems of adult female victims after sexual assault. *Adli Tıp Bülteni*, 2013, 18.3: 82-91.
69. WHO, LSHTM. MRC: global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *Geneva: World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), South African Medical Research Council (MRC)*, 2013.

70. Beydoun, Hind A., et al. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 2012, 75.6: 959-975.
71. Tel, Hatice. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002, 6.2: 1-9.
72. İncecık, Yeşim, et al. Eş şiddeti ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2009, 3.1.
73. Mazza, Marianna, et al. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry research*, 2020, 289: 113046.
74. Osofsky, J. D. The role of non-mental-health professionals-the professional view point: the effects of exposureto violence on children of different ages: prevention and ıntervention–effective collaboration with police and court. *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children (Eds. J Donnelly, A Kovacova, H Osofsky, J Ososfsky, C Paskell, J Salem-Pickartz)*, 2005, 77-88.
75. Vakfı, Mor Çatı Kadın Sığınağı. Evdeki terör: Kadına yönelik şiddet. *(No Title)*, 1996.
76. World Health Organızatıon. *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*. World Health Organization, 2021.
77. Dıcola, Daniel; Spaar, Elizabeth. Intimate partner violence. *American family physician*, 2016, 94.8: 646-651.
78. Bermúdez, María Paz; Meléndez-Domínguez, Montserrat. Epidemiological analysis of gender violence in the European Union. 2020.
79. Sela-Shayovıtz, Revital. The role of ethnicity and context: Intimate femicide rates among social groups in Israeli society. *Violence Against Women*, 2010, 16.12: 1424-1436.
80. Yaya, Sanni, et al. Prevalence and predictors of intimate partner violence among married women in Egypt. *Journal of interpersonal violence*, 2021, 36.21-22: 10686-10704.

81. Coll, Carolina VN, et al. Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: an appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ global health*, 2020, 5.1: e002208.
82. Mertoğlu, Münevver. 2004 Yılından İtibaren İstanbul ve Bakırköy Adliyesi'ne İntikal Eden Aile İçi Şiddet Olaylarında Sanık, Mağdur ve Şiddet Olaylarının Profili-6284 Sayılı Yasanın Yansımaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2014, 16: 4331-4353.
83. Güler, Nuran; Tel, Hatice; Tuncay, Fatma Özkan. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005, 27.2: 51-56.
84. Özcan, Neslihan Keser; Günaydın, Sevil; Çıtıl, Elif Tuğçe. Domestic violence against women in Turkey: a systematic review and meta analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 2016, 30.5: 620-629.
85. 26.09.2004 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. Resmi gazete tarihi: 12.10.2004.
86. İstanbul Sözleşmesi. Kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadeleye dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi. *Avrupa Konseyi Sözleşmeler Dizisi*, 2011, 210.11.
87. Topgül, Seda; Kol, Emre. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ile İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of International Management Educational and Economics Perspectives*, 2021, 9.2: 146-158.
88. Ustabaş, Fatma Sevinç. Kadın Sığınmaevleri Olanak ve Sınırlılıkları. *Yaratıcı Drama Dergisi*, 2016, 9.18: 101-106.
89. Afşar, Selda Taşdemir; Baran, Aylin Görgün; Koca, Canan. Şiddet gören kadınların sığınmaevlerine erişimini engelleyen etmenler. *Fe Dergi*, 2017, 9.1: 133-150.
90. T.C. Resmi Gazete, 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 20 Mart 2012, Sayı:28239, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
91. Kumcağız, Hatice, et al. Samsun şiddet önleme ve izleme merkezi 'ne başvuran şiddet mağduru kadınların başvuru durumları ve gereksinimleri. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018, 7.2: 401-414.

92. Reçber, Bircan. Türkiye'de Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Etkin mi?. *Journal of Management and Economics Research*, 2018, 16.4: 367-376.
93. Tekdere, Mustafa; Polat, Tuncay. Kadına şiddetle mücadelede kadın konukevi hizmeti ve belediyeler. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2022, 11.2: 683-701.
94. T. C. Resmî Gazete, Kadın konukevlerinin açılması ve işletilmesi hakkında yönetmelik, 5 Ocak 2013. Sayı:28519, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
95. Gölbaşı, Selva Dilan; Metintas, Selma. Covid-19 pandemisi ve infodemi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2020, 5: 126-137.
96. Güngörer, Fatma. Covid-19'un toplumsal kurumlara etkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2020, Salgın Hastalıklar Özel Sayısı: 393-328.
97. McLuhan, Marshall. *Culture is our business*. Wipf and Stock Publishers, 2015.
98. Wallersteın, Immanuel Maurice; Abadoğlu, Ender; Ersoy, Nuri. *Dünya-sistemleri analizi: bir giriş*. Bgst Yayınları, 2011.
99. Okumuş, Ejder. Covid-19 küresel salgın sürecinde ev ve aile. *Mevzu–Sosyal Bilimler Dergisi*, 2021, 6: 89-117.
100. Campbell, Andrew M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic science international: reports*, 2020, 2: 100089.
101. Schumacher, Julie A., et al. Intimate partner violence and Hurricane Katrina: predictors and associated mental health outcomes. *Violence and victims*, 2010, 25.5: 588.
102. Vehıd, Hayriye Ertem; Alyanak, Behiye; Eksı, Aysel. Suicide ideation after the 1999 earthquake in Marmara, Turkey. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 2006, 208.1: 19-24.
103. Okray, Zihniye; Dırektör, Cemaliye; Abatay, Güley Bilgi. Covid-19 Pandemisi Sırasında Eş Şiddeti: Alanyazın Çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 2021, 3.4: 289-297.
104. Neıl, Jennifer. Domestic violence and COVID 19. *Australian Journal for General Practitioners*, 2020, 49.

105. Özdemır, Mert Onur. *Yeni Tip Coronavirus Pandemisi Sürecinde Kadına Yönelik Ev Içi Partner Şiddetinin Araştırılması*. 2022. PhD Thesis. Dokuz Eylul Universitesi (Turkey).
106. Bradbury-Jones, Caroline; Isham, Louise. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*, 2020, 29.13-14: 2047.
107. Koçak, Zeliha; Harmancı, Hatice. Covıd-19 Pandemi Sürecinde Ailede Ruh Sağlığı. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2020, 5: 183-207.
108. Anadolu Ajansı, İçişleri Bakanlığı: Kovid-19 döneminde aile içi ve kadına yönelik şiddet olayları azaldı. 2021. İçişleri Bakanlığı: Kovid-19 döneminde aile içi ve kadına yönelik şiddet olayları azaldı
109. Hancı, İ. H. *Hekimin yasal sorumlulukları ve hakları (tıp ve sağlık hukuku).* 2. Baskı. İzmir: Toprak ofset matbaacılık, 1999.
110. Kahya, İ. İstanbul İli Üç Büyük Devlet Hastanesi Acil Servislerinde Muayeneleri Yapılan ve Adli Raporları Düzenlenen Olgularda Adli Tıbbi Yaklaşım ve Kayıt Sisteminin İrdelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, 2005.
111. Balcıoğlu, Yasin Hasan; Öncü, Fatih; Balcıoğlu, İbrahim. Alkol kullanımı ile ilişkili psikiyatrik bozukluklarda ceza sorumluluğunun belirlenmesine yönelik uygulamalar. *Adli Tıp Dergisi*, 2017, 31.3: 124-142.
112. Koç, Sermet; Can M. Birinci Basamakta Adli Tıp. Ölü Kavramı ve Ölü Muayenesi, 2. *Erişim) http://www. klinikgelişim. org. tr*, 2011.
113. Türkmen, Nursel, et al. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Uludağ üniversitesi tıp fakültesi dergisi*, 2005, 31.1: 25-29.
114. Güzel, Sadullah; Yavuz, Mehmet Sunay; Aşırdızer, Mahmut. Adlî Tıp Kurumu İhtisas Kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası Raporları Arasında Çelişki Bulunan ve Adli Tıp Genel Kurulu'nda Görüşülen Malpraktis Olgularının İrdelenmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2002, 7.1: 14-20.
115. Sönmez, Mesut Mehmet, et al. Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2009, 43.4: 351-8.

116. Koç, Ayşegül; Parlak, Ebru. Adli Psikiyatri Polikliniğinde Ceza Sorumluluğu Değerlendirilen Olguların Tanısal ve Sosyodemografik Özellikleri: 6, 5 Yıllık Retrospektif Çalışma. *Turkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences/Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, 2023, 20.2.
117. Güven, Fatma Mutlu Kukul, Et Al. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. 2009.
118. Özaslan A. Rapor Türleri ve Hazırlama Teknikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2011: 595-627.
119. Karahan, A. Burak. Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçu (TCK m. 280). *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 2019, 25.2: 948-978.
120. Bırd, Sara. How to write a medicolegal report. *Australian Family Physician*, 2004, 33.1-2.
121. Balcı, Yasemin; Eryürük, Mesut. Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açıdan Hekim Sorumluluğu. *Editörler: Prof. Dr. Sermet KOÇ Yrd. Doç. Dr. Muhammet CAN*, 2011, 93.
122. Balcı, Yasemin; Eryürük, Mesut. Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açıdan Hekim Sorumluluğu. *Editörler: Prof. Dr. Sermet KOÇ Yrd. Doç. Dr. Muhammet CAN*, 2011, 93.
123. Akçın, Aslı; Güven, Durdane Yılmaz. Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Adli Vakalar ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2024, 4.1: 38-48.
124. World Health Organızatıon. *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*. World Health Organization, 2021.
125. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2014.

126. Houry, Debra, et al. Differences in female and male victims and perpetrators of partner violence with respect to WEB scores. *Journal of interpersonal violence*, 2008, 23.8: 1041-1055.
127. Cihan, Ümran; Karakaya, Handan. Kadın-Erkek Kavramları Bağlamında Şiddet ve Şiddetle Mücadelede Sosyal Hizmetin Rolü. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017, 17.4: 297-324.
128. Ergönen, Akça Toprak; Bıçen, Emin; Ersoy, Gökhan. Adli Tıp Bülteni. *COVID-19 Salgınında Ev İçi Şiddet. 2020; 25 Özel Sayı. s. 48*, 57.
129. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet. *Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık*, 2009, 6: 2017.
130. Devrıes, Karen M., et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 2013, 340.6140: 1527-1528.
131. Saka, Naile Esra (ed.). *Adli tıp ve adli bilimlerde klinik uygulamalara bakış*. Akademisyen Kitabevi, 2019.
132. Glass, Nancy, et al. Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. *The Journal of emergency medicine*, 2008, 35.3: 329-335.
133. Prıtchard, Adam J.; Reckdenwald, Amy; Nordham, Chelsea. Nonfatal strangulation as part of domestic violence: A review of research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2017, 18.4: 407-424.
134. Campbell, Jacquelyn C. Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*, 2002, 359.9314: 1331-1336.
135. Ekıncı, Ecesu, et al. Ev İçi Şiddetin Farklı Görünümleri-İntihar Girişimi veya Cinayetler. *Adli Tıp Bülteni*, 2024, 29.1: 35-43.
136. Cavalın, Catherine. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. 2010.
137. Wıllıams, Kirk R.; Grant, Stephen R. Empirically examining the risk of intimate partner violence: The Revised Domestic Violence Screening Instrument (DVSI-R). *Public Health Reports*, 2006, 121.4: 400-408.
138. Pıquero, Alex R., et al. Domestic violence during the COVID-19 pandemic-Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of criminal justice*, 2021, 74: 101806.

139. Boserup, Brad; Mckenney, Mark; Elkbulı, Adel. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The American journal of emergency medicine*, 2020, 38.12: 2753.
140. Yıldırım, Nilufer; Toraman, Aynur Uysal. Analysis of the descriptive characteristics of female victims of violence applying to the domestic violence office of a court of law. *Journal of forensic and legal medicine*, 2023, 96: 102510.
141. Çatal, Yeşim Gök, et al. Ev içinde şiddet gören kadınlarla adli tıbbi görüşme için bir model önerisi. *Adli Tıp Bülteni*, 2024, 29.2: 156-164.
142. Hossaın, Mobarak. COVID-19 and gender differences in mental health in low-and middle-income countries: Young working women are more vulnerable. *SSM-mental Health*, 2021, 1: 100039.
143. ROCHA, Fabiana, Et Al. COVID-19 and violence against women: Current knowledge, gaps, and implications for public policy. *World Development*, 2024, 174: 106461.
144. Leslıe, Emily; Wılson, Riley. Sheltering in place and domestic violence: Evidence from calls for service during COVID-19. *Journal of public economics*, 2020, 189: 104241.
145. Bullınger, Lindsey Rose; Carr, Jillian B.; Packham, Analisa. COVID-19 and crime: Effects of stay-at-home orders on domestic violence. *American Journal of Health Economics*, 2021, 7.3: 249-280.
146. Sharıatı, Auzeen; Irvın-Erıckson, Yasemin. The Impact of the Covid-19 Pandemic on Domestic Violence Injury: Insights from the National Crime Victimization Survey (NCVS). *American Journal of Criminal Justice*, 2025, 50.2: 228-252.
147. Babatope, Abisola Esther, et al. Spatial variation of intimate partner violence and its public health implication: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2025, 25.1: 2744.
148. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu https://covid19.saglik.gov.tr/tr-66935/genel-koronavirus-tablosu.html

EKLER

EK-1. ETİK KURUL KARARI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		1
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**COVID-19 Pandemi Sürecinin Aile Içi Şiddet Vakalarına Etkisi: Adli Tıbbi Değerlendirme Yapılan Olgular Üzerinden Retrospektif Bir Analiz**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı:4 Karar No:07**	**Tarih:**02.05.2025
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof. Dr. Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Elif ÇADIRCI — Üye
Doç. Dr. Zafer BAYRAKTUTAN — Üye
Doç. Dr. Esra LALOĞLU — Üye
Doç. Dr. Ayşe ÖZDEN — Üye
Doç. Dr. Sinan YILMAZ — Üye
Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN — Üye
Uzm. Dr. Emre ŞAM — Üye
Uzm. Dr. Murat ÖZMEN — Üye
Uzm. Dr. Tarık SAĞLAM — Üye
Öğr. Gör. Gamze ALBAYRAK — Üye
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet GÖDEKL — Üye