



Forensic medical analysis of the domestic violence against women attempts to the emergency department: İzmir case

Acil servise başvuran kadına yönelik şiddet olgularına adli tıbbi bakış: İzmir örneği

Doğu Barış Kılıçcıoğlu¹
Cudi Ferat Buran²
Zeynep Sağlık Küçük³

Abstract

Objective: With our study, followed by interviews with victims of domestic violence against women cases directed to our forensic department; sociodemographic characteristics of the victims, the nature of their exposure to violence, investigate the trauma they experienced and to have tried to behave more attentive to their health care these patients are evaluated, expression the need to pass a special training process for this area.

Method: This research is a descriptive study that has been carried out on 156 women applying to the Emergency Department of İzmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital after being exposed to the domestic physical violence, and directed to the Forensic Medicine Polyclinic in 2013 so that the legal authorities could draw up their forensic reports subsequent to the notification of forensic cases.

The questions in the “Registration Form for Domestic Violence against Women” drawn up by the Prime Ministry of the Republic of Turkey were used during the interviews.

The steps such as interviewing with the subjects, recording the data on the forms,

Özet

Amaç: Çalışmamız, adli tıp polikliniğimize yönlendirilen kadına yönelik şiddet mağduru olgular ile yapılan görüşmelerin ardından; kişilerin sosyodemografik özellikleri, maruz kaldıkları şiddetin nitelikleri, yaşadıkları travmanın etkileri irdelenmeye ve bu olguları değerlendiren sağlık çalışanlarının daha özenli davranmasının, gerekirse bu alana yönelik özellikli bir eğitim sürecinden geçmesinin gerekliliğinin belirtilmesi amacıyla planlanmış olup, tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Yöntem: Çalışmamız, aile içinde şiddet görmeleri sonrasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi’ne başvuran ve adli olgu bildirimlerinin yapılmasının ardından, adli raporlarının düzenlenmesi için 2013 yılı içerisinde Adli Tıp Polikliniği’imize yönlendirilen 156 kadın ile gerçekleştirilen, tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Olgular ile görüşmeler adli hemşire ve adli tıp uzmanı ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında; Başbakanlık tarafından hazırlanan “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu”ndaki sorulardan yararlanılmıştır.

Mevcut veriler, bilgisayar ortamına girilmiş ve

¹Forensic Medicine M.D, Department of Forensic Medicine, Atatürk Education and Research Hospital, Katip Çelebi University, İzmir, Turkey, bkiliccioglu@hotmail.com

²Forensic Medicine M.D, Council of Forensic Medicine, Şanlıurfa Branch Office, Şanlıurfa, Turkey, cudiferat@hotmail.com

³Forensic Nurse, Department of Forensic Medicine, Atatürk Education and Research Hospital, Katip Çelebi University, İzmir, Turkey, zeynephasan35@hotmail.com

briefing the victims about violence and developing a security plan were taken together with an experienced forensic nurse and a forensic medicine specialist who have received education in this field.

Current data recorder in the computer and analyzed with SPSS for Windows 15.0 statistical software. In the statistics, the data obtained from the records in the form of the variables; the number, frequency, average, minimum and maximum values are calculated.

Findings: To give an example of the remarkable results found in our study; when women are admitted to the emergency department 5.1% is pregnant, 28.2% were subjected to sexual violence, 83.3% had been threatened with death, 17.3% of the firearms kept at home, 12.4% attempt as a result of the burns, serious injuries such as fractures, 92.3% of the increase in recent years of violence, 55.1% the violent has substance abuse, 90.6% of children are also exposed to violence and 93% stated that children witnessed the violence.

Result: The findings obtained in this study demonstrate the significance of the education for medical professionals working in this field so that the women exposed to the domestic violence can benefit from qualified diagnosis, treatment and rehabilitation processes. It is an indisputable reality that this issue makes great contribution to the social rehabilitation processes as well as the provision of qualified diagnosis and treatment for the victims.

Keywords: Domestic violence; domestic violence against women; forensic medicine; forensic nursing; emergency department.

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

GİRİŞ

Kadına yönelik aile içi şiddet tanımından, kadının; fiziksel, ruhsal, cinsel, duygusal ve ekonomik olarak istismara uğramasıyla sonuçlanan, aile içinde veya toplum önünde maruz kaldığı cinsiyete dayalı şiddet olgusu anlaşılmaktadır (İstanbul Sözleşmesi, 2011). Kadına yönelik aile içi şiddet; hangi toplumda, ırkta, yaşta, ekonomik düzeyde ve hangi nedenle görülürse görülsün sonuçları açısından bir farklılık göstermemektedir. Yapılan çalışmalarda; %6-30 oranında kadının, yaşadığı şiddet sebebiyle acil servise başvurduğu, her dört kadından birinin hayatlarının bir

SPSS for Windows 15.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Yapılan istatistiklerde kayıt formunda yer alan değişkenlerden elde edilen verilerin sayısı, frekansı, ortalama, en küçük ve en büyük değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda saptanan dikkat çekici sonuçlara örnek vermek gerekirse, acil servise başvurularında kadınların; %5,1'i gebe olduğunu, %28,2'si cinsel şiddete maruz kaldığını, %83,3'ü ölümlle tehdit edildiğini, %17,3'ü evlerinde ateşli silah bulunduğunu, %12,4'ü şiddet sonucunda yanık, kemik kırığı gibi ciddi yaralanmalar ile başvurduğunu, %92,3'ü şiddetin son bir sene de artış gösterdiğini, %55,1'i şiddet uygulayanın madde bağımlılığı olduğunu, %90,6'sı çocukların da şiddet gördüğünü ve %93'ü çocukların yaşanan şiddete tanıklık ettiğini ifade etmiştir.

Sonuç: Elde edilen bulgular; aile içi şiddet mağduru kadınların nitelikli tanı, tedavi ile rehabilitasyon süreçlerinin yerine getirilebilmesi için bu alanda çalışan sağlık personelinin eğitimi olmasının önemini göstermektedir. Ayrıca nitelikli muayeneyle elde edilecek bulgular ile düzenlenen raporların, iletildiği adli makamlar tarafından değerlendirilmesiyle hak kayıplarının önüne geçilmesi sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile içi şiddet; kadına yönelik şiddet; adli tıp; adli hemşirelik; acil servis.

döneminde fiziksel şiddete uğradığı, psikolojik şiddet de eklendiğinde bu oranın %50'ye ulaşabildiği belirtilmektedir (Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2012-2015), 2012). Dünya Bankası'nın istatistiklerinde; şiddet sonucunda yaşamını yitiren 15-44 yaş aralığındaki kadınların oranının; kanser, sıtma gibi hastalıklar ile trafik kazası ile savaşlar sebebiyle yaşamını yitiren kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Mundial, 1993).

Türkiye'deki toplumsal yapı nedeniyle ataerkil modelden kaynaklanan gücü elinde tutan erkeğin, eşine ve çocuğuna uyguladığı şiddet veya annenin çocuğuna uyguladığı şiddet bir "terbiye modeli" olarak kanıksanmıştır (Uluçay ve ark., 2006:22-29). Öte yandan bir problem çözme aracı olarak kullanılan şiddet, bu kanıksama nedeniyle çok çeşitli şekillerde sağlık çalışanlarının karşısına çıkmaktadır. Günlük yaşamda toplumun her kesiminde şiddet olgusunun yaşanıyor olması ve bu nedenle şiddetin artık toplum tarafından kanıksanması, kimi zaman olağan karşılanması yanında, geride bıraktığımız 2015 senesinde Türkiye'de 278 kadının maruz kaldığı aile içi şiddet nedeniyle yaşamını yitirmesi (Şiddetten ölen kadınlar için dijital anıt, 2015), yaşanan gerçeği gözler önüne sermektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından 2009 yılında toplamda 24048 hanede gerçekleştirdiği araştırmaya göre; kadınların %39'u hayatlarının bir bölümünde fiziki şiddete, %44'ü duygusal şiddete ve %15'i cinsel şiddete uğradığını ifade etmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, 2008). Yine aynı birim tarafından Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan personelin konu ile ilgili bilgi düzeyini artırmak amacıyla "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri" kitapçığı yayınlanmış ve sağlık çalışanlarının eğitimlerine başlanmıştır. Bu kitapçık dahilinde yer alan ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılması amaçlanan "Aile İçi Şiddet Tarama Formu" ve "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu" adında iki adet veri toplama formu düzenlenmiştir. Formların, ulusal veritabanı yaratılması amacıyla düzenlenmiş olması yanında, gelecek dönemde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne dahil edilip, aile içi şiddetle mücadelenin sağlık kuruluşlarının olağan görevleri arasında olması planlanmıştır (Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri, 2008).

Ülkemizdeki adli tıp poliklinikleri, adli makamlar tarafından istenen raporların düzenlenmesi ile kadınların maruz kaldıkları şiddet sonrasındaki hak arayışlarına katkı sunmaktadır. Aile içi şiddete maruz kalmasının ardından başvuran kadınların yapılan muayeneleri sonucunda; tespit edilen bulguların eksiksiz olarak belirtildiği adli raporlar düzenlenmektedir. Öte yandan, fiziksel bir travmaya maruz kalınmasa bile; varsa yaşanan ruhsal travmaların bıraktığı etkiler, bu konuda deneyimli bir psikiyatri hekimi tarafından yapılacak muayenenin ardından, psikiyatrik ölçütleri karşılayacak nitelikte tanılar ile raporlandırılabilir.

McCauley ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışmaya göre; sağlık kuruluşuna başvuran her üç kadın hastanın sadece birisi maruz kaldıkları istismarı paylaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Elliott L. ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada da; hekimlerin kullandığı standart formlarda yer almasına rağmen genellikle kadına yönelik şiddet öyküsünün sorulmasının unutulduğunu ayrıca öyküyü sorgulayan birçok hekimin de uygun olmayan tarzından dolayı hastaların çekinerek doğru olmayan cevaplar verdiği belirtilmektedir.

Sağlık çalışanı, kadının maruz kaldığı travmayı görmezden gelip incinmişliğini yok sayarak, yargılayıcı ve etik ilkelerden uzak davranarak gizlilik ve saygı beklentisini görmezlikten gelirse mağdur için ikincil bir travmaya neden olmaktadır (Aşirdizer, 2006:39). Nitekim Salmon ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmaya göre; ebelerin, eğitim almalarının ardından aile içi şiddet vakalarının değerlendirilmesine yönelik kendilerini daha hazırlıklı hissettiği ve daha rahat iletişim kurabileceğini düşündüğünü göstermiştir.

Bu çalışmamız ile, adli tıp polikliniğimize yönlendirilen kadına yönelik şiddet mağduru olgular ile yapılan görüşmelerin ardından; kişilerin sosyodemografik özellikleri, maruz kaldıkları şiddetin nitelikleri, yaşadıkları travmanın beden ve ruh sağlığına etkileri irdelenmeye ve bu olguları

değerlendiren sağlık çalışanlarının daha özenli davranmasının, gerekirse bu alana yönelik özellikli bir eğitim sürecinden geçmesinin gerekliliği ifade edilmeye çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Çalışmamız; acil servise başvuran aile içi kadına yönelik şiddet olgularını adli tıbbi yönden incelemek amacıyla planlanmış olup, tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Evren ve örneklem

Bu çalışma, maruz kaldıkları aile içi kadına yönelik şiddet sonrasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve adli olgu bildirimlerinin yapılmasının ardından, adli makamlar tarafından adli raporlarının düzenlenmesi için, aynı hastanenin Adli Tıp Polikliniği'ne 01.01.2013-31.12.2013 tarihleri arasında yönlendirilen 156 kadın olgu ile yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı hastane; 2,84 milyon nüfusu ile ülkemizin üçüncü büyük kenti olan İzmir şehrinde yer almaktadır. Ayrıca; Türkiye'nin en büyük eğitim araştırma hastanelerinden biri olması nedeniyle de, her sosyokültürel ve ekonomik düzeyden vatandaşın sağlık hizmeti aldığı bir merkezdir.

Veri toplama araçları

Olguların demografik özellikleri, maruz kaldıkları şiddet türleri ile risk değerlendirilmesinin yapılabilmesi için veri toplama aracı olarak; Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi ile tanımlanan "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu" kullanılmıştır (Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri, 2008).

Formun, çalışma kapsamında incelenen; mağdurun bilgileri, şiddet öyküsü ile risk değerlendirme bölümlerinin gereği olarak, görüşmeyi gerçekleştiren sağlık çalışanları tarafından olguya gereken yaklaşımlarda bulunmuş ve içinde bulunduğu yasal süreç hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nden alınan etik kurul onayı sonrasında başlanmış, değerlendirilen olgulara çalışmanın kapsamı ile amacı anlatılmış ve aydınlatılmış onamları alınmıştır, 18 yaş altındaki olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Olgular ile görüşme, elde edilen verilerin formlara işlenmesi, şiddet konusunda bilgilendirilmeleri ve güvenlik planı geliştirilmesi gibi basamaklar, bu alanda eğitim almış olan tecrübe sahibi adli hemşire ve adli tıp uzmanı ile birlikte yapılmıştır.

Analiz

Çalışmanın evrenini oluşturan 156 kadın olgudan elde edilen veriler, bilgisayar ortamına girilmiş ve SPSS for Windows 15.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Yapılan istatistiklerde kayıt formunda yer alan değişkenlerden elde edilen verilerin sayısı, frekansı, ortalama, en küçük ve en büyük değerleri hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışma kapsamında görüşülen 156 kadının en genci 18, en yaşlısı 62 yaşındaydı. Başvuran 124 olgu (%79,5) çocuk sahibi olup, 6'dan fazla çocuğu olan olguya çalışmamız kapsamında rastlanmamıştı (Tablo 1).

Tablo 1: Olguların yaş, çocuk ve yaşadığı kişi sayısı ile ortalama dağılımı

	En az	En fazla	Ortalama
Yaş	18	62	33,36±9,25
Çocuk Sayısı	0	6	1,8±0,88
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı	1	8	3,6±1,13

Başvuranların öğrenim durumu, medeni hali, acile başvuru sırasında gebelik durumu ile sosyal güvencesi gibi demografik özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır. Sosyal güvence olarak en çok 99 kişi ile (%63,5) ile Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan yararlanan kadın olguların başvurduğuna ek olarak, bunlar içerisinde de en çok 71 olgu (%45,5) ile sigortalı işçi veya işçi yakını olan kadınların başvurduğu saptanmıştır.

Değerlendirilen 93 olgu (%59,6) başvurduğu dönemde bir işte çalışmadığını ifade etmiş, çalışan olguların 42'si (%26,6) hangi iş kolunda çalıştığını ya da mesleklerini belirtmek istememiş, çalıştığı iş kolunu söyleyen olgulardan da en fazla (7 olgu, %4,4) evlere gündelik temizlik işlerine giden olguların başvurduğu gözlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Olguların demografik özellikleri

		n	%
Öğrenim Durumu	İlköğretim	83	53,2
	Lise	43	27,6
	Yükseköğretim	23	14,7
	Okuryazar değil	5	3,2
	Okuryazar	2	1,3
Medeni Hali	Evli	120	76,9
	Bekar	36	23,1
Sosyal Güvence	Sosyal Güvenlik Kurumu	99	63,5
	Özel Sigorta	9	5,8
	Yeşil Kart	5	3,2
	Yok	43	27,6
Acile Başvuru Sırasında Gebelik Durumu	Evet	8	5,1
	Hayır	148	94,9
		n	%
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma	Çalışıyor	63	40,4
	İş Tanımı		
	Belirtmek istemiyor	42	26,6
	Gündelik temizlik işi	7	4,4
	Restaurant - bar çalışanı	5	3,2
	Emekli	3	1,9
	Çiçekçi	3	1,9

		Kuaför	3	1,9
		Öğrenci	2	1,3
		Fırıncı	1	0,6
		Market işletiyor	1	0,6
		Memur	1	0,6
		Çalışmıyor	93	59,6

Görüşülen kadınlardan 31'i (%19,9) tıbben tedavi aldığı bir rahatsızlığı olduğunu ve eşlerinin de bu rahatsızlıklarını biliyor olduğunu belirtmiştir, bunlar içerisinde en fazla 24 kadın (%15,4) ile kronik fiziksel bir hastalığı olanlara rastlanmıştır. Ayrıca 59 kadın (%37,8) sigara bağımlılığı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Olguların kronik hastalıkları ile bağımlılıklarının dağılımı

		n	%
Kronik Hastalık	Fiziksel	24	15,4
	Psikiyatrik	7	4,5
	Yok	125	80,1
Bağımlılık	Sigara	59	37,8
	Sigara ile alkol	4	2,6
	Belirtmek istemiyor	1	0,6
	Yok	92	59,0

Olguların, acil servise başvurmalarına neden olan şiddet türünü kendi ifadeleri ile tanımlamaları istenmiş; tanımlanan tüm şiddet türleri bir arada kayıt altına alınmasının ardından sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamada en çok rastlanan ilk üç şiddet türünün; bağırma (130 olgu, %83,3), tekme/tokat/yumruk ile vurma (109 olgu, %69,8) ve zorla cinsel ilişkiye girme (44 olgu, %28,2) olduğu gözlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Kadınların kendi ifadelerine göre şiddetin türü ve uygulama şekillerinin dağılımı

Şiddetin Türü	Şiddet Uygulama Şekli	n	%
Fiziksel Şiddet	Tekme, tokat, yumruklama	109	69,8
	Boğmaya çalışma	26	16,6
	Sürüklenme itme, saç yolma	19	12,1
	Eşya ile vurma, eşya fırlatma	19	12,1
	Kafayı çarpma, vurma	17	10,8
	Kesici-delici aletle yaralama	6	3,8
	Kırık (kaburga, parmak, kol vb.)	6	3,8
	Ağır yaralama ve yanıklar	2	1,3
	Uyuşturucu madde kullanımına zorlama	2	1,3
	Göz, diş, kulak yaralama	1	0,6
	Duygusal şiddet	Sözel tartışma, bağırma, tehdit	130
Aşağılama, hakaret, küfür		16	10,2

Ekonomik Şiddet	Ağır bir işte çalışmaya zorlama	4	2,4
	Evden atma	1	0,6
	Parasız bırakma	1	0,6
Cinsel Şiddet	Zorla cinsel ilişki, anal ilişki	44	28,2

“Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu”nda bulunan “Risk Değerlendirme” skalası dikkate alınarak yöneltilen soruların cevaplarında; 135 kadın (%86,5) maruz kaldıkları şiddet nedeniyle eve gitmeye korktuğunu, 144 kadın (%92,3), son bir yılda maruz kaldıkları şiddetin düzeyinin arttığını ifade etmiştir. Şiddeti uygulayanların madde bağımlılığı özellikleri sorgulandığında; 86 kadın (%55,1) şiddet uygulayanın bir madde bağımlılığı olmadığını, 49 kadın (%31,4) ise bağımlı olduğunu fakat ne kullandığını tam olarak bilmediğini belirtmiştir. Değerlendirilen 130 kadın (%83,3) şiddet uygulayan tarafından ölümle tehdit edildiğini, 27 kadın (%17,3) yaşadığı evde ateşli silah bulundurulduğunu ifade etmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Verilen yanıtlara göre şiddetin risk değerlendirmesi

			n	%
Şiddet Son Bir Senede Artış Gösterdi Mi?	Evet		144	92,3
	Hayır		12	7,7
Failin Alkol ve Madde Kullanımı Var Mı?	Var	Alkol ile sigara	19	12,1
		Bağımlılığı var ama ne kullandığını bilmiyor	49	31,4
		Alkol, sigara ile esrar	2	1,2
	Yok		70	44,9
	Bilmiyor		16	10,4
Failin Öldürmekle Tehdidi Söz Konusu Mu?	Evet		130	83,3
	Hayır		26	16,7
Evde Ateşli Silah Mevcut Mu?	Evet		27	17,3
	Hayır		123	78,9
	Bilmiyor		6	3,8
Mağdur Eve Gitmeye Korkuyor Mu?	Evet		135	86,5
	Hayır		21	13,5

Çalışma sonucunda, şiddet uygulayıcıların büyük oranda eşler olduğu (116 olgu, %74,3), bu veriyi 20 olgu ile (%12,9) diğer 1. derece yakın tarafından uygulanan şiddetin takip ettiği görülmüştür. Değerlendirilen 141 kadın (%90,4) şiddete ev ortamında maruz kaldıklarını, 10 kadın ise (%6,4) kamuya açık bir alan olarak sokakta şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Tablo 6: Şiddet uygulayanın yakınlık derecesi ve şiddetin uygulandığı yer

		n	%
Şiddet Uygulayanın Yakınlık Derecesi	Eşi	116	74,3
	Diğer 1. derece yakını (anne, baba, kardeş, çocuk)	20	12,9
	Eski eş	10	6,4
	Erkek arkadaş	8	5,1
	Yakın akraba	2	1,3
Şiddetin Uygulandığı Yer	Ev	141	90,3
	Sokak	10	6,4
	İşyerinde	2	1,3
	Doğada	1	0,6
	Okulda	1	0,6
	Belirtmek istemiyor	1	0,6

Çocukların şiddete maruz kalması ve şiddete tanık olması sorgulandığında, 116 kadın (%90,6) çocuklarının da şiddete maruz kaldığını ve 119 kadın (%93) çocuklarının şiddete tanıklık ettiğini ifade etmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Çocukların şiddete maruz kalması ve şiddete tanıklık etmesi

		n	%
Çocukların Şiddete Maruz Kalması	Evet	116	%90,6
	Hayır	12	%9,4
Çocukların Tanık Olması	Evet	119	%93
	Hayır	9	%7

“Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu”nda bulunan “Şiddetin Ciddiyetini Değerlendirme Skalası”na göre yapılan ciddiyet sınıflamasında; en yüksek orana, “yumruklama, tekmeleme, yaralar, kesikler ve/veya devam eden acı” yakınması ile 3. ciddiyet derecesinde (98 olgu, %64) rastlanmıştır.

Tablo 8: Şiddetin ciddiyetini değerlendirme skalası

Şiddetin Ciddiyeti	n	%
1. Şiddet Tehdidi Silahla Birlikte	3	2
2. Tokatlama, itme (yaralanma ve uzun süreli acı olmadan)	30	19,6
3. Yumruklama, tekmeleme, yaralar, kesikler ve/veya devam eden acı	98	64
4. Ciddi sonuçlar, yanıklar, kemik kırılması	19	12,4
5. Baş ve/veya iç organlarda kalıcı yaralanmalar	3	2
6. Silah kullanımı, silahla yaralama	0	0

TARTIŞMA

Çalışmamız ile değerlendirilen 156 kadının yaşları 18 ile 62 arasında değişmekteydi, bu bulgu, aile içi kadına yönelik şiddetin her yaş grubundaki kadının maruz kaldığı bir olgu olduğu bilgisini bizim için doğrular nitelikteydi. Ayrıca yaş ortalamasının $33,36 \pm 9,25$ olması, yaş dağılımlarının nispeten orantılı olduğu konusunda bize ışık tutmuştu.

Görüştüğümüz kadınların, çocuk sayısı en fazla 6 ve ortalaması $1,8 \pm 0,88$ saptanmış, birlikte yaşanan kişi sayısı en fazla 8 ve ortalaması $3,6 \pm 1,13$ saptanmıştı. Bu sonuçlar bize; Türkiye'nin batısındaki İzmir gibi bir büyükşehirde de olsa hala vatandaşların feodal gelenekten gelen çok çocuk yapma ve kalabalık aile kültürünü barındırdığını işaret etmektedir. Bunun yanında bu veriler çalışmamız evreninin ortalama olarak 2 çocuklu bir çekirdek aileyi temsil ettiği fikrini uyandırmıştır.

Aile içi kadına yönelik şiddet konusu ile ilgili yapılan araştırmalarda önemli olan bir diğer parametre kadının eğitim seviyesidir. Genel olarak toplumdaki kanı ve literatür bilgileri kadınlarda eğitim seviyesi yükseldikçe şiddet görme oranının düştüğü yönündedir (Kocacık, Doğan, 2006:742-9; Mayda, Akkus, 2004:95-108; Akar ve ark., 2010:449-460).12, 13, 14Bizim çalışmamızda da kadınların %53,2'si (83 kadın) ilköğretim mezunu iken, %14,7'si (23 kadın) yüksekokul mezunu idi. Elde ettiğimiz bu veri de örnek gösterilen literatür ile uyumlu olması yanında, şiddet gören olguların yarısından fazlasının eğitim seviyesinin ilköğretim düzeyinde olduğunu göstermesi bakımından dikkate değerdir.

“Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi” (İstanbul Sözleşmesi) 2011 yılında Türkiye’de imzalanmıştır. Bu sözleşmenin, aile içi şiddet ile mücadele konusunda getirdiği en önemli yenilik, partnerlerin aralarında evlilik bağı olsun veya olmasın “ev içi şiddet” kavramından bahsedilmiş olmasıdır. Sadece sağlık alanında değil hukuk alanında da çalışan birçok kişi, partnerinden şiddet gören kişinin, evli olmasa da “aile içi şiddet” kavramı dahilinde değerlendirilmesi gerektiğini bilmemektedir. Bu bilgi eksikliği; acil servise yapılan başvurularda, mağdur olan kadının içinde bulunduğu durumun aile içi şiddet olarak değerlendirilmeyip, adli olgu bildirimini yapılmamasına neden olmaktadır. Hatta daha dramatik olarak; kamu görevlileri tarafından kadının evli olmadığı bir kişi ile neden birliktelik yaşadığı yönünde yargılayıcı şekilde davranılmaktadır. Bizim bu çalışmayı gerçekleştirdiğimiz İzmir şehri ile aynı coğrafi bölgede yer alan Denizli ilinde, Kocacık ile arkadaşlarının (2007) yaptıkları ve şiddet gören 66 kadını değerlendirdikleri çalışmada, bekar olan kadınların oranının %10,6 olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da değerlendirilen olguların %23,1'inin (36 kadın) bekar olduğu saptanmıştır. Bu orandaki farklılığın ilerleyen yıllar ile birlikte sağlık çalışanlarının bilinçlenmesine, şiddet gören mağdurların sağlık kuruluşlarına başvurma konusunda bekar olmalarına bağlı toplumsal çekincelerinde azalma gibi nedenlere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Kadınların sağlık güvenceleri sorulduğunda; değerlendirilen olguların %45,5'inin (71 kadın) çalışan veya emekli işçi ya da işçi yakını olduğu, %27,6'sinin de (43 olgu) sağlık güvencesinin olmadığı anlaşılmaktadır. Dar gelirli olan olgulara devlet tarafından sağlanan yeşil kart adındaki sağlık güvencesinden yararlananların oranının da %3,2 (5 olgu) olduğu gözlenmiştir. Kısacası olguların %76,3'ünün (119 olgu) düşük sosyoekonomik düzeyden olduğu söylenebilmektedir. Nitekim olgularının mesleklerinin sorulduğu bir diğer soruda; kadınların % 59,6'sı (93 olgu) çalışmadıklarını ifade etmişlerdir. Yine aynı soruda kadınların %26,6'sı (42 olgu) bir işte çalışıp çalışmadıklarını belirtmek istememişlerdir. Tablo 3'te de görüleceği üzere çalıştığını ifade eden kadınların mesleklerinde, çalışma evrenimizin %14,7'sini (23 olgu) oluşturan yüksekokul ile uyumlu meslek grubu bulunmamaktadır. Bu çelişkili durum; şiddet gören eğitim seviyesi en az yüksekokul olan kadınların, şiddet gördüklerini ifade ederken çekindikleri fikrini bizde oluşturmuştur. Zaten acil başvurusu oranları çok düşük olan üst sosyokültürel grubun, başvuranlarının da mesleklerini ifade

etmek istememesi, belki bundan utanması aynı zamanda üst sosyokültürel düzeydeki kadınların acil başvurularını yaparken de çekinmelerine neden olacağı kanaatini oluşturmuştur.

Toplum tarafından bilinen genel kanının aksine gebelik döneminde kadınların gördüğü şiddet ne yazık ki azalmamaktadır. Hatta literatürde gebelik döneminin kadının şiddete maruziyeti için daha riskli bir dönem olduğu, özellikle ergen gebeliklerinde bu risk artışının daha yüksek oranlara ulaşabildiği belirtilmektedir (Yetim, Şahin, 2008:2; Richardson ve ark., 2002:274; Jasinski, 2004:47-64; James ve ark., 2013:359-380). Şahin ve arkadaşları (2012) tarafından Edirne’de örneklem ile belirledikleri 306 evli kadın ile yapmış olduğu bir çalışmada; eşlerinden sürekli fiziksel şiddet gördüğünü ifade eden kadınlardan %42,2’si hamilelik döneminde de şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da; şiddet görmesinin ardından acil servise başvuran gebe kadınların oranının %5,1 (8 kadın) olduğu gözlenmiştir. Bu oranın, acil başvurularının değerlendirildiği bizim çalışmamız gibi bir çalışmanın yerine saha çalışmasında burada bulduğumuz değerden daha yüksek olacağını tahmin ediyoruz. Buna gerekçe olarak öncelikle çalışmamızın evreninin 3/4’ünü oluşturan düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınların, olası bir adli soruşturma nedeniyle eşinden ayrılması sonrasında gebelik ve çocuğunu yetiştirme süreci ile yalnız başa çıkamayacağını düşündüğünü öngörüyoruz. Bunun yanı sıra, gebe olan kadının öncelikle çocuğunu ve ailesini düşünerek adli bir soruşturma geçirmemek için acil servise başvurmaması, toplumsal nedenlerle çekinmesi ve utanması da tahmin ettiğimiz nedenlerdendir.

Kadınlardan maruz kaldıkları şiddeti, kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri için kendi ifadeleri ile tanımlamaları istenmiştir, ardından formlardan elde edilen bu veriler tekrar klasifiye edilmiştir. Kadınların; %93,5 oranı ile (146 kadın) neredeyse tamamının duygusal şiddete maruz kaldığı gözlenmiştir. Ekonomik şiddete maruz kalan kadınların oranı ise %3,6 (6 kadın) olarak tespit edilmiştir. Bu oranın az olmasına gerekçe olarak; olguların büyük çoğunluğunun zaten düşük sosyoekonomik seviyede olması nedeniyle, ekonomik şiddet görmediğini ifade ettiklerini hatta görüyorsa bile mevcut yaşam standartları nedeniyle farkında olmadıklarını düşünüyoruz.

Kadınların zorla cinsel ilişki veya anal ilişki olarak tanımladıkları cinsel şiddete maruz kalma oranlarının ise %28,2 (44 kadın) olduğu gözlenmiştir. Akar ve arkadaşlarının (2010) 1178 evli kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların %31,3’ünün cinsel şiddete maruziyet öyküsü ifade ettiği belirtilmektedir. Akyüz ve arkadaşlarının (2002) Sivas ilinde psikiyatri polikliniğine başvuran 300 kadında yaptıkları çalışmada kadınların %30,7’sinin eşinden cinsel şiddet gördüğü belirtilmiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde adli rapor düzenlenmesi için başvuran kadın olguların değerlendirildiği Tokdemir ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında bu oran %31,8 olarak tespit edilmiştir. Campell ve Soeken’in (1999) yapmış olduğu çalışmada da fiziksel şiddet mağduru kadınların %33-46’sının cinsel şiddete de maruz kaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda elde edilen %28,2 oranı her ne kadar örneklendirilen ulusal veya uluslararası literatür verileriyle uyumlu, kimilerinden de çok fazla olsa da (Mayda, Akkus, 2004:95-108; İçli ve ark., 2014:5; Kocacık, Çağlayandereli, 2009:25-43) bizim görüşümüz aslında bu oranlardan da daha yüksek olduğu yönündedir. Çünkü ne yazık ki sadece ülkemizde değil dünyada da hala birçok kesimdeki kaniya göre evlilik, erkeklere dilediği zaman cinsel ilişkiye girme hakkı, cinsel yaşamda belirleyici olma rolü tanımaktadır. Bu görüşe sahip olan kadınlarda ne yazık ki kendilerinin arzulamadığı zamanlarda yaşamak durumunda kaldıkları cinsellik olgusunu cinsel şiddet olarak görmemektedir. Fakat örnek vermek gerekirse Yoshihama ve Sorenson’un (1994) aile içi şiddete maruz kalan 613 Japon kadın ile yaptığı çalışmada cinsel şiddet görme oranı %57 olarak bulunmuştur. Söz konusu cinsel şiddetin tanımlanması ve değerlendirilmesi olduğunda, kültürler arası farklılığın göz önünde bulundurulması kaçınılmazdır.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu’nda bulunan bir diğer önemli parametre “Şiddetin Risk Değerlendirmesi”dir. Görüştüğümüz kadınlardan; %92,3’ü (144 kadın) maruz

kaldıkları şiddetin son bir senede artış gösterdiğini, %86,5'i (135 kadın) eve gitmeye korktuğunu ve %83,3'ü (130 kadın) eşleri tarafından ölüm tehdidi aldığını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra kadınların %17,3'ü (27 kadın) evlerinde ateşli bir silah olduğunu, %12,1'i (19 kadın) eşlerinin alkol ve sigara bağımlılığı olduğunu, %31,4'ü (49 kadın) eşlerinin bağımlılığı olduğunu ama ne kullandığını tam olarak bilmediğini ifade etmiştir.

Bir diğer önemli parametre olan “Şiddetin Ciddiyetini Değerlendirme Skalası” ile sorulara verilen cevaplar incelendiğinde de sonuçlar düşündürücüdür. Öyle ki; günlük hayatta da ne yazık ki çokça karşılaştığımız gibi kadınlar en sık yumruklama/tekmeleme (%64, 98 kadın) ile tokatlama/itme (%19,6, 30 kadın) sonucu gördükleri şiddet nedeniyle acil servislere başvurmaktadır. Fakat çalışmamızda çarpıcı olan diğer sonuçlara değinmek gerekir ise; acil servise başvuran kadınların %12,4'ünde (19 kadın) yanık veya kemik kırılması meydana gelmesi, %2'sinde (3 kadın) baş/iç organlarda kalıcı yaralanma oluşması ve yine %2'sinde (3 kadın) şiddetin bir ateşli silahla tehdit eşliğinde uygulanmasıdır.

Türkiye’de kadına yönelik ölümlerle sonuçlanan şiddet olaylarının halen yaşanmakta olduğu göz önüne alındığında bu sonuçlar oldukça korkutucudur. Öyle ki değerlendirilen kadınların büyük çoğunluğunun ölüm tehdidi alması, evlerine gitmeye korkması ya da olgularda azımsanmayacak oranda yanık veya kemik kırılması gözlenmesi, baş/iç organlarda kalıcı yaralanmalar oluşması sağlık çalışanlarına muayene veya rapor düzenlenmesinden öte sorumluluklar yüklendiğine işaret eder. Bizler de bu sorumluluk doğrultusunda; değerlendirdiğimiz 156 kadının tamamına, sahip oldukları yasal haklar, kadın ile çocuk koruma ve destek hizmetleri konusunda gerekli bilgilendirmeleri yaptık. Ayrıca yine tarafımızca güvenlik planı geliştirilmiş, varsa yakınmaları doğrultusunda ileri tıbbi tanı ve tedavileri için yönlendirmeleri yapılmış ve kadın ile çocuklarının korunmasına yönelik gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

Dikkate değer gördüğümüz bir başka bulgu; kadınların %31,4'ünün (49 kadın) eşlerinin bağımlılığı olduğunu ama ne kullandığını tam olarak bilmediğini ifade etmesidir. Bu sonuç, son yıllarda kullanımı artan ve ne yazık ki sadece ülkemiz için değil tüm dünya için bir sorun teşkil eden “sentetik kanabinoid” sorununu akıllarımıza getirmiştir (Artuç ve ark., 2014:198-205). Kadınların; alkol, sigara veya esrar kullanımı hakkında bilgi verebilirken, ne olduğunu tam bilmedikleri maddelerin de kullanıldığını ifade etmesi bizde bu yönde fikir oluşturmuştur.

Şiddeti uygulayanın yakınlık derecesi irdelendiğinde; beklenildiği üzere en çok eşi tarafından (%74,3, 116 kadın) şiddet gören kadınların başvuruda bulunduğu gözlenmiştir. Bunun yanında 10 kadın da (%6,4) eski eşinden ve 8 kadın (%5,1) erkek arkadaşından şiddet görmesinin ardından başvurmuştur. Görüşümüz; erkek arkadaşından şiddet gören kadınların aslında elde ettiğimiz oranlardan daha yüksek olduğu yönündedir. Fakat flört döneminde bir ilişkide şiddet görmesi nedeniyle başvurunun, kadının ailesi ve sosyal baskı endişesi nedeniyle evli olanlara oranla daha az olduğunu düşünmekteyiz. Bunun haricinde acil servise başvuran evli olmayan kadınların; adli olgu bildirimini yapıldığı polis memurları tarafından “aile içi şiddet” olgusu olarak değerlendirilmemesi nedeniyle adli sürecin bu yönde başlatılmıyor olma ihtimali de vardır.

Şiddetin uygulandığı yer ve çocukların maruziyet durumu ile ilgili olarak kadınların neredeyse tamamının evde maruz kaldığını (%90,3, 141 kadın), çocukların da tanık olduğunu (%93, 119 olgu) ve çocukların da şiddet gördüğünü (%90,6, 116 olgu) belirtilmesi dramatiktir. Kadınlar kapalı kapılar ardında şiddet görmekte, çoğu zaman yaralansalar bile acil servislere başvurmamakta, başvursalar bile farklı öyküler verebilmektedir. Kısacası sabırla gördükleri şiddetin azalacağını dilemektedir fakat çalışmamızda elde ettiğimiz, kadınların %92,3'ünün (144 kadın) şiddetin son bir senede artış gösterdiğini ifade etmesi bu açıdan önemlidir. Çünkü şiddet ne yazık ki beklemeyle azalmamakta, mücadele edilmediğinde veya destek olunmadığı takdirde dozunu artırmaktadır.

Şiddete tanık olan ya da şiddet gören erkek çocuklarda ne yazık ki yetişkin dönemlerinde şiddet eğilimli olmakta, kız çocukları da şiddeti kanıksamakta ve bu döngü kırılmamaktadır.

Vahip ve Doğanavşargil'in (2006) psikiyatri polikliniğine başvuran 100 kadın hasta ile yaptıkları çalışmaya göre; kadınların %62'sinin evliliklerinde şiddet gördüğü ve %63'ünün çocukluk döneminde de şiddet gördüğü belirtilmiştir. Literatürde; çocukluk döneminde şiddete maruz kalan kadınların alkol uyuşturucu madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, gastrointestinal rahatsızlıklar, reproduktif hastalıklar gibi birçok sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmada daha riskli olduğu belirtilmektedir (Vahip, Doğanavşargil, 2006:105; Haj-Yahia, Tamish, 2001: 1303-1327; Flury ve ark., 2010:6).

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre bir halk sağlığı sorunu olan şiddet olgusu; şiddet uygulayan bireyler ile şiddete maruz kalan mağdurlar kadar, şiddete tanık olan kişiler ile tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık çalışanlarının da rol aldığı toplumsal bir sorundur. Gerek kadına yönelik şiddet olgularında gerekse de kadın cinayetlerinde, hedef alınan bir bireyden öte “kadın kimliği”dir, bu nedenle son dönemlerde yapılan bilimsel çalışmalarda farkındalık yaratmak açısından kadın cinayetlerinde “femisid” kavramının kullanılması da önerilmektedir (Özer ve ark., 2016).

Kadına yönelik şiddet sorununun çözümüne yönelik olarak ilköğretimden yükseköğretime kadar öğrenim seviyesinin her döneminde, bireylerin duyarlılık kazanmasını amaçlayan eğitimler verilmesi gerekmektedir (Dinç, Çalışkan, 2016:3671-3683). Bunun yanında; aile içi şiddet mağduru kadınların değerlendirilmesinde rol alan sağlık çalışanlarının, adli tıbbi yönden de eğitim almış olması çok önemlidir. Bu konunun, olguların nitelikli bir tanı ve tedaviye ulaşmasının yanında toplumsal olarak rehabilitasyon süreçlerine de katkısı olacağı tartışılmaz bir gerçektir.

Aile içi şiddete maruz kalan kadınların başvurduğu başta birinci basamak sağlık merkezleri, acil servis, psikiyatri polikliniği ve adli tıp polikliniğinde görevli sağlık çalışanları; mağdurların bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi konusunda kendilerini sorumlu hissetmelidirler. Sağlık çalışanı tarafından değerlendirilirken mağdur olan kadının yaşamakta olduğu adli süreçler nedeniyle içinde bulunduğu stres göz önüne alınmalı, olguya kendisini suçlu veya değersiz hissettirecek davranışlardan kaçınarak, ikinci bir travma yaşatmanın önüne geçilmelidir. Bu nedenle; özellikle cinsel istismar veya cinsel saldırı mağduru olan olguları değerlendiren sağlık çalışanı daha özenli davranmalı, gerekirse bu alana yönelik özellikli bir eğitim sürecinden geçmelidir.

Bunun yanında kadına yönelik aile içi şiddet olgularının değerlendirilmesinde kullanılacak özel muayene veya görüşme formları olmalıdır. Bu formlar mümkünse kullanılan ülkedeki ilgili bakanlık tarafından standardize edilmiş, kullanımı kolay ve kritik soruları içermelidir. Bu kritik sorular; şiddet gören kadın ile çocuklarının sağlık kuruluşundaki tanı ve tedavi süreçleri sonrasında; takibi, rehabilitasyonu, korunması ve güvenlik planı geliştirilmesine yönelik olmalıdır. Ayrıca yine bu formlar vasıtasıyla; ülkenin belirli bölgelerindeki istatistikler tutulabilir, şiddetin önlenmesine yönelik politikalar geliştirilebilir ve farkındalık yaratılabilir.

Unutulmamalıdır ki; alanında tecrübeli ve eğitilmiş sağlık çalışanları tarafından yapılan nitelikli muayeneler sonrasında elde edilecek bulgular ile düzenlenen adli raporların, iletiği hukuki makamlar tarafından değerlendirilmesi hak kayıplarının da önüne geçilmesini ve adaletin yerini bulmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Akar, T., Aksakal, F. N., Demirel, B., Durukan, E., & Özkan, S. (2010). The prevalence of domestic violence against women among a group woman: Ankara, Turkey. *Journal of family violence*, 25(5), 449-460.
- Akyuz, A., Kugu, N., Dogan, O., & Ozdemir, L. (2002). Domestic violence, marriage problems, referral complaints and psychiatric diagnosis of the married women admitted to a psychiatry outpatient clinic. In *Yeni Symposium* (Vol. 40, pp. 41-8).
- Artuç, S., Doğan, K. H., & Demirci, Ş. (2014). New Trend in Narcotic Drugs Synthetic Cannabinoids. *The Bulletin of Legal Medicine*, 19(3), 198-205.
- Aşirdizer, M. (2006). Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 2(50), 39.
- Avrupa Konseyi (2011). Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi).
- Campbell, J. C., & Soeken, K. L. (1999). Forced sex and intimate partner violence effects on women's risk and women's health. *Violence against women*, 5(9), 1017-1035.
- Dinç, A., & Çalışkan, C. (2016). The perspectives of university students on gender roles Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 3671-3683.
- Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., & Friedmann, P. D. (2002). Barriers to screening for domestic violence. *Journal of general internal medicine*, 17(2), 112-116.
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*, 140(w13099), 6.
- Haj-Yahia, M. M., & Tamish, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child abuse & neglect*, 25(10), 1303-1327.
- İçli, T. G., Pekkaya, M., & Sever, H. (2014). The Evaluation of Domestic Violence: The Case of Zonguldak. *Advances in Applied Sociology*, 4(01), 5.
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims*, 28(3), 359-380.
- Jasinski, J. L. (2004). Pregnancy and domestic violence A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(1), 47-64.
- Kocacık, F., & Çağlayanereli, M. (2009). Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 25-43.
- Kocacık, F., Kutlar, A., & Erselcan, F. (2007). Domestic violence against women: A field study in Turkey. *The Social Science Journal*, 44(4), 698-720.
- Kocacık, F., & Dogan, O. (2006). Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. *Croatian medical journal*, 47(5), 742-749.
- Mayda, A. S., & Akkuş, D. (2005). Domestic violence against 116 Turkish housewives: a field study. *Women & health*, 40(3), 95-108.
- McCauley, J., Yurk, R. A., Jenckes, M. W., & Ford, D. E. (1998). Inside "Pandora's box". *Journal of General Internal Medicine*, 13(8), 549-555.
- Mundial, B. (1993). *World development report 1993; investing in health*. Oxford University Press.
- Özer, E., Aydoğdu, H. İ., Kırıcı, G. S., & Önal, G. (2016). Woman Homicides-Femicide Concept. *The Bulletin of Legal Medicine*, 21(2).
- Richardson, J. O., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *Bmj*, 324(7332), 274.
- Salmon, D., Murphy, S., Baird, K., & Price, S. (2006). An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*, 22(1), 6-14.

- Şahin, E. M., Yetim, D., & Öyekçin, D. G. (2012). Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(1), 23-32.
- Şiddetten ölen kadınlar için dijital anıt (2015). <http://anitsayac.com/?year=2015> Erişim tarihi: 19.11.2016
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2012). Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2012-2015).
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet.
- Tokdemir, M., & Deveci, S. E. (2003). Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğüne eşi tarafından şiddete maruz kalma nedeniyle başvuran kadınların değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 8(1), 39-44.
- Uluçay, T., Ziver, A., Zeyfeoğlu, Y., Yavuz, M. S., & Aşirdizer, M. (2006). Celal bayar üniversitesi tıp fakültesi adli tıp polikliniği’ne başvuran olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 20(2), 22-29.
- Vahip, I., & Doganavsargil, O. (2006). Domestic violence and female patients. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 105.
- Yetim, D., & Şahin, M. (2008). Kadına Yönelik Şiddete Yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, C, 2, 2.
- Yoshihama, M., & Sorenson, S. B. (1994). Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and victims*, 9(1), 63-77.

Extended English Abstract

Introduction

When the common existence of domestic violence against women in every society and each part of it and the complaints recorded in the emergency departments regarding this issue are taken into consideration, it is quite important that the medical professionals playing roles in the evaluation of the victimized women have received forensic medical training. Since the women exposed to psychological, physical and sexual violence sometimes hesitate to give history about the victimization that they experienced, and because they conceal the reasons for going to the hospitals, it is seen that the meticulous evaluation of these cases carried out by educated medical professionals has great significance in this regard.

With our study, followed by interviews with victims of domestic violence against women cases directed to our forensic department; sociodemographic characteristics of the victims, the nature of their exposure to violence, investigate the trauma they experienced and to have tried to behave more attentive to their health care these patients are evaluated, expression the need to pass a special training process for this area.

Material and Method

This research is a descriptive study that has been carried out on 156 women applying to the Emergency Department of İzmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital after being exposed to the domestic physical violence, and directed to the Forensic Medicine Polyclinic in 2013 so that the legal authorities could draw up their forensic reports subsequent to the notification of forensic cases. İzmir is the third biggest city of Turkey with a population of 2.84 million, and the hospital where the study was carried out is one of the most comprehensive training and research hospitals in Turkey. Therefore, numerous citizens from any kind of sociocultural and economic levels can benefit from the medical services provided in this institution.

The questions in the “Registration Form for Domestic Violence against Women” drawn up by the Prime Ministry of the Republic of Turkey were used during the interviews. The questions included in the form were posed to the patients in order to obtain their personal information such as educational background, marital status, number of children, existing pregnancy, number of people that they live together, professional background, social security, existing chronic diseases, state of invalidity, and use of addictive substances like cigarettes or alcohol. Moreover, the study strived to specify the characteristics of the violence inflicted on the victim, the time and the location where the woman was victimized, the type of the violence, the degree of affinity of the person inflicting violence, the exposure or witnessing of the children, the previous cases or continuation period of harassments, and the severity of the violence. The afore-said severity was determined by means of the classifications made according to the types of harassments such as threat, slapping/pushing in a way that no heavy damage would be inflicted, battering/kicking/wounds/incisions causing continuous pain, serious outcomes/burnt/fractures, permanent injuries on head/in internal organs, and use of weapons/injuries caused by them. Risk evaluation of the status of victimized women was performed by means of the questions which were included in the risk evaluation section of the form and which focused on the increase in violence in the recent year, the use of alcohol or substances by the aggressor, the death threats, the availability of weapons at home and the fears felt by the women while going home. Through this evaluation, it was aimed to guide the victims. The conclusion part of the study was completed with the determination of the monitored attitudes such as giving information to the victim about her legal rights and protection/support services, developing security plans, guiding the victims for advanced medical diagnosis and treatment, directing the victims to the protection services for women and children, and orienting them for psychological support and consultancy.

The above-mentioned information obtained in the detailed judicial interviews with the victimized women was used for the determination of the sociodemographic characteristics of the women exposed to violence, the qualifications of the violence that they experienced, and the impacts of the trauma on their physical and mental health. In addition, it was strived to guide and rehabilitate the victimized women by evaluating their situation in their presence.

The steps such as interviewing with the subjects, recording the data on the forms, briefing the victims about violence and developing a security plan were taken together with an experienced forensic nurse and a forensic medicine specialist who have received education in this field.

Current data recorder in the computer and analyzed with SPSS for Windows 15.0 statistical software. In the statistics, the data obtained from the records in the form of the variables; the number, frequency, average, minimum and maximum values are calculated.

Results:

Following results were obtained within the scope of this study: the average age of the victimized women applying to the emergency department = 33,36(\pm 9,25), the number of the subjects having children = 124 (79,5%), the average number of children = 1,8(\pm 0,88), and the average number of the people with whom the subjects live together 3,6(\pm 1,13). 53,2% of the cases (83 women) graduated from primary school while 14,7% of the subjects (23 women) received education at high school level. 120 women (76,9%) stated that they were married, and 8 women (5,1%) remarked that they were pregnant at the time when they applied to the emergency department.

93 subjects (59,6%) said that they did not work in any professional field at the time of application, 42 subjects (26-6%) did not want to mention their professions or the sectors that they worked in, and it was observed that most of the subjects giving information about their professional background (7 cases, 4,4%) worked as housekeepers in private houses.

31 of the women included in the study (19,9%) remarked that they suffered from a disorder for which they received medical treatment and that their spouses were aware of them; 24 women (15,4%) were detected to suffer from a chronic physical disorder, which reached the highest percentage. Moreover, 59 women (37,8%) stated that they were cigarette addicts.

The subjects were asked to define with their own words the type of the violence which led them to go to the emergency department, and all of the defined types of violence were categorized subsequent to their registration. In this categorization, the most common three types of violence were observed to be yelling (130 cases, 83,3%), battering by kicking/slapping/punching (109 cases, 69,8%), and non-consensual sexual intercourse (44 cases, 28,2%).

The subjects were asked to answer the questions posed according to the "Risk Evaluation" scale given in the form; 135 women (86,5%) said that they were afraid of going home because of the fear of violence, and 144 women (92,3%) remarked that the levels of violence inflicted on them increased in the recent year. When the possibility of substance dependence of the aggressors was investigated, 86 women (55,1%) said that the aggressors were not substance users while 49 women (31,4%) remarked that they were drug addicts but that they did not know what they used. 130 women (83,3%) expressed that they were threatened to death by the aggressors, and 27 women (17,3%) stated that there were firearms at home.

141 women (90,4%) said that they were exposed to the violence at home while 10 women (6,4%) remarked that they were exposed to it in public domains.

When the exposure and witnessing of children were questioned, 116 women (90,6%) expressed that their children were also exposed to the violence while 119 women (93%) remarked that their children witnessed the violent acts.

In the classification of severity made according to "the Severity of Violence Scale", the highest rate was observed to be at the 3rd severity level (98 cases, 64%) in the complaints of "punching, kicking, wounds, incisions and/or continuous pain". 3 cases (2%) were reported to complain about "permanent injuries on head and/or in internal organs at the 5th severity level while no case was recorded to have complaints about "the use of weapons, injuries caused by weapons which was at the 6th severity level.

Conclusion

The findings obtained in this study demonstrate the significance of the education for medical professionals working in this field so that the women exposed to the domestic violence can benefit from qualified diagnosis, treatment and rehabilitation processes. It is an indisputable reality that this issue makes great contribution to the social rehabilitation processes as well as the provision of qualified diagnosis and treatment for the victims. Moreover, the reports drawn up in accordance with the findings to be obtained through qualified examination will prevent the losses of rights after being evaluated by the legal authorities.

Besides, special examination or interview forms should be drawn up to be used in the evaluation of the cases of domestic violence against women. These forms should include standardized, practical and critical questions, if possible. These critical questions should contribute to the follow-up of the victims, their rehabilitation and protection, and the preparation of security plans subsequent to the diagnosis and treatment processes of victimized women and children in the medical institutions.