

# KADINA YÖNELİK CİNSİYETÇİ ŞİDDET VE RUH SAĞLIĞI

Leyla GÜLSEREN\*

**Öz:** Kadına yönelik şiddet, kadınların beden ve ruh sağlığını ciddi olarak tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadına yönelik şiddetin en yaygın ama en gizli kalanı aile içi şiddettir. Türkiye’de yaklaşık her dört kadından biri eşinden fiziksel şiddet görmektedir. Fiziksel şiddete sıklıkla şiddetin diğer türleri eşlik eder. Şiddete maruz kalan kadınlarda en sık görülen ruhsal hastalıklar, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, somatizasyon ve madde kullanım bozukluklarıdır. Birden fazla alanda şiddete maruz kalan kadınlarda ruhsal belirtiler daha ağırdır. Aile içi şiddet çeşitli nedenlerle gizli kalmaktadır. Kronik, tedaviye dirençli depresyon; yineleyici özkıym düşünceleri, girişimleri; yaygın, açıklanamayan bedensel yakınmalar, ağrılar; dissosiyatif belirtiler; kabuslar, uyku bozuklukları aile içi şiddet olasılığını düşündürmelidir. Aile içi şiddet çocukların ruh sağlığını da olumsuz etkileyerek kuşaktan kuşağa aktarılır. Kadına yönelik şiddetle mücadelede şiddetin görünür kılınması, şiddetle ilgili farkındalığın artırılması, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik acil önlemler alınması, kadınların eğitim alması ve çalışma hayatına aktif katılımlarının sağlanması, kamusal destek sistemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** kadına yönelik şiddet, ruh sağlığı, risk etkenleri

## Domestic Violence Against Women And Mental Health

**Abstract:** Violence against women is an important health issue which seriously threatens women’s physical and mental health. The most common, yet the most hidden form of violence against women is domestic violence. Around one in every four women in Turkey are exposed to domestic violence. In this form of violence against women, physical violence is frequently accompanied by other types of violence. Mental diseases most widely observed on women who become subject to violence are post-traumatic stress disorder, major depressive disorder, anxiety disorders, somatization and substance use disorders. Women who are subject to violence in several areas suffer from more severe mental symptoms. Domestic violence is suppressed and hidden due to various reasons. Chronic, treatment resistant depression; recurring suicidal thoughts/attempts; frequent, unexplained physical complaints and pain; dissociative symptoms; nightmares and sleep disorders should suggest the possibility of domestic violence. Domestic violence is also transmitted from generation to generation by adversely affecting the mental health of children. In the struggle against violence against women, it is necessary to make violence visible, to raise awareness about violence, to take urgent measures to ensure gender equality, to ensure that women receive education and active participation in working life, and that public support systems should be developed.

**Key words:** domestic violence against women, mental health, risk factors

Kadınların ruh sağlığının üreme işlevleriyle yakından ilişkili olduğu konusundaki önyargılar, ruhsal hastalıkların nedeni olabilecek psikososyal etkenlerle çok fazla ilgilenilmemesine yol açmıştır. Kadınların ruh sağlığını etkileyebilecek kadın haklarının ihlali gibi sosyal konular 20. yüzyılın sonlarına dek ihmal edilen bir alan olmuş, bilim insanları kadınların ruhsal sorunlarını anlamak için kullanılan bu dar biyolojik modele eleştirel bir bakış açısıyla yaklaşmadıkları gibi çoğu araştırmadaki cinsiyet yanlılığı da göz ardı edilmiştir. Bu nedenle çocukluk dönemi kötüye kullanımı, ev içi şiddet gibi psikososyal stres etkenlerinin tanınması ve kabullenilmesi yavaş olmuştur. İkinci feminizm hareketiyle birlikte 1970’li yıllardan başlayarak cinsiyetin önemi, kadınların toplumsal konumu ve kadına yönelik şiddet kadın ruh sağlığının esas belirleyicileri

olarak kabul edilmeye başlanmış; cinsel saldırı, cinsel kötüye kullanım, aile içi şiddetin etkileri ve yaygınlığına ilişkin araştırmalar psikiyatri yazınına girmiştir (Astbury, 2006; Kaminer ve Seedat, 2006). Aynı dönemde kadın psikolojisi hakkında geliştirilen feminist kuram, kadınların biyolojisinin kaderlerini belirlemediğini vurgulamıştır. Bu süreçle birlikte kadınların psikososyal gelişimleri incelenirken özellikle bağımlılık, cinsellik, duygu ve düşüncelerini ifade etme, diğerlerine bağımlı karar verme ve benzer özellikleri de değerlendirilmeye başlanmış; ilerleyen yıllarda, kadın cinsiyetle özdeşleştirilen konversiyon bozukluğu, dissosiyatif bozuklukta çocukluk dönemi ihmal ve travmalarının önemli rolü olduğunu destekleyen çok sayıda bulguya ulaşılmıştır (Şar ve ark., 2004, 2007; Foote ve ark., 2006).

\*Doç. Dr., Serbest Psikiyatrist (ORCID No: 0000 0002 6166 982X)

Geliş Tarihi / Received : 20.11.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 25.03.2020

Günümüzde nörobilim, moleküler genetik, psiko-farmakoloji gibi biyolojik psikiyatri alanında yaşanan baş döndürücü gelişmeler ruhsal hastalıkların nedenlerinin anlaşılması ve etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi konusunda umut verirken yordamlar, gelecekte ruhsal sorunların katlanarak artacağı yönündedir. Yaşlı nüfusun artması, sosyal sorunlar ve kargaşaların çoğalması, şiddet, iç savaşlar, afetler ve göç toplumlarının hızla büyümesi beklenen artışın başlıca nedenleri olarak gösterilmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi ruhsal hastalıklar için risk oluşturur (**Öztürk ve Uluşahin, 2008**). Kadınlar, artması beklenen ruhsal sorunlar için risk grubudur. Kadın ruh sağlığını kadınların toplum içindeki konumlarından ayrı düşünmek olanaklı değildir. DSÖ'nün 2002 tarihli raporunda kadınlarda ruhsal hastalıkların daha çok görülmesi biyolojik temelli bir yatkınlıktan çok stres etkenleri ve risk etkenlerine daha çok maruz kalmalarıyla ilişkilendirilmiştir (**WHO, 2002**).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde "tüm kadın ve erkekler ayrımcılığa uğramadan yaşama, sağlık, eğitim ve çalışma haklarından eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir" denmektedir. Bildirgede sağlık hakkından da söz edilmesine karşın sağlık hakkı uzun süre ihmal edildiği gibi kadınlar sosyal olarak daha aşağıda konumlanmaya devam etmişlerdir. Bu duruma çözüm bulmak ve cinsiyete özgü hakların daha net biçimde ifade edilebilmesi için Birleşmiş Milletler tarafından Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) yayınlanmıştır (**CEDAW, 1979**). Bu sözleşme, hayatın her alanında kadınların erkeklerle eşit haklara, muameleye ve konuma sahip olmasını garanti altına almayı hedefler. Ancak özellikle az gelişmiş ülkelerde olmak üzere dünyanın pek çok yerinde, bu sözleşmeyi 1985 yılında imzalayıp, 1986 yılında yürürlüğe koymuş olan ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitsizliği sürmekte, bu eşitsizliğin bedeli kadınların ruh ve beden sağlığı için son derece ağır olmaktadır.

Kadın ruh sağlığını etkileyen en önemli sosyal etkenler kadına yönelik şiddet ve yoksulluktur. Bu yazıda, kadına yönelik şiddetin nedenleri, kadınların ruh sağlığını nasıl etkilediği, şiddete maruz kalan kadınlara nasıl yaklaşılacağı gözden geçirilerek, kadına yönelik cinsiyetçi şiddetle mücadeleye ilişkin öneriler sunulacaktır.

### A. Kadına yönelik şiddetin tanımı

Kadına yönelik şiddet, kadınların beden ve ruh sağlığını ciddi olarak tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Birleşmiş Milletler'in Kadına Yönelik Şiddetin

Önlenmesi Bildirgesi'nde, "kadınlarda fiziksel, cinsel, ruhsal herhangi bir zarar ya da üzüntü doğuran ya da bu sonucu doğurmaya yönelik özel yaşamda ya da kamu yaşamında gerçekleşebilen, her türlü davranış, tehdit, baskı ya da özgürlüğün keyfi biçimde engellenmesi" olarak tanımlanmaktadır (**UN Women, 2003**). Tam adı, "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev içi şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi" olan İstanbul Sözleşmesi'ndeki tanıma bakıldığında; kadına yönelik şiddetin bir insan hakları ihlali, ayrımcılık formu, toplumsal cinsiyetle bağlantılı bir olgu olduğunun ve hem kamusal hem de özel alanda ortaya çıkabileceğinin vurgulandığı görülmektedir. Sözleşmede yer alan toplumsal cinsiyete dayalı şiddet terimi, "kadına kadın olmasından dolayı uygulanan ve kadınları orantısız biçimde etkileyen şiddet" olarak tanımlanır (**İstanbul Sözleşmesi, 2011**).

Ev içi şiddet (domestic violence) ve aile içi şiddet aynı anlamı ifade etmez. Aile içi şiddet (violence within the family) yalnız aile bireylerine yönelik şiddetle ilişkilidir. Daha kapsamlı bir terim olan ev içi şiddet ise genel anlamda yakın ilişkide bulunanlarla (aile üyeleri, eski ya da şimdiki eşler ve partnerler gibi) ilgili şiddeti tanımlar. Kişilerin aynı evde yaşama zorunluluğu yoktur. Ev içi şiddet aile içi şiddeti içerdiği gibi flört şiddeti, yakın ilişki yaşayan cinsel yönelimleri farklı olan kişiler arasındaki şiddet de ev içi şiddet kapsamındadır (**Uygur, 2015**).

"Kadına yönelik aile/ev içi şiddet" ifadesi şiddetin öznesini gizleyebildiğinden bu yazının başlığında "kadına yönelik cinsiyetçi şiddet" tanımı kullanılmıştır. Yazının içeriğinde sık olarak geçen "ev/aile içi şiddet" ifadesi cinsiyetçi şiddete gönderme yapmaktadır.

Dünya Bankası verilerine göre 15-44 yaş grubundaki kadınların cinsel saldırı ve ev içi şiddete maruz kalma riski, kanser olma, trafik kazası geçirme ve sıtmaya yakalanma riskinden daha yüksektir (**UN Women, 2010**). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC), tüm dünyada 2017 yılında cinayet nedeniyle ölen kadınların yarısından fazlasının partnerleri ya da aile üyeleri tarafından öldürülmüş olduklarını bildirmiştir (**UNODC, 2019**). Türkiye'deki duruma baktığımızda 2002-2009 yılları arasında kadın cinayetleri %1400 oranında artmış, 2010-2017 yılları arasında en az 1679, 2019'un ilk on ayında en az 284 kadın öldürülmüştür (**Bianet, 2017; Bianet, 2019; TBMM, 2009**).

**B. Kadına yönelik şiddetin türleri ve yaygınlığı**

**Fiziksel şiddet;** kadınları kontrol etmek amacıyla kullanılan fiziksel saldırı ve tehdit, tartaklama, tokat atma, dövme, tekmeleme, yumruklama, ateşli silah ya da kesici/delici bir aletle yaralama, ölüme yol açma olarak tanımlanır (**Watts ve Zimmerman, 2002**). DSÖ tarafından 10 ülkede 24.000 kadın ile görüşülerek gerçekleştirilen çalışmada fiziksel şiddet yaygınlığı için %13-61 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (**Garcia Moreno ve ark., 2006**).

Türkiye’de kadına yönelik şiddetin yaygınlığını araştıran ilk kapsamlı niceliksel araştırma, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (BAAK) tarafından 1993-1994 yıllarında yürütülen “Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları” araştırmasıdır (**TC BAAK, 1995**). Bu çalışmanın sonuçları kadına yönelik aile içi şiddet yaygınlığının %35 olduğunu göstermiştir. Çalışmanın en çarpıcı sonuçlarından birisi, pek çok kadının erkeklerin haklı nedenlerle kadınlara şiddet uyguladığını düşünmesidir. Bu düşüncenin, çalışmanın yapıldığı dönemlerde erkek egemen sistemin, kadına yönelik şiddeti meşrulaştırmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Ulusal çapta ikinci araştırma, bundan 14 yıl sonra yapılmıştır (**Altınay ve Arat, 2007**). Türkiye’nin farklı bölgelerinden 1800 kadınla görüşülerek yapılan bu çalışmada, her üç kadından birinin eşinden şiddet gördüğü saptanmıştır. Çalışmanın dikkat çeken bir diğer verisi, boşanmış ve boşanmakta olan kadınların %78’inin eşi tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılmasıdır. İki çalışma arasında kadına yönelik şiddet oranlarında belirgin bir azalma olmamakla birlikte Altınay ve Arat’ın (2007) çalışmasında, 10 kadından dokuzunun dayacağı haklı görmemesi, ilk ulusal çaptaki alan çalışmasından sonra geçen yıllar içinde kadınların aile içi şiddete bakışında değişiklik olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar söz konusu değişikliği, 1990’lı yıllardan itibaren Türkiye kamuoyunda kadına yönelik şiddetin ele alınışında kayda değer değişiklikler olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü’nün (KSGM), 2008 yılında Türkiye genelinde 12.000’den fazla kadınla gerçekleştirdiği çalışmada, aile içi fiziksel şiddet yaygınlığı %39 bulunmuştur (**TC Başbakanlık KSGM, 2009**). Bu çalışmanın izlem araştırması niteliğinde olan bir başka çalışma, 2014 yılında yine KSGM yürütücülüğünde Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılmıştır. Ülke genelinde en geniş örneklemlilik ikinci çalışma özelliğini taşıyan araştırma (örneklem grubu 7462 kadın), geçen altı yıl içinde kadına yönelik şiddetle ilgili değişimi ve yapılan düzenlemelerin etkisini yansıtması açısından önemlidir.

Evlenmiş olan kadınların eş/birlikte oldukları erkek tarafından yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları fiziksel şiddet oranının bir önceki çalışmaya göre biraz gerilediği (%36) bulunmuştur. Kadınların yarısından fazlası (%58) şiddeti haklı gösterecek hiçbir gerekçe olmadığını bildirmişlerdir. Fiziksel ve cinsel şiddet türünden en az birine maruz kalma %42’den %38’e değişmiştir. Ancak tedavi gerektirecek denli ağır yaralanma yüzdesi 2008 yılında yapılan çalışmada %41 iken 2014 yılındaki çalışmada %47’dir (**TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015**). Dünya Ekonomik Forumu’nun her yıl yayımladığı Küresel Cinsiyet Eşitsizliği Raporu’nda ise 2016 yılında Türkiye’de yaşayan kadınların yaşamları boyunca cinsiyete dayalı fiziksel şiddetle karşılaşma olasılığı % 42 olarak bildirilmiştir (**WEF, 2016**).

**Cinsel şiddet;** kadını güç kullanarak cinsel ilişkiye, cinsel ilişki sırasında istemediği cinsel davranışları yapmaya zorlama, cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanma, kadına cinsel bir nesne gibi davranma, fuhuşa zorlama, cinsel saldırı gibi farklı biçimlerde yaşanabilir. Ensest ve evlilik içi cinsel saldırı, cinsel şiddetin en yaygın yaşanan iki türüdür (**Watts ve Zimmerman, 2002**). DSÖ’nün çalışmasında cinsel şiddet yaygınlığı için %6-59 arasında değişen oranlar bildirilirken (**Garcia Moreno ve ark., 2006**), Türkiye’de yapılan alan çalışmalarında cinsel şiddet yaygınlığının %9-15 olduğu belirlenmiştir (**TC BAAK, 1995; Altınay ve Arat, 2007; TC Başbakanlık KSGM, 2009; TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015**). Utanma nedeniyle saklama, ensestin aile sırrı olarak görülmesi, özellikle geleneksel toplumlarda kadının kendisini eşinin her talebini kabul etmeye zorunlu hissetmesi ve eşinin cinsel şiddet olarak kabul edilebilecek davranışlarını sorun olarak dillendirmemesi gibi nedenlerden dolayı bildirilen oranların gerçeği ne ölçüde yansıttığı kuşkuludur. KSGM tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada kadınların neredeyse yüzde 30’unun evlilik içi cinsel ilişkiye zorlamanın suç olduğunu bilmediklerini dile getirmeleri de bu görüşü destekler (**TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015**).

**Ruhsal şiddet;** duygular ve duygusal gereksinimlerin baskı uygulayabilmek amacıyla tutarlı biçimde istismar edilmesi, bir yaptırım ya da tehdit aracı olarak kullanılması, kadının görünüşü, yaptıkları, bedeni ile sürekli alay edilmesi ve aşağılanması, sevgi, ilgi, onay gibi ruhsal gereksinimlerin göz ardı edilmesi, küçümsemesi, değer verilen

inançların aşılanması ya da bunlara aykırı davranmaya zorlanması, aşağılama-alay-hakaret-başkalarının yanında küçük düşürme, evden çıkmaya, aile ve arkadaşlarla görüşmeye izin vermeme, destek alabileceği kurum ve kişilerden uzak tutma, telefonla taciz etme, işyerinde taciz, sokakta takip etme olarak tanımlanır (**Watts ve Zimmerman, 2002**). Ruhsal şiddet fiziksel şiddetin yıkıcı etkilerini artırır. Fiziksel şiddet azalsa da ruhsal şiddet sürebilir, fiziksel şiddetin vekili olabilir; *"her zaman dövülebilirsin"* (**İlkkaracan ve Gülçür, 1996**). DSÖ'nün yaptığı çalışmada %20-75 arasında değişen yaygınlık oranları bildirilirken, Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında ruhsal şiddet yaygınlığının %44 düzeyinde olduğu bulunmuştur (**Garcia Moreno ve ark., 2006; TC Başbakanlık KSGM, 2009; TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015**). Altınay ve Arat'ın (2007) çalışmasında, her 10 kadından yalnızca üçünün eşinden izin almadan ailesini ziyaret edebildiği, alışverişe/çarşıya gidebildiği bildirilmiştir. Ruhsal bir şiddet türü olan ısrarlı takip ise ilk kez 2014 yılında KSGM tarafından yapılan araştırmada sorgulanmış, 10 kadından üçünün hayat boyu en az bir kez bu tür şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Telefon, kısa mesaj, mektup, e-posta ya da sosyal medya aracılığıyla ölüm ve zarar verme tehdidi içeren bu tür ısrarlı takip biçimlerinin failleri daha çok eski eş ve eskiden birlikte olunan erkek arkadaşlardır. Ancak dikkat çeken bir bulgu, ısrarlı takibe maruz kalmış ve bir kurum/kuruluşa başvurmuş kadınların yarısından fazlasının, yaptıkları başvurudan sonuç alamamış olmalarıdır (**TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015**).

**Ekonomik şiddet;** kadının ailenin gelirinden daha az yararlanması, sağlık hizmetlerine ve eğitime aynı hanedeki erkeklerden daha az ulaşması, aynı hane içinde kadının daha kötü beslenmesi, çalışmasına engel olunması ya da istemediği işlerde çalışmaya zorlanması, parasının, banka kartının ya da kredi kartının elinden alınması, ailenin taşınır ve taşınmaz mallarının erkekler üzerine yapılması, mal sahibi olmasının ya da para biriktirmesinin engellenmesi, ailenin parasının nasıl harcanacağı konusunda söz sahibi olmaması, aynı işi yaptıkları hâlde erkeklerden daha düşük gelir elde etmeleri, ücretsiz aile işlerinde çalışmaları gibi çok farklı şekillerde ortaya çıkan ve oldukça yaygın olan bir şiddet türüdür. Kadının ücretli bir işte çalışma hakkını ihlal eden ev içi karşılıksız emek de bir şiddet türüdür ve belki de ekonomik şiddetin en yaygın örneğidir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ekonomik

şiddetin yaygınlığı %30-40 olarak bildirilmiştir (**Altınay ve Arat, 2007; TC Başbakanlık KSGM, 2009; TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015; Memiş 2015**). KSGM'nin 2015 çalışması verilerine göre, yaşamlarının herhangi bir döneminde kadınların %9'una ev ihtiyaçları için para verilmemesi söz konusuysa, evli kadınların %5'inin de kişisel geliri elinden alınmaktadır. Kadınların yoksulluğa düşme riski de bir şiddet türüdür. Dünyada yoksulluk içinde yaşayan insanların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (**Moghadam, 2005**). Yoksulluk, kadınların tedaviye ulaşmalarına engel oluşturmada, hastalıkların gidişini olumsuz etkilemektedir (**Grote ve ark., 2007**). Kadınlara yönelik ayrımcılık ve bu ayrımcılığın hem nedeni hem de sonucu olan yoksulluk pek çok ruhsal hastalığın kadınlarda daha sık görülmesinin önemli bir nedenidir. 1995 yılında Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı'nda 'yoksulluğun kadınlaşması' ifadesi kullanılmıştır (**UN Women, 1995**). Bu ifadenin kullanılması yoksulluğun cinsiyetle ilgili bir boyutunun olduğunun hükümetler tarafından kabul edilmesi anlamını da taşıdığından kadın yoksulluğuyla mücadelede önemli bir adım olmakla birlikte söz konusu mücadelede ilerleme yavaş olmaktadır. Yoksulluk; göçmenlik, belli bir azınlık grubunda yer almak ya da belli bir sosyal sınıfa ait olmakla ilişkili olabilir. Ancak nedeni ne olursa olsun yoksulluk süreci kadın ve erkekleri farklı biçimlerde etkilemektedir. Kadınların daha yoksul olmalarında ve yoksulluğun etkilerini daha fazla yaşamalarında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önemli bir rolü vardır (**Ecevit, 2003; Şener, 2009; Güneş, 2011**). Türkiye'de yoksulların çoğunluğunu kadınlar, en çok da dul, boşanmış, tek ebeveyn olarak çocuklarıyla yaşayan kadınlar oluşturmaktadır. Boğaziçi Üniversitesi'nden Candaş'ın Sosyal Politika Forumu bünyesinde çalışan bir ekiple gerçekleştirdiği 'Türkiye'de eşitsizlikler: kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış' çalışmasında, Türkiye'nin gelir dağılımı eşitsizliği ve gelir yoksulluğu açısından AB üye ülkeleri arasında son sırada; toplumsal cinsiyet açısından gelir eşitsizliğini gösteren endekste ise 115 ülke arasında 109. sırada yer aldığına dikkat çekilmiştir. Gelir dağılımındaki bozulmadan en çok etkilenen kesim kadınlar ve kız çocuklarıdır. Yine aynı çalışmada, kadınların işgücüne katılım oranları 1988 yılında %34.3 iken 2008'de %21.6'ya gerilediği belirtilmiştir (**Candaş ve ark., 2010**). TÜİK'in 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların istihdam oranları erkeklerin yarısından daha azdır (**TÜİK web sayfası**).



**Diğer şiddet türleri;** Şenol-Cantek (2015), mekânsal hareketliliğin kontrol altında tutulmasının da bir şiddet türü olduğuna dikkat çeker. Her ideolojinin vitrini olan kadının mekândaki duruşu, var olma biçimi ve temsil gücü her tür ideolojinin önemseydiği bir unsurdur. Yazara göre, aykırı olanı görünmez kılmak kadar göz hapsine alma, bakışlarla taciz etme, bulunduğu mekânda farklı olduğunu hissettirmek de mekânsal şiddettir.

Flört şiddeti, flörtün yeni başladığı 13-14'lü yaşlardan 20'li yaşların başındaki dönemde romantik ilişkilerde yaşanan şiddete işaret eder. Fiziksel, cinsel, ruhsal, sosyal, dijital, ısrarlı takip tarzında ortaya çıkabilir. Bu dönemde flört etmek gizli, ayıp, saklanması gereken bir durum olarak görülebildiğinden kimseyle paylaşmamaya ve yalnız hissetmeye yol açabilir (**Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı**).

### C. Risk etkenleri

Kadına yönelik şiddetle ilgili risk etkenleri şiddet uygulayan kişi açısından, şiddete maruz bırakılan kadın açısından ve sosyal ilişkiler/yapılanma açısından değerlendirilebilir. Erkeklerle ilgili risk etkenlerine bakıldığında; kadınlara şiddet uygulamanın olağan görüldüğü bir kültürde yetişme, eğitim düzeyinin düşük olması, çocukluk döneminde şiddete maruz kalma/tanıklık etme, alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik özelliklerinin olması.

Kadınlara ilgili risk etkenleri açısından; daha önce şiddete maruz kalma, evlilik sorunlarının olması, boşanmış/boşanmak üzere olma, eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, yetiyiminin olması, göçmen/mülteci/etnik azınlık grubunda olma, gebe olma, erken yaşta evlenme.

Sosyal yapılanma açısından değerlendirildiğinde ise; ailenin onayını almadan yapılan evlilikler, gelecekte kadın-erkek rollerinin benimsendiği aileler/ ilişkiler, işsizlik, yoksulluk şiddet riskini artıran başlıca etkenler olarak sayılabilir (**Gülseren ve Başterzi, 2017**).

Yukarıda sayılan etkenler dışında sadece "kadın" olmak şiddete maruz kalmak için başlı başına bir risk oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde daha fazla olmak üzere tüm dünyada kadına yönelik şiddetin önde gelen nedeni toplumsal cinsiyet eşitsizliği, erkek egemen sistem içinde erkeklerin kadınları kontrol altına alma ve kadınların yaşamını ve yaşam alanlarını kendi koydukları kurallara göre düzenleme isteğidir. Toplumsal olarak tanımlanmış cinsiyet

rolleri arasındaki güç dengesizliği kadınların yaşadıkları şiddet türlerinin tümünde etkilidir. Çocukluktan itibaren ve sonrasında, evlilik boyunca kadınlar toplumun kendileri için biçtiği rollere uyma, terbiye edilme, denetim altına alınma amacıyla şiddete maruz kalmaktadırlar (**Altınay ve Arat, 2007; İlkaracan ve Gülçür, 1996; UN Women, 2003; Kümbetoğlu, 2010**).

Köken ailelerinde şiddet gören ya da şiddete tanık olan kadınların kendi ilişkilerinde şiddete maruz kalma, erkeklerin ise şiddet uygulama riski daha yüksektir. Bu durum *şiddet döngüsü* olarak isimlendirilir (**Altınay ve Arat, 2007; Vahip ve Doğanavşargil, 2006**). Ev içi şiddet tanımlanırken kadınlar üzerinde durulsa da çocukların doğrudan ya da dolaylı yoldan ev içi şiddetin mağduru oldukları unutulmamalıdır. Aile içi şiddete tanık olan ya da maruz kalan çocuklarda içselleştirilen korku, öfke, çökkünlük duyguları ve bu duygularla şekillenen ruhsal yapı, şiddetin farklı biçimlerini ortaya çıkaran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır. Böylece şiddet kuşaktan kuşağa aktarılır (**Vahip, 2002**).

### **Riskin yüksek olduğu iki grup: mülteciler ve gebe kadınlar**

Kadınlar, savaş sırasında bombaların, silahlı çatışmaların hedefi olarak zarar görürler, sakat kalırlar, cinsel saldırıya uğrarlar, savaşla bağlantılı ihmal ya da travma nedeniyle ölürlər. Çoğu kez savaşın sivil kayıpları olarak kayıtlara bile geçmezler. Oysa savaşlar en çok, dünyanın hemen her yerinde toplumsal konum, hak ve özgürlükler yönünden erkeklerden daha geride yer alan kadınları ve onlarla birlikte çocukları etkiler (**Hynes, 2004**).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (UNHCR) 20 Haziran 2014 tarihli raporunda dünya genelinde mültecilerin, sığınmacıların ve ülkelelerinde yerinden edilmiş kişilerin sayısının 11. Dünya Savaşı sonrası dönemde ilk kez 50 milyonu geçtiği bildirilmiştir. Elli milyonu aşan bu grubun yarısından fazlasını ülke içinde yerinden edilen insanlar oluşturmaktadır. Bu gruptaki insanlar, mültecilere sağlanan uluslararası koruma normlarının bulunmadığı çatışma bölgelerinde yaşadıklarından yeterince yardım alamamaktadır. Son yıllarda mülteci ve sığınmacı sayısındaki artışın başlıca nedeni Suriye'de devam eden savaştır (**UNHCR, 2014**). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin 2019 Temmuz ayı raporuna göre Türkiye'de yaklaşık 3.5 milyondan fazla kayıtlı Suriyeli mülteci bulunmaktadır (**UNHCR, 2019**).

Mülteci kadınlar ve kız çocukları birçok zorlukla karşı karşıya kalırlar. Yoksulluk, açlık, enfeksiyon hastalıkları, bomba ya da mayınların patlaması sonucunda yaralanma, aileden ayrılmak zorunda kalma, çok erken yaşlarda çalışmaya başlayarak aileye ekonomik destek sağlama, kardeşlerinin bakımını üstlenme, yeterli eğitim alamama, dil sorunu, kültüre yabancı olma, cinsel ve fiziksel saldırılar, cinsel saldırılara bağlı bedensel sorunlar, erken yaşta evlendirilme, istenmeyen gebelik, bununla bağlantılı sosyal dışlanma, seks endüstrisi tarafından sömürülme mülteci kızların yaşadıkları başlıca sorunlardır (**Women's Refugee Commission, 2009**). TCK'nın 227. ve 230. maddelerine göre ([www.turkhukuk-sitesimevzuat.com](http://www.turkhukuk-sitesimevzuat.com)) suç oluşturmasına rağmen Türkiye'ye sığınan küçük yaşta Suriyeli mülteci kızların güvenlik ve maddi zorluklar nedeniyle para karşılığında evlendirildiklerine, kadınların ve genç kızların fuhuşa zorlandıklarına ilişkin haberler yayınlanmıştır (**Economist, 2014**).

Savaş ve çatışmaların yaşandığı dönemlerde/bölgelerde kadınlara yönelik her tür şiddet artar. Kültürel normlar ve aile yapısında bozulma, kadının ekonomik yönden erkeğe bağımlı olması, temel gereksinimlere sınırlı erişim şiddetin süregelen hâle gelmesinde önemli etkenlerdir. Savaş ve yol açtığı değişikliklerin söz konusu etkenleri belirgin hâle getirmesinin yanı sıra şiddet, savaş ortamında anlaşmazlıkları çözmeye kullanılan standart bir araç olarak kabul edilir. Savaş travması, sivil toplumda ortaya çıkan bozulma, şiddet kültürünü teşvik ederek çatışmalar durduktan sonra da kadına yönelik şiddetin sürmesinde etkili olur. Çatışmalar sırasında kadınlara yönelik cinsel şiddetin arttığı tarih boyunca bilinmesine karşın cinsiyete dayalı şiddet uzun yıllar savaşın kaçınılmaz bir sonucu olarak görül-müş, kadınlar yeterince korunmadıkları gibi cinsel şiddet mağdurları uygun tedavi ve yardıma da ulaşamamışlardır. Cinsel saldırıya uğrayan çoğu kadın korku, damgalanma kaygısı, utanç gibi nedenlerle yaşadıklarını bildirimde bulunmaz (**Gülseren, 2015**).

Savaş kültüründe militarizm, maskülenlik ve cinsel şiddet birbirleriyle bağlantılıdır. Cinsel saldırı ve şiddet askerliğin bir parçası olarak kabul edilir. Savaş döneminde şiddetin kullanılması meşru görülür (**Borer, 2009**). Cinsel saldırının bir savaş yöntemi ya da savaş silahı olarak kullanılması kadının cinsel erdeminin değeriyle ilgili kültürel normlara dayanır. Toplumun kadının cinselliğine ilişkin mülkiyet algısı cinsel saldırının yalnızca kadına yönelik bir saldırı

değil, tüm toplum ya da etnik gruba yönelmiş olarak algılanmasına yol açar. Kadın gebe kalırsa saldırı gelecek kuşakları da etkileyeceğinden etkisi çok yönlü olur. Zorla gebelik etnik temizliğin bir biçimidir (**Shanks ve Schull, 2000**).

Savaş sırasında oluşan fiziksel yaralanmaların görünürlüğü ve tedavi edilme şansı varken cinsel şiddetin yol açtığı bedensel ve ruhsal yaraların tedavi edilme olasılığı çok daha düşüktür. Cinsel saldırıya bağlı gelişen istenmeyen gebeliklerin yanı sıra cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklara yakalanma riski de söz konusudur. Cinsel saldırılara bağlı olarak fistüller, fistüle bağlı komplikasyonlar, karın ağrısı, kısırlık, kanamalar, adet düzensizlikleri, erken doğum, cinsel işlev bozuklukları, idrar-dışı inkontinans, korku, utanç, bellek bozuklukları, saldırgan davranışlar, uykusuzluk gibi belirti ve bulgular ortaya çıkabilir. Cinsel travmalar ruhsal hastalık ve özkıyım riskini artırır. Cinsel travmaya maruz bırakılan kadınların çoğu ailesi ve toplum tarafından suçlanır, dışlanır, damgalanır ve cezalandırılır. Bu durum cinsel şiddet mağdurunun umutsuzluk ve sıkıntılarını arttırdığı gibi mağduru tekrarlayıcı cinsel travmalara açık hâle getirir. Cinsel saldırıya uğramış kadınların çocuklarında, ruhsal hastalık, ihmal ve kötüye kullanım riski yüksektir. Savaş sırasında uygulanan sistematik cinsel şiddet yalnızca fiziksel yaralanmaya yol açmakla kalmaz etkisini kuşaklar boyu gösteren bir kültürel yıkım da yapar (**Gülseren, 2015**). Travmatik yaşantılar bedenin istila edilmesine ve yaralanmasına yol açar, başkalarıyla ilişkide *kendi olabilmek* inancını bozar. Otonominin ve bedensel işlevler üzerindeki kontrolün kaybı çoğu kez travmanın en aşağılayıcı yönü olarak yaşantılanır. Bireysel yeterliliği olumsuz etkilediğinden yoğun suçluluk duyguları ortaya çıkar (**Herman, 1992**).

Gebe kadınların şiddetten muaf olduklarına dair bir önyargı hem toplumda hem de sağlık çalışanları arasında yaygındır. Dünya üzerinde dört kadından biri gebelik sırasında fiziksel/cinsel şiddete maruz kalmaktadır TC Başbakanlık KSGM, (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, 10 kadından birinin gebelik döneminde şiddete uğradığı bildirilmiştir. Ülkemizde 297 gebe kadınla yapılan bir başka çalışmada, gebelik sürecinde kadınların %15.4'ünün fiziksel, %6.6'sının ise cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmış, her türlü şiddet gebelik döneminde başta depresyon olmak üzere ruhsal hastalıklarla yakından ilişkili bulunmuştur (**Türkili ve Başterzi, 2015**). Donovan ve arkadaşlarının (2016) yakın tarihli bir sistematik gözden geçirmesinde ise, gebelikte şiddete maruz kalan kadınların bebeklerinde erken doğum,

düşük doğum ağırlığı gibi sorunların yaygın olduğu bildirilmiştir.

#### D. Kadına yönelik şiddet ve ruhsal hastalıklar

Şiddete maruz kalmak önemli bir travmadır ve travmanın yol açtığı en yaygın ruhsal hastalıklar; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, somatizasyon ve madde kullanımı bozukluklarıdır (**Chandra ve ark., 2009, Yüksel, 2012**). Şiddet gören kadınlarda TSSB için %84'e varan yaygınlık oranları bildirilmektedir (**Golding, 1999**). Ülkemizde farklı coğrafi ve kültürel özelliklere sahip iki ayrı il merkezinin üniversite hastanelerinde, psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan çalışmalarda aile içi fiziksel şiddet yaygınlığı %62 ve %57 bulunmuştur (**sırasıyla, Akyüz ve ark., 2002; Vahip ve Doğanavşargil, 2006**). Şiddet özkıyım için önemli bir öngörücüdür. Özkıyım girişiminde bulunanların %20'sinden fazlasında şiddet öyküsü olduğu bildirilmiştir (**WHO, 2002**).

Ruhsal belirti/bulgulara yol açan yalnızca fiziksel şiddet değildir. Ruhsal şiddet, kadınların ruh sağlığını fiziksel şiddet kadar olumsuz etkiler, depresyon ve TSSB için güçlü bir öngörücüdür (**Gülseren ve Başterzi, 2017**). Bu nedenle, ruhsal şiddet şiddetin minör bir türü olarak düşünülmemeli, mutlaka araştırılmalı ve dikkate alınmalıdır.

Cinsel şiddet, istenmeyen gebeliğe, cinsel organlarda yaralanmaya (travmatik jinekolojik fistül vb.), cinsel yolla bulaşan hastalıklara (HIV/AIDS, Hepatit B vb.) neden olabilir. Erken yaşta, zorla evlendirilme cinsel şiddet için risk etkenidir. Fiziksel şiddet varsa cinsel şiddetin eşlik etme olasılığı yüksektir. Yukarıda da vurgulandığı gibi savaşı ve çatışmaların yaşandığı dönemler / bölgelerde cinsel şiddet daha yaygındır (**UN Women, 2010**).

Herman (1992), cinsel saldırının asli ögesinin terörize etme, egemen olma ve mağduru aşağılama, tamamen çaresiz bırakma olduğunu vurgular. Yani cinsel saldırı özellikle ruhsal travma üretmek için dizayn edilmiştir. Güçsüzleştirilmiş, yalıtılmış olanlar TSSB açısından daha fazla risk altındadır. Travmatik yaşantılar bedenini istila edilmesine ve yaralanmasına yol açar, başkalarıyla ilişkide *kendi olabilmek* inancını bozar. Otonominin ve bedensel işlevler üzerindeki kontrolün kaybı çoğu kez travmanın en aşağılayıcı yönü olarak yaşantılanır. Bireysel yeterliliği olumsuz etkilediğinden yoğun suçluluk duyguları ortaya çıkar.

Dünya Sağlık Örgütü depresyonun 2020 yılında en acil sağlık sorunları içinde ikinci sırada yer alacağını bildirmiştir (**Lopez ve Murray, 1998**). Toplum ruh sağlığı açısından çok önem taşıması ve depresyonun kadınlarda daha sık görülmesi nedeniyle depresyona ayrı bir başlık altında yer verilmiştir.

#### Kadına yönelik şiddet ve depresyon

Depresyon tanısının kadınlarda daha sık konması kadınların duygularını ifade etme, yardım alma konusunda daha istekli olmaları, erkeklerin kendi kendilerini tedavi etmek için alkol ve maddeye yönelmeleri nedeniyle erkeklere duygudurum bozukluğu yerine madde kötüye kullanımı tanısının konması gibi gerekçelerle açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak bugün kabul edilen görüş, söz konusu etkenlerden bağımsız olarak depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğüdür. Bunda döngüsel hormonal değişiklikler gibi biyolojik etkenlerin yanı sıra kadınlarda çocukluk dönemi cinsel kötüye kullanım öyküsünün daha yaygın olması, toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkili yükler, şiddet, yoksulluk gibi psikososyal etkenler de çok önemli rol oynar (**Robinson, 2006**). Depresyon kadınlarda daha kronik seyrettiği gibi kadın olmak depresyonun öngörücüsüdür. Kadınlarda eş tanı oranları yüksektir. Eş tanı olması daha fazla yeti-yitimine, belirti şiddetinin daha fazla olmasına ve ruh sağlığı kliniklerine daha fazla başvurulmasına neden olur (**WHO, 2002**). Şiddete maruz kalan kadınlarda şiddet yaşamayanlara göre depresyonun 4-5 kat daha yaygın olduğu depresyon tanısı konan kadınlarda yaşam boyu aile içi şiddet yaygınlığının %60'a ulaştığı bildirilmiştir (**Campbell ve Lewandowski, 1997**). Maruz kalınan şiddet ne denli ağırsa depresyon da o denli ağırdır (**Di-enemann ve ark., 2000**). Karakoç ve arkadaşları (2015), psikiyatri polikliniğine başvuran ve depresyon tanısı konan kadınlarda aile içi fiziksel şiddet yaygınlığını %64 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada, sağlıklı kontrol grubuna alınan her üç kadından birisinin fiziksel şiddet görüyor olması da düşündürücü bir bulgudur. Fiziksel şiddet gören depresif kadınlarda şiddet görmeyenlere oranla özkıyım ve depresyonun kronikleşme riski daha yüksektir. Fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalan kadınların üçte biri yaşamlarının herhangi bir döneminde özkıyımı düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu oran, şiddet görmeyen kadınlar için onda bir düzeyindedir (**TC KSGM, 2015**). Ruhsal ya da fiziksel şiddete cinsel şiddetin eşlik etmesi depresif belirtilerin şiddetini, özkıyım ve madde kötüye kullanımı riskini artırabilir (**Wingood ve ark., 2000**).

Şiddet durduğunda ve kadın kendisini güvende hissettiğinde anksiyete-depresyon düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (WHO, 2002).

Gebelik duygudurum bozukluklarına karşı koruyucu olmadığı gibi lohusalık da ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması ya da yinelemesi açısından riskli bir dönemdir. Depresyon doğum yapan kadınlarda en sık görülen ruhsal bozukluktur. Doğum sonrası gerçekleşen anne ölümlerinin %20'sinin depresyona bağlı özkıyım nedeniyle olduğuna ilişkin veriler anneliğin özkıyımına karşı koruyucu olduğu görüşünün geçerliliğini yitirmesine neden olmuştur. Doğurganlık döneminde görülen ruhsal hastalıklarda biyolojik etkenler kadar çevresel ve psikososyal etkenlerin de çok önemli rolü vardır. Erken yaşta yapılan evliliklerde kadınların şiddete maruz kalma riski yüksektir. Çocukluk dönemi kötüye kullanım öyküsü, eş şiddetine maruz kalma, ergen gebeliği lohusalık depresyonu için risk oluşturur. Lohusalık depresyonu kadın için ciddi sonuçlara yol açmasının yanı sıra bebeğin bilişsel, sosyal, emosyonel gelişimini de olumsuz etkiler (Gülseren, 2013). Bu gözlemler, kadına yönelik şiddetle mücadelenin hem kadınların hem gelecek kuşakların ruh sağlığı açısından ne denli önem taşıdığını göstermektedir.

Yaşam boyu depresyon yaygınlığı kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat, yoksul kadınlarda depresyon yaygınlığı ise genel topluma oranla iki kat daha fazladır. Bunun başlıca nedeni, yoksul kadınların akut ve kronik stres etkenleriyle daha çok karşılaşmalarıdır (Bassuk ve ark., 1998). Beslenme ve barınma sorunları, birden fazla işte çalışma ya da sosyal yardım kuruluşlarından yardım aramak zorunda olma, bu kadınların eş şiddetine daha fazla maruz kalmaları, eş desteğinin yetersiz olması, çocukluk ve erişkinlik döneminde fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım öyküsünün yaygın olması, çocukların bakımını bir başına üstlenmek zorunda kalma, ayrımcılığa maruz kalma, sosyal yalıtım, sosyal hareketliliğin sınırlı olması, kamusal olanaklardan yararlanamama, yoksullukla birlikte bedensel hastalık riskinin artması depresyona yol açabilecek başlıca akut ve kronik stres etkenleridir (Aidoo ve Harp-ham, 2001; Çamur-Duyan ve ark., 2006; Levy ve O'hara, 2010).

#### E. Hangi belirtilerle başvuran kadınlarda ile içi şiddetten kuşulanılmalı?

Yaygın ve açıklanamayan bedensel yakınmalar, yineleyici özkıyım düşünceleri ve girişimleri, kronik, tedaviye dirençli depresif belirtiler, anksiyete

bozuklukları, kâbuslar, uyku bozuklukları, açıklanamayan kronik yorgunluk belirtileri, genito üriner sistemle ilgili belirtiler/bulgular (sık idrara çıkma, yineleyici İYE, yineleyici vajinal kanamalar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yineleyici istenmeyen gebelikler, gebelik döneminde kanama, düşük tehdidi, ölü doğum, erken doğum gibi komplikasyonlar, gebelik döneminde yeterli sağlık bakımı al(a)mama, ergen gebelikleri, açıklanamayan kronik pelvik ağrı, cinsel işlev bozukluğu) dissosiyatif belirtiler, yeme bozuklukları, evlilik/ilişki sorunlarıyla başvuran kadınlarda ev içi şiddet olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Ayrıca baş ağrısı, iştme kaybı, bilişsel işlev bozuklukları gibi Santral Sinir Sistemi ile ilgili sorunlar; kesin bir tanı olmaksızın farklı sağlık birimlerine sık başvurular; özellikle belirsiz ve kuşku uyandıran gerekçelerle açıklanan yineleyici travmatik yaralanmalar; çocuklarda ruhsal/davranışsal sorunlar; kadının kendisinin ve çocuklarının sağlık kontrollerini düzenli yaptırmaması; görüşme sırasında eşin/partnerin müdahaleci tutumu/yalnız görüşmeye izin vermemesi de şiddet olasılığını düşündürmelidir (Black, 2011).

Gerek ruh sağlığı çalışanları gerekse birinci basamakta ve acil servislerde çalışan hekimler sıklıkla ev içi şiddeti sorgulamamaktadırlar. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların yalnızca %17'sinin hekimlerin kendilerine şiddetle ilgili soru sorduğunu bildirdiği oysa bu kadınlarda fiziksel şiddet yaygınlığının %41 olduğu bulunmuştur (Richardson ve ark., 2002). Akyüz ve arkadaşları (2002), psikiyatri polikliniğine başvuran kadınların %98'inin hekim tarafından sorulmadıkça şiddete uğradıklarından söz etmediklerini, sınırlı bilgi verdiklerini ya da saklamayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Benzer bulgu, Karakoç ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında da dikkati çekmektedir. Bu çalışmada, depresyon tanısıyla ayaktan tedavi görmekte olan kadınların %93'ü bugüne kadar hiçbir hekimin kendilerine şiddetle ilgili soru sormadığını, %25'i şiddete maruz kaldıklarını bugüne kadar hiç kimseyle paylaşmadıklarını belirtmişlerdir.

KSGM tarafından yapılan çalışmada, kadınların %44'ü maruz kaldıkları fiziksel ve/ya da cinsel şiddeti kimseye anlatmadıklarını söylemişlerdir. Şiddete maruz kalmış kadınların çoğunluğu başta polis olmak üzere sığınmaevi/konukevi ve jandarmaya ilişkin bilgiye sahip olmalarına karşın bu alanda hizmet veren bir kurum ya da kuruluşa başvurma oranı %11'dir. Önemli bulgulardan biri, fiziksel ve/



ya da cinsel şiddete maruz kalarak polise yapılan başvurularda kadınların yüzde 81'inin ifadesinin alınmamış olmasıdır (**TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı KSGM, 2015**).

**Kadına yönelik şiddetin gizli kalmasının nedenleri**  
Kadınlarla ilgili nedenler; açıklaması durumunda şiddetin artacağına ilişkin korku, partnerin ölüme tehdit etmesi, ekonomik özgürlüğünün olmaması, ilişkiyi sürdürme niyetinde olması, kendisini suçlaması, utanma, damgalanma kaygısı, nereye başvuracağını bilememesi, başvurabileceği kurumlarla ilgili algının olumsuz olması, aile birliğinin her şeye karşın sürmesi gerektiğine ilişkin inançlar, ayrılırsa çocuklarını göremeyeceğine ilişkin kaygı duyması, partnerin yineleyici özürleri, yeni şans istemesi, göçmen kadınlar için sınır dışı edilme korkuları olarak sıralanabilir.

Sağlık çalışanlarıyla ilgili nedenler ise; şiddetle ilgili eğitimin ve deneyimin yetersizliği, sağlık çalışanlarının şiddete uğrayan hastayı nasıl ele alacaklarını bilememeleri, danışan ya da hekim tarafından şiddetin yadsınması, mahrem bulunarak konuşulmak istenmemesi ("*bu benimle ilgili değil, kişisel/sosyal/yasal bir konu*"), şiddetin gerekçelendirilmesi, ("*giyim tarzı, konumu, kurduğu ilişki biçimi, davranışları, alkollü olması nedeniyle başına gelenleri hak etmiş olabilir*"), hastaya ayrılan zamanın kısıtlı olması, sağlık çalışanının kendi güvenliğiyle ilgili kaygıları ("*fail benden intikam alabilir/bana da zarar verebilir*") (**Gülseren ve Başterzi, 2017**).

Kadın hastalarla karşılaştığımızda, sağlık çalışanları olarak içinde yetiştiğimiz kültürdeki toplumsal cinsiyet rollerini içselleştirdiğimizi; her birimizin kendi geçmişimizi ve kişisel tarihimizdeki önemli figürleri bugüne taşıdığımızı unutmadan kapsamlı ve kadına duyarlı bir bakış açısıyla yaklaşmamız son derece önemlidir.

#### **F. Kadın hastalarda ev içi şiddetin araştırılması ve ele alınması**

Eşyle başvuran kadınlarda eşin yalnız görüşmeye izin vermemesi, aşırı kontrolcü tutumu ev içi şiddet olasılığını düşündürmelidir. Şiddet sorgulanırken kadınlara yalnız görüşmeye ve mahremiyetine özen gösterilmelidir. Hastaların, özellikle sosyokültürel düzeyleri yüksek olan kadınların şiddeti bildirmekten utanç duydukları için saklama eğiliminde olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Kadına, anlatıklarının başka birine anlatılmayacağını ve başvurusundan gerekmeden kişilere söz edilmeyeceğinin güvencesi verilmelidir. Görüşmeciyi baskı yapmadan,

anlatması için kadını cesaretlendirmeli ve dinlemeye hazır olduğunu göstermelidir. Empatik/yargılayıcı olmayan bir tutum içinde açık ve net sorular sorulmalı, kullanılan dil, seçilen sözcükler kadının sosyokültürel düzeyine uygun olmalıdır. Şiddet gören kadınlar sıklıkla birden fazla alanda şiddete maruz kaldıklarından şiddetin bir türü saptandığında diğerleri de araştırılmalıdır (**Gülseren ve Başterzi, 2017**).

Akut başvurularda, kadınlara yalnız görüşülüp şiddet tehdidinin sürüp sürmediği saptanmalı, bağlantılı tıbbi sorunlara müdahale edilmeli, gerekli konsültasyonlar ve tıbbi girişimler sağlanmalıdır. Mutlaka kayıt ve adli rapor tutulmalı, daha sonra bir güvenlik planı geliştirilmelidir. Düzenlenen raporla polise, savcılığa ya da doğrudan aile mahkemesine başvurabileceği söylenmeli, bunun dışında yardım alabileceği kurum ve kuruluşlar hakkında bilgilendirilmelidir. Cinsel saldırı ve ev içi şiddet ile başvuran kadınlara yönelik ilk basamak sağlık hizmetlerinde uygulanacak destek oldukça önemlidir. Bu görüşme, şiddet mağduru kadına yardım etmek için sağlık çalışanlarının tek şansı olabileceği gibi doğru uygulandığında tek başına kadının gereksinimlerini de karşılayabilir.

Şiddet mağduru kadın ile yapılan görüşmede uygun yaklaşımın bilinmesi kadar yapılmaması gerekenlerin de bilinmesi gerekir. İlk basamak görüşme kadının sorunlarını çözmek, şiddet gördüğü bir ilişkiden ayrılması ya da adli makamlara başvurması için kadını ikna etmek, sıkıntı uyandıran olayları yeniden yaşantılamaya zorlayan ayrıntılı sorular sormak, neler olduğunu analiz etmesini istemek ya da neden olduğunu sormak, duygularını ve tepkilerini anlamak üzere ona baskı yapmak gibi amaçları içermez. Böyle bir yaklaşım kadına yarardan çok zarar getirebilir.

Birinci basamak görüşme beş temel adımı içerir ve önerilen adımlar kadının duygusal ve pratik gereksinimlerini aynı anda yanıtlamak üzere yapılandırılmıştır. Kadınların hayatlarını korumak adına bu adımları daha kolay hatırlamak için İngilizce "yaşam" anlamına gelen "**LIVES**" sözcüğünün baş harfleri kullanılmaktadır (**WHO, 2014**).

#### **a. Dinlemek**

Empatik ve yargısız bir şekilde dikkatle dinlemeyi öneren bu adımda amaç, kadına kendisine yardım etmek isteyen bir kişi ile güvenli bir yerde konuşabilme fırsatı vermektir. Dinlemek, iyi bir iletişimin en önemli parçası ve ilk basamak desteğin temelidir.

Görüşmeci kadının duygularını kabul etmeli; hissettikleri, yaptıkları ya da yapmadıkları için kadını yargılamamalı; kadın için en iyisini kendisinin bildiğini varsaymadan, söylemek istediğini ifade etmesi için fırsat tanımalıdır. Kadının kendi öyküsü ve yapabileceklerine odaklanılmalı, kadının istekleri kabul edilmeli ve saygı gösterilmeli, görüşmeci sorunlarını onun adına çözmek zorunda olduğunu düşünmemelidir.

### **b. Gereksinim ve kaygılarını sormak**

Bu basamakta amaçlanan kadının gereksinimlerini ve kaygılarını anlamak, onun için neyin en önemli olduğunu belirlemektir. Kadın anlatırken gereksinimleri ve kaygıları hakkında söylediklerine özellikle dikkat edilmeli, bazı şeyleri açıkça dile getirmese de sözcükler yoluyla ya da beden dili ile ima edileceği unutulmamalıdır.

### **c. Onaylamak**

Başkasının yaşantısını onaylamak; kişiye dikkatle dinlendiğini, söylediklerinin anlaşıldığını ve yargılamaksızın ya da hiçbir koşul olmaksızın söylediklerine inanıldığını bildirmek demektir. Bu adımın amacı kadına, yaşadığı duyguların normal olduğunun, duygularını ifade etme ayrıca şiddet ve korku olmadan yaşama hakkının olduğunun bildirilmesidir.

### **d. Güvenliğini sağlamak**

Bu adımın amacı kadının durumunu değerlendirmek ve gelecekteki güvenliğine yönelik bir plan hazırlamasına yardımcı olmaktır. Şiddete maruz kalmış birçok kadın, güvenliği konusunda korku yaşar. Bazı kadınlar şiddetin yeniden olacağını beklemediklerinden bir güvenlik planına gereksinim duymayabilirler ancak partner şiddetinin kendiliğinden durmayacağı açıklanmalı; sürme eğilimi gösterebileceği ve zamanla daha da kötüleşebileceği ya da sıklaşabileceği konuşulmalıdır. Güvenliği değerlendirmek ve planlamak bir görüşmeyle sınırlı değildir, devam eden bir süreçtir. Her görüşmede kadının değişen koşullarına göre gereksinimleri ve durumu tartışılır, seçenek ve kaynakları araştırılır.

### **- Eş şiddetinde acil riski değerlendirmek**

Bazı kadınlar tehlike altında olduklarını bildiklerinden eve gitmeye korkabilirler. Eğer kadın güvenliğinden endişe ediyorsa bu durum ciddiye alınmalıdır. Bazı kadınlar ise acil risk altında olup olmadıklarını anlamaları için yardıma gereksinim duymayabilirler. Bugüne kadar herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayı gerektirecek düzeyde zarar görme, eşin alkol/madde kullanımı, ölümle tehdit etmesi, evde

ateşli silah bulunması, şiddetin son dönemlerde artış göstermesi can güvenliği ile ilgili risk olabileceğinin işaretleridir. Böyle bir durumda kadınla birlikte bir güvenlik planı oluşturulmalıdır. Bu plan çerçevesinde, kadın şiddet uygulayan kişiden uzaklaştırılmalı, sağlık kuruluşundan çıkınca eve dönmek dışında ne yapabileceği konusunda yönlendirilmelidir. İlgili kurumların adres ve telefonları verilmeli, 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanundan söz edilmelidir. İlgili resmi kurum ve kuruluşlarla ve sivil toplum örgütleriyle bağlantı kurulması hem mağdur hem de onunla çalışan sağlıkçının güç kazanmasına yardımcı olacaktır (**Gülseren ve Başterzi, 2017**).

Eve geri dönmemesinin güvenli olup olmadığını öğrenmek için kadına sorulabilecek bazı sorular vardır. Aşağıdaki soruların en azından üçüne "evet" cevabı veren kadınlar, özellikle acil şiddet riski altında olabilir.

*"Fiziksel şiddet son altı ay içinde sıklaştı mı/ şiddetlendi mi?"*

*"Şiddet uygulayan kişi şimdiye kadar hiç silah kullandı mı/sizi silahla tehdit etti mi?"*

*"Şiddet uygulayan kişi şimdiye kadar hiç sizi boğmaya çalıştı mı?"*

*"Şiddet uygulayan kişinin sizi öldürebileceğini düşünüyor musunuz?"*

*"Şiddet uygulayan kişi gebelik döneminizde sizi hiç dövdü mü?"*

*"Şiddet uygulayan kişi sizi kıskanır mı?"*

### **- Güvenlik Planı Hazırlamak**

Kadın şimdiye kadar ciddi acil bir risk ile karşı karşıya kalmamış olsa bile güvenlik planından yararlanabilir. Bir planı olursa aniden ortaya çıkan bir şiddet davranışı ile daha rahat başa çıkabilir. Şu sorular/konular plan yapabilmeleri için kadına yardımcı olabilir: Gidebileceği güvenli bir yer var mı? Çocukları yanına alacak mı? Yanına almayı düşündüğü başka neler var? Maddi konular. Yakınlarında birinin desteği olup olmadığı. Evde nasıl güvende kalabileceği tartışılmalı, kadın asla riske atılmamalıdır.

### **e. Destek**

Bu adımın amacı, kadının, sağlık, güvenlik ve sosyal alanda destek alabileceği diğer kaynaklar ile bağlantı kurmasını sağlamaktır. Gereksinimleri konuşularak, diğer yardım kaynaklarından söz edilerek ve eğer isterse yardıma nasıl ulaşabileceği açıklanarak destek sağlanabilir. Genellikle ilk görüşmede tüm endişeleriyle baş etmek olası değildir. Diğer meseleleri

konuşmak üzere tekrar görüşülebileceği söylenmelidir. Hemen karar vermesi beklenmemelidir. Kadının kendisi için neyin doğru olduğunu düşünmesi için zamana gereksinimi olacaktır. İstek ve kararlarına her zaman saygı gösterilmelidir.

Ruh sağlığı-travma merkezleri, polis-jandarma karakolları, savcılıklar, valilik sosyal işler müdürlükleri, kadın sivil toplum kuruluşları, kadın sığınma evleri, ALO 183 Kadın ve Çocuk Danışma Hattı, Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı, Sosyal Hizmetler İl ya da İlçe Müdürlükleri, belediyelerin kadın danışma merkezleri ve sığınma evleri, gönüllü kuruluşların sığınma evleri, baroların kadın danışma merkezleri ve adli yardım kurulları, valilik insan hakları kurulları, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Şiddet Önlem ve İzlem Merkezleri (ŞÖNİM) kadınların başvurabilecekleri yerlerdir (**Gülseren ve Başterzi, 2017**).

### Sonuç ve öneriler

Ruh sağlığı, kendilik değeri, otonomi, fiziksel, cinsel ve ruhsal güvenlik duygusu ile yakından ilişkilidir. Bugün dünyada milyonlarca kadın düşük sosyal konumlarda yaşamlarını sürdürmekte, ayrımcılık ve şiddete maruz kalmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklanan bu olumsuzluklar pek çok ruhsal hastalığın kadınlarda daha sık görülmesinin en önemli nedenidir. Gelir düzeyi, iş ve yaşam koşullarında büyük değişikliklere yol açan ekonomik politikalar ruh sağlığı için önemli bir tehdit oluşturur. Kadınların ruh sağlığı hizmetlerine erişmeleri konusunda engel oluşturan maliyet, ayrımcılık ve cinsiyet yanlılığı için çözüm yolları bulunmalı; kadın hastaları tedavi eden klinisyenler travma ile çalışma konusunda eğitilmiş olmalıdır (**WHO, 2002**).

Ülkemizdeki duruma baktığımızda, ev içi her tür şiddet çok yaygın olduğu gibi kadın cinayetleri oranındaki artış, kadın istihdamının giderek azalması, toplumsal destek sistemlerinin zayıflaması, eğitim sisteminde gerçekleştirilen yeni düzenlemelerin kız çocuklarının eğitim alma, meslek sahibi olarak ekonomik özgürlük kazanma fırsatı önünde engel oluşturması, ergen evlilikleri ve gebelikleri, yeni sağlık politikalarıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kalkması, kadınların, özellikle yoksul ve engelli olanların sağlık hizmetlerine ulaşmalarının zorlaşması ülkemizde kadınların ruh sağlığının ciddi tehdit altında olduğunun göstergeleridir. Söz konusu sorunlarla mücadele için öncelikle kadınlara yönelik her tür şiddet görünür kılınmalı, şiddetle ilgili veriler düzenli olarak yorumlanmalı, şiddetle

ilgili farkındalık artırılmalıdır. Ev içi şiddeti görmezden gelen bir sağlık çalışanının şiddetin sürmesinde rol oynayacağı unutulmamalıdır.

Türkiye Psikiyatri Derneği Kadına Yönelik Şiddet Önleme Görev Grubu'nun hazırladığı raporda, kadınlara yönelik cinsiyetçi şiddetle mücadele için toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik acil önlemler alınması, kadınların eğitim alması ve çalışma hayatına aktif katılımlarının sağlanması, kamusal destek sistemlerinin geliştirilmesi, kadın sığınaklarının sayısının artırılması, var olanların niteliklerinin iyileştirilmesi, şiddete uğrayan kadınların sığınma evlerinden önceki aşamada başvuracakları danışma ve toplum merkezlerinin oluşturulması, kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması, cinsel saldırı konusunda deneyimli merkezler oluşturularak mağdurların değerlendirme sürecinde yeniden travmatize edilmesinin engellenmesinin gerektiği vurgulanmaktadır. Kadına yönelik şiddet davalarında uygulanan "haksız tahrik indirimleri" nin kaldırılması ve ücretsiz hukuksal destek sağlanması hukuk alanında yapılması gereken düzenlemelerdir (**Yüksel ve Başterzi, 2012**). Kadınlara yönelik cinsiyetçi şiddetle mücadelede, hakları ve kadınları güçlendirmeyi temel alan yaklaşımlar gereklidir.

Kadına yönelik şiddetin insan hakları ihlali ve kadın erkek eşitsizliğinin bir sonucu olduğunun vurgulandığı ilk sözleşme olan İstanbul Sözleşmesi'ni onaylayan ilk devlet Türkiye'dir. Sözleşme, 11 Mayıs 2011'de İstanbul'da imzaya açılmış, 1 Ağustos 2014'te yürürlüğe girmiştir. Sözleşmedeki taraf devletlerin uygulamalarını izlemekle yükümlü olan; taraf devletleri ve sivil toplum kuruluşlarını muhatap alan bir kuruluş olan GREVIO (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence)'nun, 2018'de hazırladığı Türkiye ile ilgili değerlendirme raporunda, "Türkiye'de kadına yönelik şiddete ilişkin durum karmaşık bir tablo sunmakta, ilerlemeye yönelik bulgularla, endişe verici sebepler bir arada bulunmakta" denmiştir. Aynı raporda, şiddetin otoritelere nadiren bildirilmesi, sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarına yönelik kısıtlamalar, zorla ve erken yaşta evlilikler ve mağdurun suçlanması, kamu politikalarının kadın-erkek eşitliği ve kadınlara yönelik şiddet üzerindeki potansiyel etkisine dair sistematik ve derinlemesine değerlendirme olmaması, kadınlara yüklenen anne ve bakıcı gibi geleneksel rollere öncelik verilmesi kadınlara yönelik şiddetle mücadelenin önündeki başlıca engeller olarak belirtilmiştir. Çocuk evliliklerini, "kadın emanettir" tarzı söylemlerle toplumsal cinsiyet eşitsizliğini

onaylayan, kadının mülkiyetinin erkeğe verilmesini savunan siyasi otoritenin tutumu GREVIO'nun hazırladığı rapordaki gözlemlerle örtüşmektedir.

Kadına yönelik cinsiyetçi şiddet bir halk sağlığı sorunu ve insan hakları ihlalidir. Sağlık çalışanlarının kadınlara yönelik her tür şiddetle mücadelede aktif olarak yer almaları hekimlik mesleğinin gereği olmasının yanı sıra toplumdaki şiddet kültürünün dönüşmesi açısından da çok önem taşımaktadır.

### Kaynaklar

**Aidoo, M., Harpham, T.** (2001) *The explanatory models of mental health amongst low-income women and health care practitioners in Lusaka, Zambia.* Health Policy and Planning, 16(2):206-213.

**Akyüz, G., Kuğu, N., Doğan, O.** (2002) Bir psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. Yeni Symposium, 40:41-48.

**Altınay, A.G., Arat, Y.** (2007) Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Erişim Tarihi 10 Temmuz 2012 <http://www.kadinayoneliksid-det.org/kitap.html>.

**Astbury, J.A.** (2006) *Women's Mental Health: From Hysteria to Human Rights.* Women's Mental Health: In, A Life-Cycle Approach. SE Romans, MV Seeman (Eds). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins.

**Bassuk, E.L., Buckner, J.C., Perloff, J.N ve ark.** (1998) Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. Am J Psychiatry, 155:1561-1564.

**Black, M.C.,** *Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians.* American Journal of Lifestyle Medicine, 2011, 5:428-439., Erişim Tarihi 14 Haziran 2017 <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>.

**Bianet** (2017) Çetele. 8.3.2017'de <http://bianet.org/bianet/kadın/183229-2016>.

**Bianet** (2019) Çetele. Erişim Tarihi 16 Kasım 2019, <https://www.google.com/search?q=bianet+erkek+%C5%9Fiddeti+%C3%A7et+eles+2019+kas%C4%B1m+oq=bianet+2019+&aqs=chrome.1.69i57j35i39l2j0l5.8669j0j8&sourceid=chrome&ie=>.

**CEDAW** (1979) Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW) Erişim Tarihi 03 Eylül 2012, [http://www.unicef.org/turkey/cedaw/\\_gi18.html](http://www.unicef.org/turkey/cedaw/_gi18.html).

**Borer, T.A.** (2009) *Genderedwarandgenderedpeace:truthcomm issionsandpostconflictgenderviolence:lessonsfrom South Africa.* ViolenceAgainstWom, 15(10):1169-1193.

**Campbell, J.C., Lewandowski, L.A.** (1997) *Mental and physical health effects on intimate partner violence on women and children.* Anger, Aggression and Violence, 20:353-374.

**Candaş, A., Buğra, A., Yılmaz, V. ve ark.** (2010) Türkiye'de eşitsizlikler: kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu. Erişim Tarihi 17 Aralık 2012. [http://www.spf.boun.edu.tr/content\\_files/turkiyede\\_esitsizlikler\\_spf.pdf](http://www.spf.boun.edu.tr/content_files/turkiyede_esitsizlikler_spf.pdf).

**Chandra, PS., Herrman, H., Fisher, J. ve ark.** (2009) *Contemporary Topics in Women's mental health.* Global Perspectives in a changing society. UK, Wiley-Blackwell.

**Çamur-Duyan, G., Acar, H., Baykara-Acar, Y. ve ark.** (2006) *Boşanmış kadınların yaşam öyküleri ve yoksullukla baş etme biçimleri.* Kriz Dergisi, 15(1):25-38.

**Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D. ve ark.** (2000) *Intimate partner abuse among women diagnosed with depression.* Issues Ment Health Nurs, 21:499-513.

**Donovan, BM., Spracklen, C.N., Schweizer, M.L. ve ark.** (2016) *Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis.* BJOG, 123(8):1289-1299.

**Ecevit, Y.** (2003) *Toplumsal cinsiyetle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu ilişki nasıl çalışılabilir? CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4):83-88.*

**Economist** (2014) Erişim Tarihi 23 Ağustos 2015, <http://www.haberler.com/economist-turkiye-de-suriyeli-kadin-ve-cocuklar-6148618-haberi/>.

**Foot, B., Smolin, Y., Kaplan, M. ve ark.** (2006) *Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients.* Am J Psychiatry, 163:623-629.

**Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C.H.** (2006) *on behalf of the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women study team Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence.* Lancet, 368:1260-1269.

**Golding, J.M.** (1999) *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis.* J Fam Violence, 14:99-132.

**GREVIO** (2018) Erişim Tarihi 12 Mart 2018, <http://bianet.org/bianet/toplumsal-cinsiyet/201692-grevio-turkiye-de-kadina-siddet-konusunda-karmasik-bir-tablo-var>.

**Grote, N.K., Zuckoff, A., Swartz, H. ve ark.** (2007) *Engaging women who are depressed and economically disadvantaged in mental health treatment.* Soc Work, 52:295-308.

**Gülseren, L.** (2013) *Lohusalık ve Ruh Sağlığı. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı içinde. Ş Yüksel, L Gülseren, AD Başterzi (eds). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, BAYT Ltd. Şti., Ankara. s.287-318.*

**Gülseren, L.** (2015) *Savaş ve Kadın Ruh Sağlığı. Barış Kitabı. Bireyden Topluma Savaşın ve Barışın Ruh Hali içinde. AD Başterzi, T Aker (eds). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, BAYT Ltd. Şti., Ankara. s.211-225.*

**Gülseren, L., Başterzi, A.D.** (2017) *Kadına Yönelik Aile İçi Cinsiyetçi Şiddet: Klinik Uygulamada Yaklaşım ve Sorumluluklar. Gündelik Yaşamdan Kliniğe Şiddet ve Psikiyatri İçinde. L. Gülseren (yayına hazırlayan), Psikiyatride Güncel Serisi I, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, BAYT Ltd. Şti., Ankara 2(3):55-87.*

**Güneş, F.** (2011) *Farklı emek kategorileri açısından kadın yoksulluğu. Çalışma ve Toplum, 2:217-248.*

**Herman, J.** (1992) *Travma ve iyileşme. (Çev: Tamer Tosun). İkinci basım, Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2011.*

**Hynes, H.P.** (2004) *On thebattlefield of women'sbodies:anoverview of theharm of wartowomen.* Women Stud Int Forum, 27:431-445.

**İlkkaracan P, Gülçür L.** (1996) *Sıcak Yuva Masalı. İstanbul: Metis Yayınları.*

**İstanbul Sözleşmesi** (2011). Erişim Tarihi 17 Ekim 2019, <https://www.google.com/search?q=istanbul+s%C3%B6zle%C5%9Fmesi+pdf&oq=istanbul+s%C3%B6zle+aqs=chrome.4.69i57j0l7.15907j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.



- Kaminer, D., Seedat, S.** (2006) Post-Traumatic Stress Disorder. In, *Women's Mental Health. A Life-Cycle Approach*. SE Romans, MV Seeman (Eds). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, s.221-235.
- Karakoç, B., Gülseren, L., Çam, B., Gülseren, Ş., Tenekeci, N.** (2015) Depresyonu olan kadınlarda aile içi fiziksel şiddetin yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52:324-330.
- Kümbetoğlu, B.** (2010) Değersizleştirme: Kadın bedeninin maruz kaldığı şiddet. *Dişillik, güzellik ve şiddet sarmalında kadın ve bedeni*. Y İnceoğlu, K Altan (eds) 1.baskı, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, s.39-61.
- Levy, L.B., O'Hara, M.W.** (2010) Psychotherapeutic interventions for depressed, low income women: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30:934-950.
- Lopez, A.D., Murray, C.J.L.** (1998) The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11):1241-1243. Erişim Tarihi 17 Aralık 2012. <http://www.ufrgs.br/toc/pdfs/29.pdf>.
- Memiş, E.** (2015) Şiddet ve Ekonomi: Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri içinde. B Yarar (derleyen) İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Mega Basım ve Yayın Sanayi ve Tic. AŞ.,s.175-191.
- Moghadam, V.M.** (2005) The 'feminization of poverty' and women's human right. *Gender Equality and Development Section Division of Human Rights Social and Human Sciences Sector UNESCO*. Erişim Tarihi 17 Aralık 2012. [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Feminization\\_of\\_Poverty.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Feminization_of_Poverty.pdf).
- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı.** Erişim Tarihi 02 Eylül 2012, <http://www.morcati.org.tr>
- Öztürk, O., Uluşahin, A.** (2008) Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Yenilenmiş 11. Baskı*, Ankara, Tuna Matbaacılık Sanayi ve Ticaret AŞ, s.512-554.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A. ve ark.** (2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 324:274-277.
- Robinson, G.E.** (2006) Gender differences in depression and anxiety disorders. *Women's Mental Health. A Life-Cycle Approach*. SE Romans, MV Seeman (Eds). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, s.163-177.
- Shanks, L., Schull, M.J.** (2000) Rape in war: The humanitarian response. *JAMC*, 163(9):1152-1156.
- Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T. ve ark.** (2004) Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 161:2271-2276.
- Şar, V., Akyüz, G., Doğan, O.** (2007) Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res*, 149(1-3):169-176.
- Şener, Ü.** (2009) Kadın yoksulluğu. *Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Değerlendirme Notu*.
- Şenol, Çantek, F.** (2015) Toplumsal Cinsiyet ve Mekansal Şiddet. *Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri içinde*. B Yarar (derleyen) İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Mega Basım ve Yayın Sanayi ve Tic. AŞ., s.163-173.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi Geçmiş Dönem Yazılı Sözlü Soru Önergesi Bilgileri** (2009, Ekim 26) Erişim Tarihi 19 Haziran 2011, <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/7/7-8533c.pdf>.
- TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.** (1995) Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınları.
- TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü** (2009) *Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması*. Özet rapor. Ankara, Ocak 2009.
- TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü**, Erişim Tarihi 09 Ocak 2017. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAanaraporkitap26Mart.pdf>.
- TCK 227, 230** <http://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=5175>, Erişim Tarihi 31 Ağustos 2015. <http://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=5178>
- TUİK 2018** ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)) Erişim Tarihi 17 Ekim 2019.
- Türkili, S., Başterzi, A.D.** (2015) Gebeliğin son trimesterindeki kadınlarda ruhsal hastalıklar ve ilişkili psikososyal faktörler. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi*. Erişim Tarihi 07 Şubat 2017. <http://tez.yok.gov.tr/ulusaltezmerkezi/tezsorgusonucyeni.jsp>.
- UN Women**, (1995) *United Nations Fourth World Conference on Women*. 15 september 1995. Erişim Tarihi 17 Aralık 2012. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/poverty.htm>
- UN Women** (2003) *United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Work of the General Assembly on Violence Against Women*. 2003, Erişim Tarihi 02 Eylül 2012. [www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-work-ga.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-work-ga.htm).
- United Nations Women** (2010) Erişim Tarihi 23.03.2020, <https://www.endvawnow.org/en/articles/301-consequences-and-costs-.html>.
- UNODC** (2019) *Global study on homicide. Gender-related killing of women and girls*. Erişim Tarihi 23.03.2020, [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet\\_5.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf).
- UNHCR** (2014) Erişim Tarihi 24 Ağustos 2015, <http://www.unhcr.org.tr/?content=561>.
- UNHCR** (2019) Erişim Tarihi 17 Ekim 2019, <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>.
- Uygur, G.** (2015) İstanbul Sözleşmesi İşığında Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un Temel Yaklaşımı. *Şiddetin Cinsiyetli Yüzleri içinde*. B Yarar (derleyen) İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Mega Basım ve Yayın Sanayi ve Tic. AŞ. S:193-209.
- Vahip, I.** (2002) Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4): 312-319.
- Vahip, I., Doğanavşargil, Ö.** (2006) Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2):107-114.
- Watt, C., Zimmerman, C.** (2002) Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 359: 1232-1237.
- Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Raj, A.** (2000) Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Prev Med*, 19:270-275.
- Women's Refugee Commission** (2009) *Refugee girls. The invisible faces of war*. Erişim Tarihi 27 Ağustos 2015, [https://womensrefugeecommission.org/images/stories/ref\\_girls\\_FINAL.pdf](https://womensrefugeecommission.org/images/stories/ref_girls_FINAL.pdf).
- World Economic Forum** (2016) *Global Gender Gap Report*. Erişim Tarihi 07 Mart 2017. <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2016>.
- World Health Organization (WHO)** (2002) *Department of mental health and substance dependence. Gender disparities in mental health*, Erişim Tarihi 18 Mart 2013. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/242.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf).
- World Health Organization (WHO)** (2014) *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A Clinical Handbook*.
- Yüksel, Ş.** (2012) *Gündelik yaşamda şiddet, ruh sağlığı ve psikoterapi. Gündelik yaşamda şiddet ve psikiyatri*. *Psikiyatride Güncel*, 2(3): 258-272.
- Yüksel, Ş., Başterzi, A.D.** TPD Kadına yönelik şiddeti önleme görev grubu raporu. Erişim Tarihi 19 Eylül 2012. <http://www.psikiyatri.org.tr/subUpload.aspx?sub=172>.