

DOI: 10.17986/blm.1703

Adli Tıp Bülteni 2024;29(3):236-244

# Psikiyatristlerin ve Acil Tıp Hekimlerinin Kadına Yönelik Şiddet ile İlgili Olarak Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu Hakkındaki Görüşleri: Durum Tespiti ve Değerlendirmeler

Opinions of Psychiatrists and Emergency Medicine Physicians on the Crime of Healthcare Professionals Not Reporting the Crime Regarding Violence Against Women: Situation Assessment and Evaluations

İmran Gökçen Yılmaz-Karaman<sup>1</sup>, Seyhan Oktar<sup>2</sup>, Cansu Köse<sup>3</sup>, Mustafa Emin Çanakçı<sup>4</sup>, Ozan Ercan Taşkın<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>2</sup>Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

<sup>3</sup>Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Eskişehir, Türkiye

## ÖZ

**Amaç:** Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 280. maddesi sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi hakkındadır. Kadına yönelik şiddete (KYŞ) maruz bırakılmış hastalar ile sık karşılaşan psikiyatristler ve acil tıp hekimleri, hastanın adli bildirim yapılmasını istemediği durumlarda bir ikilemde kalmaktadır: Yasal olan suçu bildirmek iken, bazı durumlarda adli bildirim yapılması hastanın ruhsal ve fiziksel güvenliğini tehdit edebilmektedir. Bu sebeple hekimlerin konu hakkındaki güncel görüşlerini araştırma ihtiyacı doğmuştur.

**Yöntem:** Araştırmaya 138 psikiyatri, 70 acil tıp hekimi katılmıştır. Uygulanan çevrim içi ankette katılımcıların TCK 280. maddesi ile ilgili bilgi düzeyi, KYŞ ile ilgili tutumu, KYŞ olgularıyla ilgili deneyimleri sorulmuş; fiziksel şiddet ve cinsel şiddet olgu sunumları üzerinden adli bildirim yapma ve tıbbi kayıt tutma eğilimleri incelenmiştir.

**Bulgular:** Sunulmuş olan olgu örnekleri ile ilgili olarak hekimlerin tıbbi kayıt tutma ve adli bildirim yapma eğilimleri hem fiziksel şiddet için, hem de cinsel şiddet için farklılık göstermektedir. Acil tıp hekimlerinin KYŞ olgularında adli bildirim yapma eğilimi psikiyatristlerden fazladır (her biri  $p<0,001$ ). Fiziksel şiddet olgusunda adli bildirim yapma ve tıbbi kayıt altına alma (her ikisi için  $p<0,001$ ) eğiliminin cinsel şiddetten daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel şiddet için olgu bildiriminde bulunmada uzman hekim olmanın bildirim yapma olasılığını 2,1 kat artırdığı görülmüştür ( $p=0,009$ ). Psikiyatristlerin tamamı, acil tıp hekimlerinin ise %91'i verilen olgu sunumlarında hastalarının fiziksel güvenliği hakkında endişe duymaktadır.

**Sonuç:** Mevcut hali ile sağlık mesleği mensubunun suçu bildirmemesi suçu, hekimleri hastanın iyiliği için doğru olanı yapmak ile yasal olanı yapmak arasında bir ikilemde bırakmaktadır. İlgili kanunun gözden geçirilmesi ve hekimlere KYŞ olgularının adli boyutları hakkında eğitim verilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Doktorlar, adli tıp, acil tıp, adli psikiyatri, kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayalı şiddet, şiddete maruz kalma



**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** İmran Gökçen Yılmaz-Karaman, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye  
**E-posta:** gokcenylmz@yahoo.com  
**ORCID ID:** orcid.org/0000-0003-2821-7749

**Geliş tarihi/Received:** 22.03.2024

**Kabul tarihi/Accepted:** 30.09.2024

## ABSTRACT

**Objective:** Article 280 of the Turkish Penal Code (TPC) concerns healthcare professionals reporting crimes. Psychiatrists and emergency physicians who frequently encounter patients who have been exposed to violence against women (VAW) are faced with a dilemma when the patient does not want judicial notification.

**Methods:** One hundred and thirty-eight psychiatrists and 70 emergency medicine physicians participated in the research. In the online survey, participants were asked about their level of knowledge regarding Article 280 of the TPC, their attitudes towards VAW, and their experiences with VAW cases. Trends in making judicial notifications and keeping medical records were examined based on physical violence (PV) and sexual violence case reports.

**Results:** Regarding the case examples, physicians' tendencies to keep medical records and make judicial notifications differ for PV and sexual violence. Emergency medicine physicians are more likely to make judicial notifications in VAW cases than psychiatrists (each  $p < 0.001$ ). The tendency to make a judicial report and to make a medical record was higher in the PV case than in the sexual violence case. Being a specialist physician increased the probability of reporting PV by 2.1 times ( $p = 0.009$ ). All psychiatrists and 91% of emergency physicians are concerned about the physical safety of their patients in case reports.

**Conclusion:** In its current state, the crime of a healthcare professional not reporting the crime leaves physicians in a dilemma between doing what is suitable for the patient's well-being and doing what is legal. The relevant law needs to be reviewed, and physicians should be trained on the forensic aspects of VAW cases.

**Keywords:** Physicians, forensic medicine, emergency medicine, forensic psychiatry, violence against women, gender-based violence, exposure to violence

## GİRİŞ

Birleşmiş Milletler, kadına yönelik şiddeti (KYŞ) “kamusal veya özel yaşamda meydana gelen; kadınlara karşı fiziksel, cinsel, zihinsel zarar veya kadının acı çekmesiyle sonuçlanan ya da bunlara yol açması muhtemel herhangi bir cinsiyete dayalı şiddet eylemi ve bu tür eylemlerin tehditleri ya da zorlayarak veya keyfi özgürlükten yoksun bırakma” olarak tanımlamaktadır (1). KYŞ'nin en yaygın biçimleri aile içi şiddet ve cinsel şiddettir (2). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan tahminler, dünya çapında kadınların yaklaşık üçte birinin yaşamları boyunca fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığını göstermektedir (3). Türkiye’de KYŞ ve yaygınlığını araştıran ulusal çapta ilk kapsamlı araştırmanın sonuçlarına göre, kadına yönelik aile içi şiddetin yaygınlığı %35 olarak bulunmuştur (4). Kadına yönelik diğer şiddet türleri de hesaba katıldığında endişe verici bir tablo ortaya çıkmaktadır. KYŞ, özellikle yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü KYŞ kadınların bedensel ve ruhsal sağlığının bozulması ile ilişkilendirilmiştir (3).

KYŞ bir ruhsal travmadır. Eş, partner veya aile üyeleri gibi öncesinde güven duyulan kişiler tarafından gerçekleştirilen KYŞ ise ayrıca “ihanet travması” özelliğini belirgin olarak taşır (5). İhanet travması, bu niteliği taşımayan veya daha az taşıyan travmatik yaşantılara kıyasla kişinin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi ile daha çok ilişkilidir (6). Bununla birlikte KYŞ maruziyetinin kadınların ruh sağlığı ile birlikte fiziksel sağlığına da olumsuz etkilediğini gösteren araştırmalar mevcuttur (7).

Sağlık mesleği mensupları, şiddete maruz kalan kadınlara kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlamak ve kadınları ihtiyaç duyabilecekleri diğer destek hizmetlerine yönlendirmek için bir giriş noktası olarak önemli rollere sahiptir (3). Acil tıp hekimleri KYŞ ile ilgili başvurularda şiddete maruz kalan

kadınları hastanede ilk karşılayan ve sıklıkla adli mercilere ilk bildirim yapan gruptur. Psikiyatristler ise, hem KYŞ'nin ruhsal rahatsızlıklar ile yakın ilişkisi, hem de mesleği gereği hastalar ile kurdukları alana özgü “terapötik ilişki” kavramı nedeniyle hastaların mahrem bilgilerine ve dolayısıyla KYŞ maruziyeti olup olmadığı bilgisine sıklıkla ulaşmaktadırlar.

Hekimler kadın hastaların KYŞ maruziyetini görevleri sebebiyle öğrendiklerinde, aynı zamanda Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) tanımlanmış bir suçun işlendiğini öğrenmiş olurlar ve görevleri sebebiyle bildirme yükümlülüğü doğar: TCK 280. maddesi, sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi hakkındadır. Maddenin birinci fıkrasına göre, “görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” Maddenin ikinci fıkrasında sağlık mesleği mensupları, “doktor, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler” olarak tanımlanmıştır. Birinci fıkrada suçun kanuni unsurları ve karşılığında öngörülen yaptırım düzenlenmiş, ikinci fıkradaysa sağlık mesleği mensubu kavramının kapsamı belirlenmiştir. Dolayısıyla bu araştırmaya konu olan acil tıp hekimleri de psikiyatristler de hekim sıfatıyla bu maddeye dahildir.

Psikiyatristlerin, TCK düzenlemesini göz önünde bulundurarak, bu bilgileri yetkili makamlara bildirip bildirmeyeceği hususu, hastanın ruh sağlığı ve güvenliğine olumsuz etkileri olabilmesi açısından klinik pratikte tartışmalı bir konu olarak süregelmektedir. Bu konu KYŞ ile karşılaşıldığında ilk müdahaleyi yapan acil tıp hekimleri için de tartışmalı bir konudur. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’nde, ayırım gözetmeksizin herkesin gerekli sağlık bakım hakkının olduğu ve doktorların hastaların iyiliği doğrultusunda davranmaları

gerektiği açıkça bildirilmiştir (8). TCK'da ise sağlık mesleği mensubu, görevini yerine getirdiği sırada bir suç işlendiğine ilişkin bir "belirti" ile karşılaşması durumunda bildirimde bulunmakla yükümlü kılınmıştır. Nitekim TCK 280. madde sırf bu hususu düzenlemek üzere meydana getirilmiştir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle meydana gelen kronik ruhsal travmalar kadınların ruh sağlığını erkeklerden farklı biçimlerde etkilemektedir (9). Kadınların günlük yaşamda, maruz kaldıkları sosyal baskı ve eşitsizlik, onları zaten bir mücadeleye sürüklemekte ve travma konusunda duyarlılık kazanmalarına yol açmaktadır (10). Travma sonucunda ortaya çıkan tepkilerden birisi de insanlara ve dünyaya karşı olan güvensizliktir (11). Bu durumda, travmatik olayın tanığı olarak travma ile çalışan profesyonellerin rolü önemli hale gelmektedir (12). Burada sergilenecek tutumlar mağdurun stres tepkileri gösterme ihtimalini arttırabilir veya azaltabilir (12). Güven ortamının sağlanması ruhsal travma sonrası psikiyatrik tedavilerde temel taştır. TCK 280. maddesi özneline bu konuyu değerlendirecek olursak, kişinin güvenlik ve özerklik duygularının hasarlandığı ruhsal travma sonrası ruh sağlığı profesyonellerinin, kişinin onayı olmaksızın bildirimde bulunması kişinin travmatik stresini arttırarak ruh sağlığına hasar verecektir. Acil tıp kliniklerine ise, KYŞ maruz kalmış olanlar genellikle akut evrede ve şikâyetçi olma maksadı ile başvurmaktadır. Dolayısıyla psikiyatristlerin yaşadıkları etik ve yasal ikilemin acil tıp hekimlerinde daha az meydana geleceği öngörülebilir.

Literatür incelendiğinde Türkiye'de hekimlerin adli olgu bildirimini ile ilgili tutumlarını inceleyen yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır. Can ve ark. (13) tarafından yapılan bu araştırma branş ayrımı ve adli olgu ayrımı yapmaksızın hekimlerin görüşlerini değerlendirmiştir. TCK 280. maddesi göz önünde bulundurularak, psikiyatristlerin ve acil tıp hekimlerinin bu bilgileri yetkili makamlara bildirip bildirmeyeceği hususu, hastanın ruh sağlığı ve güvenliğine olumsuz etkileri olabilmesi açısından klinik pratikte tartışmalı bir konu olarak süregelmektedir. Bu sebeple psikiyatristlerin ve acil tıp hekimlerinin konu hakkındaki görüşlerini araştırma ve karşılaştırma ihtiyacı doğmuştur.

Bu araştırmanın amaçları acil tıp hekimleri ve psikiyatristlerin KYŞ olguları bağlamında TCK 280. madde hakkındaki bilgi düzeylerini, tutumlarını, mesleki ikilemleri nasıl çözmeye eğiliminde olduklarını, görevlerini yaparken yaşadıkları endişeleri tanımlamak ve birbiri ile karşılaştırmak olarak belirlenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir anket çalışmasıdır. Araştırma protokolü Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İnsan Araştırmaları Etik

Kurulu tarafından 14.08.2023 tarihinde 12 karar numarası ile onaylanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri Türkiye'de psikiyatri ve acil tıp bölümlerinde uzman veya asistan hekim olarak görev yapmaktır. Dışlama kriteri çalışmaya katılmayı kabul etmemektir. Çalışmamızda geleneksel örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanmıştır. Türkiye'nin çeşitli bölgelerindeki psikiyatri ve acil tıp hekimlerine ulaşmak amacıyla, araştırmanın veri formu çevrim içi bir forma dönüştürülerek, mesleki sosyal medya grupları aracılığıyla katılımcılara ulaştırılmıştır. Bütün katılımcılardan çevrim içi onam alınmıştır. 23.08.2023 ile 31.12.2023 tarihleri arasında veri toplanmıştır.

Araştırmada kullanılan anketin tüm bölümleri ve tüm sorular araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, daha önce başka bir çalışmada kullanılmamıştır.

Anketin girişinde sosyodemografik ve mesleki bilgiler kısaca sorulmuştur. Bu bölümde kişinin anonimliğinin sağlanması adına ayrıntılı sorular sorulmamıştır.

Anketin 1. bölümünde TCK 280. maddesi ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 2 soru, KYŞ ile ilgili tutumu ölçen 1 soru olarak, toplam 3 soru bulunmaktadır. Bu sorular tanımlayıcı amaç taşımakta, herhangi bir puanlama bulunmamaktadır.

Anketin 2. bölümünde psikiyatri hekimlerinin ve acil tıp hekimlerinin KYŞ olguları ile ilgili deneyimlerini ölçmeyi amaçlayan, duygusal, fiziksel ve cinsel KYŞ olgularına ne sıklıkta rastlandığını ölçmeye yarayan 3 soru vardır.

Anketin 3. bölümünde fiziksel şiddet ve cinsel şiddet olgu sunumları bulunmaktadır. Bu olgu öykülerinde amaç katılımcıyı bir çelişki içinde bırakmaktır. Yasada net şekilde belirtilen adli olgu bildirim yapılması söz konusu iken; katılımcıya bildirim yapmanın sunulan olgunun zararına olabileceği senaryolar sunulmuştur. Bu bölümün amacı katılımcıların çelişkili durumlarda nasıl karar verme eğiliminde olduklarını görmektir.

Olgu 1: Fiziksel şiddet olgusu: Yirmi beş yaşında kadın, lise mezunu, fabrikada işçi. Muayene esnasında kollarında çeşitli renklerde ekimozlar olduğunu gördünüz. Sorduğunuzda, partnerinden şiddet gördüğünü, ancak şikâyetçi olmak istemediğini belirtiyor.

Olgu 2: Cinsel şiddet olgusu: Otuz beş yaşında kadın, üniversite mezunu. Muayeneniz sırasında bir ay önce flört ettiği bir kişi tarafından randevu esnasında cinsel saldırıya maruz bırakıldığını ifade etti. Sorduğunuzda bu durumdan utandığını, sadece bugün size anlatabildiğini, adli süreçler için kendisini hazır hissetmediğini, bu nedenle şikâyetçi olmak istemediğini belirtiyor.

Anketin son bölümü olan 4. bölümünde belirtilen mesleki ikilemlerin katılımcılarda nasıl endişelere neden olduğunu saptamak amaçlanmıştır. Bu kısımda araştırmacıların mesleki deneyimlerinden yararlanarak oluşturdukları maddeler bulunmaktadır.

## İstatistiksel Analiz

Analizler SPSS 25. versiyonu ile yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin ilişkisi gruplardaki olgu sayısına göre ki-kare testi ve fisher's exact test ile yapılmıştır. İki grubun ortalama değerlerinin karşılaştırılması bağımsız gruplarda t-testi ile yapılmıştır. Dört grubun ortalama değerlerinin karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) ile yapılmıştır. Risk analizi ki-kare testi ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı p değeri 0,05 olarak belirlenmiştir.

## BULGULAR

### Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya toplam 208 hekim katılmıştır. Bunlardan 138'i psikiyatri (%66,3), 70'i acil tıp hekimidir (%33,7). Psikiyatri hekimlerinin 71'i uzman hekim (%51,4), 67'si asistan hekimdir (%48,6). Acil tıp hekimlerinin 30'u uzman hekim (%42,9), 40'ü asistan hekimdir.

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Psikiyatri ve acil tıp hekimlerinin TCK 280. madde hakkındaki bilgi düzeyi, KYŞ yönelik tutumları, KYŞ biçimleri ile mesleğini yaparken karşılaşma sıklıkları sorulmuştur.

"Sizce, hekimlik görevinizi yerine getirirken bir suç belirtisi ile karşılaştığınızda adli makamlara bildirim yapmanız gerekli midir?" sorusuna hekimlerin 137'si (%65,9) "kesinlikle evet", 59'u (%28,4) "kısmen katılıyorum", 11'i "çoğunlukla gerekli değildir", 1 tanesi ise "kesinlikle gerekli değildir" yanıtını vermiştir.

"Sizce, hekimlik görevinizi yerine getirirken bir suç belirtisi ile karşılaşp bunu adli makamlara bildirmemek suç mudur?" sorusuna hekimlerin 86'sı (%41,3) "suçtur, hapis cezası verilir" şeklinde TCK'ya göre doğru olan yanıtı vermiştir. Hekimlerden 17'si (%8,2) "suçtur, para cezası verilir" seçeneğini, 71'i (%34,1)

"suçtur, kınama cezası verilir" seçeneğini, 34'ü ise (%16,3) "suç değildir" seçeneğini işaretlemiştir.

Hekimlere KYŞ'nin suç olup olmadığı konusundaki görüşleri sorulmuş, 201 hekim (%96,6) "kesinlikle evet" yanıtını vermiştir. Hekimlerden 7'si (%3,4) "bazı durumlarda suç niteliği taşır" seçeneğini işaretlemiştir.

Katılımcıların mesleklerini icra ettikleri sırada ne sıklıkta KYŞ'nin duygusal, fiziksel ve cinsel biçimleri ile karşılaştıkları sorulmuştur. Hekimlerin 93'ü (%44,7) duygusal şiddet maruziyeti olguları ile, 17'si (%8,2) fiziksel şiddet maruziyeti olguları ile, 4'ü (%1,9) cinsel şiddet maruziyeti olguları ile her gün karşılaştığını belirtmiştir. Tablo 2 hekimlerin KYŞ ne sıklıkta türlerine şahit olduklarını özetlemektedir.

Sunulan olgular ile ilgili hekimlerin bildirim yapıp yapmayacağı, olayı tıbbi kayıt altına alıp almayacağı sorulmuştur. Fiziksel şiddet olgusunda hekimlerin 85'i (%40,9) adli bildirim yapacağını, 184'ü (%88,5) olayı tıbbi kayıt altına alacağını belirtmiştir. Cinsel şiddet olgusunda ise hekimlerin 73'ü (%35,1) adli bildirimde bulunacağını, 173'ü (%83,2) olayı tıbbi kayıt altına alacağını ifade etmiştir. Fiziksel şiddet ve cinsel şiddet adli bildirim yapılması açısından karşılaştırıldığında, hekimlerin fiziksel şiddeti bildirme eğiliminin istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (%40,9 vs. %35,1,  $\chi^2=114,252$ ,  $p<0,001$ ). Fiziksel şiddet ve cinsel şiddet tıbbi kayda geçirme açısından karşılaştırıldığında, hekimlerin fiziksel şiddeti tıbbi kayıt altına alma eğiliminin cinsel şiddeti kayıt altına alma eğiliminden daha yüksek olduğu saptanmıştır (%88,5 vs. %83,2,  $\chi^2=85,743$ ,  $p<0,001$ ).

Ki-kare testi ile yapılan risk analizinde fiziksel şiddet için adli olgu bildiriminde bulunmada uzman hekim olmanın bildirim yapma olasılığını 2.116 (1.203-3.724) kat artırdığı görülmüştür ( $\chi^2=6,850$ ,  $p=0,009$ ). Kadın veya erkek olmak fiziksel şiddet için

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		Sayı	%
Branş	Psikiyatri	138	66,3
	Acil tıp	70	33,7
Eğitim düzeyi	Asistan hekim	107	51,4
	Uzman hekim	101	48,6
Adli olgu bildirimini yapmış olmak	Evet	144	69,2
	Hayır	64	30,8
Uzmanlık eğitimi alınan kurumda adli olgular ile ilgili eğitim yapılma durumu	Evet, eğitim alındı	123	59,1
	Evet, henüz eğitim alınmadı	19	9,1
	Hayır, yok	66	31,7
Eğitim kurumu dışında alınan adli olgu eğitimi	Evet	84	40,4
	Hayır	124	59,6
		<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>
Yaş		32,97	6,53
Mesleki tecrübe		7,19	6,22

olgu bildiriminde bulunma ile ilişkili bulunmamıştır. Fiziksel şiddet için kayıt tutmanın uzman hekim veya asistan hekim olmakla, kadın veya erkek olmakla ilişkili olmadığı görülmüştür. Anketin son bölümünde katılımcılara KYŞ olgularında adli bildirim yapmak ile ilgili endişeleri sorulmuştur. Yanıtlar Tablo 3'te özetlenmiştir. Katılımcıların en yoğun endişeleri hastalarının fiziksel güvenliği hakkındadır (n=202, %97,1), bunu hastanın ruhsal durumunun olumsuz etkilenmesi hakkındaki endişeler izlemiştir (n=196, %94,2). Hekimlerin 179'u (%86,1) bildirim yapmadığı takdirde yasal sonuçlarından endişe ettiğini bildirmiştir. Ayrıca hekimlerin kendi güvenlikleri ile ilgili (n=151, %72,6), gereksiz bildirim yapmak ile ilgili (n=148, %71,2), bildirim yaparak birine iftira atmış olmak ile ilgili (n=119, %57,2) endişeleri bulunmaktadır.

### Psikiyatri ve Acil Tıp Hekimlerinin Karşılaştırılması

Psikiyatri asistan hekimleri, psikiyatri uzman hekimleri, acil tıp asistan hekimleri ve acil tıp uzman hekimleri grupları arasında One-Way ANOVA ile yapılan karşılaştırmada yaş farkı olduğu saptanmıştır (F=48,79, p<0,001). Bonferroni düzeltmesi yapıldığında psikiyatri asistan hekimleri ile acil tıp asistan hekimleri arasında yaş farkı bulunmadığı (28,82 vs. 29,03, p=1,00), psikiyatri uzman hekimleri ile acil tıp uzman hekimleri arasında yaş farkı bulunmadığı (37,63 vs. 36,50, p=1,00) görülmüştür.

Gruplar arası cinsiyet farklılıklarını değerlendirmek için ki-kare testi uygulanmıştır, gruplar arası cinsiyet farklılıklarını farklılık mevcuttur ( $\chi^2=11,154$ , p=0,011). Acil tıp uzman hekimlerinin kadın oranının psikiyatri uzman ve asistan hekimlerinin kadın oranlarından daha düşük olduğu görülmüştür (%33,3 vs. %66,3, p=0,034; %33,3 vs. %67,2, p=0,011).

Grupların yıl ile ölçülmüş mesleki tecrübeleri One-Way ANOVA ile karşılaştırılmıştır (F=52,50, p<0,001). Bonferroni

düzeltilmesi sonrasında psikiyatri asistan hekimleri ile acil tıp asistan hekimleri arasında mesleki tecrübe yılı açısından farklılık bulunmadığı (3,26 vs. 3,21, p=1,00), psikiyatri uzman hekimleri ile acil tıp uzman hekimleri arasında mesleki tecrübe yılının anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (11,87 vs. 10,20, p=1,00).

KYŞ olgularının sıklığı psikiyatri ve acil tıp hekimleri arasında karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Duygusal ve cinsel şiddet olgularının dağılımında anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla  $\chi^2=38,823$ , p<0,001;  $\chi^2=22,765$ , p<0,001). Saptanan farklılık Bonferroni post-hoc analizi ile incelenmiştir, anlamlı farklılık gösteren sıklık düzeyleri Tablo 4'te işaretlenmiştir. Psikiyatri hekimlerinin acil tıp hekimlerinden daha sıklıkla kadına yönelik duygusal şiddet ve cinsel şiddet olguları ile karşılaştığı görülmüştür.

Sunulan olguların değerlendirmeleri psikiyatri hekimleri ve acil tıp hekimleri arasında karşılaştırılmıştır (Tablo 5). Fiziksel şiddet olgusunda adli bildirim yapma eğilimi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $\chi^2=87,819$ , p<0,001). Risk analizinde acil tıp hekimi olmak fiziksel şiddet olgusunda adli bildirim yapma olasılığını 27,120 (12,218-60,199) kat arttırmaktadır. Fiziksel şiddet olgusunda acil tıp hekimlerinin tıbbi kayıt tutma eğilimi psikiyatristlerden fazladır (Fisher's exact test p=0,046). Cinsel şiddet olgusunda adli bildirim yapma konusunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $\chi^2=71,137$ , p<0,001). Acil tıp hekimi olmak cinsel şiddet olgusunda bildirim yapma olasılığını 16,095 (7,919- 32,713) kat arttırmaktadır.

KYŞ olgularında adli bildirim yapmak ile ilgili endişeler hekim grupları arasında karşılaştırılmıştır (Tablo 6). Psikiyatristlerin acil tıp hekimlerine göre gereksiz yere bildirim yapmak ( $\chi^2=6,395$ , p=0,011), yapılan bildirim ile iftira atmış olmak ( $\chi^2=4,369$ , p=0,037), kendi güvenlikleri ( $\chi^2=5,030$ , p=0,025), hastanın fiziksel güvenliğinin tehlikeye girmesi (Fisher's exact test

Tablo 2. Hekimlerin mesleklerini yaparken kadına yönelik şiddet maruziyeti olan olgular ile karşılaşma sıklıkları

	Duygusal şiddet		Fiziksel şiddet		Cinsel şiddet	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Her gün	93	44,7	17	8,2	4	1,9
Haftada bir	79	38,0	82	39,4	23	11,1
Ayda bir	26	12,5	79	38,0	81	38,9
Yılda bir	10	4,8	30	14,4	100	48,1

Tablo 3. Hekimlerin kadına yönelik şiddet olgularında adli bildirim yapmak ile ilgili endişeleri

	Sayı	%
Gereksiz yere bildirim yapmaktan endişe duyarım	148	71,2
Yaptığım bildirim ile birine iftira atmaktan endişe duyarım	119	57,2
Bildirim yaptıktan sonra kendi güvenliğim ile ilgili endişe duyarım	151	72,6
Bildirim yaptıktan sonra hastamın fiziksel güvenliği ile ilgili endişe duyarım	202	97,1
Bildirim yaptıktan sonra hastamın ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi ile ilgili endişe duyarım	196	94,2
Bildirim yapmadığım takdirde yasal sonuçlarından endişe duyarım	179	86,1

**Tablo 4. Mesleği icra ederken karşılaşılan kadına yönelik şiddet olgularının sıklığının psikiyatri ve acil tıp hekimleri arasında karşılaştırılması**

		Psikiyatri hekimleri		Acil tıp hekimleri		İstatistik değerler
		Sayı	%	Sayı	%	
Duygusal şiddet	Her gün*	76	55,1	17	24,3	$\chi^2= 38,823$ $p<0,001$
	Haftada bir	53	38,4	26	37,1	
	Ayda bir*	8	5,8	18	25,7	
	Yılda bir*	1	0,7	9	12,9	
Fiziksel şiddet	Her gün	10	7,2	7	10	$\chi^2= 0,471$ $p=0,925$
	Haftada bir	55	39,9	27	38,6	
	Ayda bir	53	38,4	26	37,1	
	Yılda bir	20	14,5	10	14,3	
Cinsel şiddet	Her gün	4	2,9	0	0,0	$\chi^2= 22,765$ $p<0,001$
	Haftada bir*	21	15,2	2	2,9	
	Ayda bir*	62	44,9	19	27,1	
	Yılda bir*	51	37,0	49	70,0	

\*Posthoc Bonferroni analizinde gruplar arası farklılık  $p<0,05$ **Tablo 5. Olgu değerlendirmelerinin gruplar arasında karşılaştırılması**

	Psikiyatri hekimleri		Acil tıp hekimleri		İstatistik değerler
	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel şiddet olgusunda adli bildirim yapma	25	18,1	60	85,7	$\chi^2=87,819$ $p<0,001$
Fiziksel şiddet olgusunda tıbbi kayıt tutma	118	85,5	66	94,3	Fisher's exact test $p=0,046$
Cinsel şiddet olgusunda adli bildirim yapma	21	15,2	52	74,3	$\chi^2=71,137$ $p<0,001$
Cinsel şiddet olgusunda tıbbi kayıt tutma	112	81,2	61	87,1	$\chi^2=1,188$ $p=0,276$

**Tablo 6. Hekimlerin kadına yönelik şiddet olgularında adli bildirim yapma ile ilgili endişelerinin gruplar arasında karşılaştırılması**

	Psikiyatri hekimleri		Acil tıp hekimleri		İstatistik değerler
	Sayı	%	Sayı	%	
Gereksiz yere bildirim yapmaktan endişe duyarım	106	76,8	42	60,0	$\chi^2=6,395$ $p=0,011$
Yaptığım bildirim ile birine iftira atmaktan endişe duyarım	86	62,3	33	47,1	$\chi^2=4,369$ $p=0,037$
Bildirim yaptıktan sonra kendi güvenliğim ile ilgili endişe duyarım	107	77,5	44	62,9	$\chi^2=5,030$ $p=0,025$
Bildirim yaptıktan sonra hastamın fiziksel güvenliği ile ilgili endişe duyarım	138	100,0	64	91,4	Fisher's exact test $p<0,001$
Bildirim yaptıktan sonra hastamın ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi ile ilgili endişe duyarım	134	97,1	62	88,6	Fisher's exact test $p=0,013$
Bildirim yapmadığım takdirde yasal sonuçlarından endişe duyarım	117	84,8	62	88,6	$\chi^2=0,556$ $p=0,456$

$p < 0,001$ ) ve hastanın ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi (Fisher's exact test  $p = 0,013$ ) konularında daha sık endişe yaşadıkları görülmüştür. Bildirim yapılmadığı takdirde meydana gelecek yasal sonuçlardan endişe duymak konusunda psikiyatri ve acil tıp hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $\chi^2 = 0,556$ ,  $p = 0,456$ ).

## TARTIŞMA

Bu araştırmanın en önemli sonuçları TCK 280. maddede belirtilmiş olan uygulamanın klinik pratik ile çelişebildiği, farklı branşlardan hekimlerin adli bildirimde bulunup bulunmama konusunda karar verme eğilimlerinin farklılık gösterdiği, ayrıca bu süreçte hekimlerin hem hastanın güvenliği hem de kendi güvenlikleri ile ilgili endişeler yaşadığı şeklinde sıralanabilir.

Hekimlerin KYŞ ile ilgili adli bildirim yapma konusunda birtakım endişelerinin bilgi eksikliği ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu araştırmada tanımlanan bilgi eksiklikleri gereksiz yere bildirim yapmak ve bildirim yaparak iftiraya aracı olma endişeleridir. Sağlık mesleği mensubunun gerçeği ortaya çıkarmak gibi bir sorumluluğu veya suçu kimin işlediğini bularak itham etmek gibi bir görevi olamaz. Yalnızca bir kişinin bir suça maruz kaldığının bildirilmesi yeterlidir. Sonuçlar psikiyatri ve acil tıp branşlarında uzmanlık eğitiminde adli olgular ile ilgili eğitimlerin standart olarak bulunmasının gerektiği, böylece bilgi eksikliklerinin kapatılabileceğini düşündürmüştür. Yedi hekim KYŞ'yi "Bazı durumlarda suç niteliği taşıyan" bir olgu olarak tanımlamış, bu durumun eğitimde toplumsal cinsiyet ile ilgili başlıkların da kapsanmasına ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür. Hekimlerin klinik pratiklerinde sıklıkla KYŞ olguları ile karşılaştığı saptandığından, belirtilen eğitimler sunulan sağlık hizmetinin kalitesini arttıracaktır.

Cinsel şiddet olgusunda hekimlerin kayıt tutma ve adli bildirim yapma eğiliminin fiziksel şiddet olgusuna göre daha az olması kültürel olarak şiddetin normalize edilmesi, cinsel şiddetle ilgili mitler ve başvuran hasta ile ilgili özellikler olabilir. Şiddetin normalize edilmesi, kabul edilebilir görülmesi hekimlerin şiddete maruz kalanlarla karşılaşmalar bile bildirim yapmalarını engelleyebilir. Literatürde genel olarak, sağlık çalışanlarının şiddeti kabul edilebilir bir durum olarak değerlendirdikleri görülmüştür (14). KYŞ'nin en büyük kısmını yakın partner şiddeti oluşturmaktadır (15). Özellikle partner veya aile içi şiddet söz konusu olduğunda, aile içinde yaşanan olayın özel olduğu, bu nedenle bildirilmemesinin daha uygun olacağı düşünülebilmektedir (16). Şiddetin en geniş ve yaygın şekli olan aile içi şiddet suçları tüm şiddet türleri içerisinde en az dikkate alınan ve aleyhine adli süreçlere çok az başvurulması nedeniyle de karanlık alanın en yaygın suçlarıdır. Hekimlerin cinsel şiddet olgularını değerlendirmelerini etkilemiş olabilecek konulardan bir tanesi cinsel şiddetle ilgili mitlerdir (17). Özellikle tecavüz mitleri, mağdurların kendi mağduriyetlerinden dolayı suçlanmalarına ve mağdurların başına gelenlerin inkarına

sebebiyet verebilir (18). Şiddeti bildirmeme konusunda mağdurla ilgili endişeler de rol oynayabilir; yapılan bir çalışmada katılımcıların yarıya yakınının şiddet mağdurunun daha kötü duruma düşmesinden korkma nedenli bildirim yapmaktan çekindikleri görülmüştür (19). Ayrıca yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti verenlerde cinsel şiddetin tıbbi bir sorun olarak ele alınma ve şiddetin yalnızca fiziksel yönüne odaklanma eğiliminin olduğu görülmüştür (20).

Sağlık çalışanları bildirim yapma eğiliminde olsa da hastaların talepleri de bu konuda bildirim yapılmasını engelleyebilir. Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %59'unun hastanın kabul etmemesi durumunda bildirim yapmayabileceğini göstermiştir (21). Ayrıca Türkiye'de gerek toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, gerek KYŞ'ye yönelik hoşgörü veya görmezden gelme tercihi, gerekse güvenle ilgili tedbirlerin eksikliği, devam eden kadın cinayetleri şeklinde gözler önüne serilmektedir (22). Hekim başvuran kadın hastasının güvenliği ile ilgili endişeleri nedeniyle de adli bildirim yapmaktan geri durabilir. Bununla birlikte sağlıkta şiddet olguları adli alanda da defansif bir uygulamaya neden olmaktadır. Hekimlerin kendi güvenlikleri ile ilgili endişelerinin şiddete uğrayan kişilerle iletişimlerinde bir engel olduğu bilinmektedir (23).

Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 46. maddesine göre sağlık mensuplarına tanıklıktan çekinme yetkisi tanınmıştır. Söz konusu düzenlemelere rağmen hekim, suçu bildirmekle kanunen yükümlüdür. Kanun koyucu, sağlık mensubu olan kişilerin sır saklama yükümlülüğüyle suçu bildirim arasında tercihi iradi bir şekilde bildirim yükümlülüğünden yana kullanmıştır. Türk ceza hukuku öğretisinde sağlık mesleği mensuplarının, sır saklama yükümlülüğü ve tanıklıktan çekinme yetkisinin bulunmasına rağmen aynı zamanda işlenen suçları bildirme yükümlülüğü altında bulunması konusunda farklı görüşler olmakla birlikte ana yaklaşım, görevi sırasında suç işlendiğine yönelik bir belirtiyile karşılaşan hekimin bir yandan TCK 280. madde kapsamında yetkili makamlara bildirimde bulunmakla yükümlü olduğu, diğer yandansa tanık olarak dinlenmek istendiğindeyse tanıklıktan çekinme yetkisini kullanabileceği yönündedir (24).

Oysa kimi olgularda bildirim yapılması hastanın yaşamını tehdit edebilir. Örneğin Türkiye'de kadınların cinsel istismara maruz bırakıldığı için töre saiki ile öldürülmesi şaşkınlık verici bir olay değildir (25). Bu bağlamda araştırmamızda hekimlerin bildirim yaptıkları takdirde hastalarının güvenliğinin tehlikeye gireceği konusunda endişelenmeleri de anlam kazanmaktadır. TCK 25. maddede düzenlenmiş zorunluluk haline göre "Gerek kendisine gerek başkasına ait bir hakka yönelik olup, bilerek neden olmadığı ve başka suretle korunmak olanağı bulunmayan ağır ve muhakkak bir tehlikeden kurtulmak veya başkasını kurtarmak zorunluluğu ile ve tehlikenin ağırlığı ile konu ve kullanılan vasıta arasında orantı bulunmak koşulu ile işlenen fiillerden dolayı faile ceza verilmez." Dolayısı ile

kanunda belirtilen nitelikleri taşıyan durumlarda hastanın güvenliğini sağlamak amacıyla adli bildirim yapmayan hekim cezalandırılmaz (26).

Kadınların adli bildirim yapılmasını istememesinin nedenlerinden birisi de bildirimde bulunurlarsa maruz kalacakları şiddetin artması korkusu olabilir (26). Başka bir çalışma, kadınların şiddeti bildirdikleri durumlarda çocuklarının başına bir şey gelebileceği endişesi yaşadığını göstermiştir (27). Şiddete maruz bırakılan kadınlar sıklıkla suçlanır, damgalanır ve utanç duygusu yaşarlar (28). Daha fazla kişinin durumu öğrenmesi ile daha fazla utanç yaşamakta kaçınmak için KYŞ maruziyeti olan bir kadın hekimden bildirim yapılmamasını talep edebilir. Bunların yanında sosyal destek ve ekonomik özgürlük de şiddeti bildirme konusunda öne çıkan konulardandır (29). Ekonomik özgürlüğü ve yeterli desteği olmayan bir kadın şiddet faili ile yaşamaya mecbur kalabilir (30).

KYŞ'nin aynı zamanda bir ruhsal travma oluşundan hareketle, hekimin konumunu ruhsal açıdan da değerlendirmek gereklidir. Karpman'ın (31) kişiler arası drama üçgeni mağdur, fail ve kurtarıcıdan oluşan üç konum bulunmaktadır. Ruhsal travma varlığında ise kurtarıcı konumu boştur, ancak bu şiddete kimsenin şahit olmadığı anlamına gelmez. KYŞ olgusu açısından bakarsak sokakta meydana gelen bir olaya şahit olan fakat tepki vermeyen, evde gerçekleşen bir olayda hem karşı çıkmayıp hem şiddeti destekleyen kişiler olabilir. Hastasının maruz kaldığı KYŞ olayını dinleyen bir hekim, olaya dolaylı olarak tanıklık eder. Hekimin tanıklık etme biçimi yeterince empatik ve destekleyici olduğunda, hasta için iyileştirici nitelik taşıyabilir. Hastanın bildirim yapılmasını istemediği durumda hekimin yine de adli bildirim yapması, hastanın ruhsal travma ile hasarlanmış özerklik duygusuna yeniden zarar verebilir. Böylesi bir durum hastanın sonraki dönemdeki hekim başvurularını olumsuz etkileyebilir.

Kanaatimizce mevcut tabloda bildirim yükümlülüğünün hekimlerde bazı tereddütlere yol açmasının en olumsuz sonuçları hem tıbbi kayıt tutulmayan hem de adli bildirim yapılmayan olgulardır. Çünkü şiddete maruz bırakılmış olan kadın, hekim ile görüşmesinde bildirim yapmak için hazır hissetmeyebilir. Ancak bu esnada tıbbi kayıt tutulması, kişi kendini hazır hissettiğinde adli süreçleri başlatabilmesi açısından büyük önem taşır. Bununla birlikte tıbbi kayıt altına alıp adli bildirim yapmamak, aynı zamanda sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçunu kayıt altına almak anlamına gelecektir.

Bu bağlamda açıklığa kavuşturulması gereken husus TCK 280. madde ifadesini bulan "belirti" ifadesinden ne anlaşılması gerektiğidir. Hekimlik uygulaması açısından belirti fizik muayene bulgusu veya ruhsal durum muayenesi bulgusu olabilir. Hukuki görüş ise belirtiyi fizik muayene bulgusu olarak

yorumlamak eğilimindedir, dolayısıyla fizik muayene bulgusu varlığında hekimin suçu bildirim yükümlülüğü bakidir (32). Yine hukuki açıdan, maddi bir belirtinin yokluğunda, ruhsal durum muayenesinden elde edilen belirti ile adli bildirimde bulunmak hekimin insiyatifinde olup, burada bütün vatandaşlar için bildirim yükümlülüğünü tanımlayan TCK 278. madde gündeme gelecektir (33).

Gruplar cinsiyet açısından eşlenememiş olsa da, psikiyatri ve acil tıp bölümleri arasındaki cinsiyet farklılığını temsil ettiği düşünülmüştür. Ayrıca cinsiyetin verilen kararları etkileyip etkilemediği risk analizi yapılarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte çalışmamız temel olarak cinsiyet farklılıklarını değil, hekimlerin yaklaşımlarını ve branşlar arası farklılıkları tespit etmeyi amaçlamıştır.

Çalışmamız sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçu hakkında acil tıp ve psikiyatri hekimlerin yaklaşımını güncel bir bakış açısıyla değerlendirmiş, hastanın iyiliği ve yasal olanın yapılması konusunda hekimlerin yaşadığı ikilemi tartışmıştır.

## SONUÇ

KYŞ, kadınların ruhsal ve bedensel sağlığını tehdit eden bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık kuruluşları KYŞ olgularının başvurduğu merkezler olarak zarar azaltma aşamasında kritik görev taşır. Acil tıp hekimleri ve psikiyatristler sıklıkla KYŞ olgularına sağlık hizmeti vermektedir. Farklı branşlarda görev yapan hekimler verdikleri sağlık hizmetinin farklı nitelikleri ile ilişkili olarak şiddetin farklı türleri ile farklı sıklıklarla karşılaşmaktadır. Hekimler hastanın yararı ve güvenliği, kendi güvenlikleri ve yasal sorumluluklar üçgeninde KYŞ olgularına en uygun bakımı verme çabasında adli olgularla ilgili eğitime ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca TCK 280. maddesinin hekimlerin klinik pratiklerinin ve hastaların yasal süreç başlatma konusundaki özerkliğinin hesaba katılarak gözden geçirilmesine ihtiyaç olduğu görülmüştür.

## ETİK

**Etik Kurul Onayı:** Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 14.08.2023 tarihinde 12 karar numarası ile onaylanmıştır.

## DIPNOTLAR

### Yazarlık Katkıları

Konsept: İ.G.Y.K., S.O., C.K., M.E.Ç., O.E.T., Dizayn: İ.G.Y.K., S.O., C.K., O.E.T., Veri Toplama veya İşleme: İ.G.Y.K., S.O., C.K., Analiz veya Yorumlama: İ.G.Y.K., M.E.Ç., O.E.T., Literatür Arama: İ.G.Y.K., S.O., C.K., M.E.Ç., O.E.T., Yazan: İ.G.Y.K., S.O., C.K., M.E.Ç., O.E.T.

**Çıkar Çatışması:** Yazar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.



**Finansal Destek:** Yazar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. United Nations Human Rights [Internet]. New York: Declaration on the elimination of violence against women. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women> Erişim tarihi: 02.08.2024
2. Oram S, Khalifeh H, Howard L. M. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):159-170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
3. World Health Organisation [Internet]. Violence Against Women. [cited 2021 March 9]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> Erişim tarihi: 02.08.2024
4. Gülseren L, Başterzi AD. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet: Klinik Uygulamada Yaklaşım ve Sorumluluklar. *Psikiyatride Güncel Dergisi*. 2012;2:199-209.
5. St. Vil NM, Carter T, Johnson S. Betrayal Trauma and Barriers to Forming New Intimate Relationships Among Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(7-8):3495-3509. <https://doi.org/10.1177/0886260518779596>
6. Hacıoğlu Yıldırım M, Güvenç R. Cinsel saldırı sonrası adli makamlara başvuran olguların ruhsal belirtileri ve travma özelliklerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyat Derg*. 2017;18(4):330-337. <https://alpha-psychiatry.com/Content/files/sayilar/92/330-337.pdf>
7. El-Serag R, Thurston RC. Matters of the Heart and Mind: Interpersonal Violence and Cardiovascular Disease in Women. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(4):015479. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.015479>
8. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtaş Ö, Aker T. Adli psikiyatrisi: Birinci Basamakta Adli Tıp, 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Tabip Odası, 2011; 242-52. [https://www.istabip.org.tr/dosyalar/adli\\_tip.pdf](https://www.istabip.org.tr/dosyalar/adli_tip.pdf)
9. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress*. 2008;21(5):455-462. <https://doi.org/10.1002/jts.20357>
10. Herman J. Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (Çev: T Tosun), İstanbul, Literatür Yayıncılık; 2011, s.9-169
11. Özen Y. Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Bozukluklar Üzerine Bir Değerlendirme. *The Journal of Social Science*. 2018;2(4):136-159. <https://doi.org/10.30520/tjsosci.451037>
12. Taycan O. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Fenomenolojisi. AT Aker, O Taycan, F Çelik içinde, Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatrisi Derneği Adına Bayt Yayınevi; 2019, s. 1-37.
13. Can İÖ, Özdemir MH, Direk N. Adli Olgu Bildirimiyle İlgili İkilimlerde Hekimlerin Tutumları. *Adli Tıp Bülteni*. 2018;23(1):1-5. <https://doi.org/10.17986/blm.2017332862>
14. Wild KJ, Gomes L, Fernandes A, de Araujo G, Madeira I, da Conceicao Matos L, et al. Responding to violence against women: A qualitative study with midwives in Timor-Leste. *Women Birth*. 2019;32(4):459-466. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.008>
15. WHO [Internet]. Global health observatory data repository; Geneva: World Health Organization. [cited 2021 March 9] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> Erişim Tarihi: 02.08.2024
16. Miranda RB, Lange S. Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: A preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals. *PLoS One*. 2020;15(12):0243352. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243352>
17. Burnett A, Mattern JL, Herakova LL, Kahl Jr DH, Tobola C, Borsen SE. Communicating/Muting Date Rape: A Co-Cultural Theoretical Analysis of Communication Factors Related to Rape Culture on a College Campus. *Journal of Applied Communication Research*. 2009;37(4):465-485. <https://doi.org/10.1080/00909880903233150>
18. Burt MR. Cultural myths and supports for rape. *J Pers Soc Psychol*. 1980;38(2):217-230. <https://doi.org/10.1037//00223514.38.2.217>
19. Güneş G, Sarıbiyık M, Tekin Ç. Sağlık Personelinin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Deneyimleri ve Şiddeti Tanıyabilme Düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;7(1):1-7.
20. Colombini M, Mayhew S, Ali SH, Shuib R, Watts C. "I feel it is not enough..." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-65>
21. Moreira DN, Pinto da Costa M. Should domestic violence be or not a public crime? *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(4):833-838. <https://doi.org/10.1093/pubmed/ffda154>
22. Taşkın OE. Kriminolojik ve Ceza Hukuku Boyutuyla Kadın Cinayeti Suçu. İstanbul: On iki Levha Yayıncılık; 2022. <https://www.onikilevha.com.tr/yayin/2418/kadin-cinayeti-sucu-kriminoloji-ve-ceza-hukuku-boyutuyla>
23. Köken AH. Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi, [Doktora Tezi] Ankara, Hacettepe Üniversitesi; 2019. <https://deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/doktoratezleri/arifhudaikokentozeti.pdf>
24. Karahan AB. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu (TCK m.280). *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*. 2019;25(2):948-978. <https://doi.org/10.33433/maruhad.667619>
25. Ünkap Ö. Türkiye'de Namus Adına İşlenen Cinayetler: Mücadele ve Kazanımlar Kamer Örneği, [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul, İstanbul Üniversitesi; 2009. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=k2jQljrQlvFz0j7z\\_c59g&no=hCl460nGg-Okpy5d7HYyRw](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=k2jQljrQlvFz0j7z_c59g&no=hCl460nGg-Okpy5d7HYyRw)
26. Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. *Arch Fam Med*. 1996;5(3):153-158. <https://doi.org/10.1001/archfami.5.3.153>
27. McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med*. 1998;13(8):549-555. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00166.x>
28. McNutt LA, Carlson BE, Gagen D, Winterbauer N. Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women. *J Am Med Womens Assoc (1972)*. 1999;54(2):85-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10319597/>
29. Kim J, Gray KA. Leave or stay? Battered women's decision after intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2008;23(10):1465-1482. <https://doi.org/10.1177/0886260508314307>
30. Gilroy H, Nava A, McFarlane J. Developing a Theory of Economic Solvency for Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 2020;26(9):955-971. <https://doi.org/10.1177/1077801219853366>
31. Karpman S. Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 1968;7(26):39-43.
32. Koca M, Üzülmöz İ. Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2023.
33. Hakeri H. Tıp Ceza Hukuku. 4.baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2024.