

# Kadına Yönelik Cinsel Saldırlarda Hemşirelik Yaklaşımı

## Nursing Approach for Sexual Assaults Against Women

Münire TEMEL,<sup>1</sup> Fatma Nevin ŞİŞMAN<sup>2</sup>

### ÖZET

Kadına yönelik şiddet karmaşık ve çok boyutlu bir olgu olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Kadına yönelik şiddetin bir boyutu olan cinsel saldırı, bireyde ciddi ve uzun süreli tıbbi, psikolojik, yasal ve sosyal sekellere neden olur. Genellikle mağdur ile olay sonrası ilk karşılaşan sağlık personellerinden biri hemşirelerdir. Bu nedenle mağduru tanımlama, destek ve güven sağlama, tedavi ve hukuki süreçlere yönlendirmede hemşireler önemli pozisyonundadır. Bu yazıda hemşirelerin cinsel saldırı mağdurlarına yaklaşımında önemli noktalar gözden geçirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Cinsel saldırı; hemşirelik; kadın.

### SUMMARY

Violence against women is a complex and multi-dimensional phenomenon and is recognized as an important public health problem. Sexual assault, which is a type of violence against women, causes serious and long-term medical, psychological, legal and social issues. Generally, nurses are one of the first health professionals to meet the victims. For this reason, the nurses have an important position for identifying the victim, providing support and trust, and guiding treatment and legal processes. In this article, the key points of nursing approach for the victims of sexual assault are reviewed.

**Key words:** Sexual assault; nursing; woman.

### Giriş

Kadına yönelik şiddet karmaşık ve çok boyutlu bir olgu olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ivedilikle çözümlenmesi gereken kadın sağlığı sorunları arasında sayılmaktadır. Kadına yönelik şiddetin bir boyutu da cinsel şiddettir. DSÖ'ye göre cinsel şiddet; bireyin rızası olmadan, baskı kullanarak ya da rızasının aranmayacağı durumlarda herhangi bir cinsel hareket, girişim, cinsel içerikli sözler ile fiziksel, ruhsal ve sosyal zarar görmesidir.<sup>[1]</sup> Zorla cinsel temasın gerçekleştiği cinsel saldırı eylemi, saldırıya uğrayanda ciddi ve uzun süreli tıbbi, psikolojik, yasal ve sosyal sekellere neden olan geniş kapsamlı bir suç olarak değerlendirilmektedir.<sup>[2-6]</sup>

Şiddete maruz kalan kadınların en kolay ulaşabilecekleri kurumlar sağlık kurum ve kuruluşları, dertlerini en iyi anlatacakları kişiler sağlık çalışanlarıdır.<sup>[7]</sup> Cinsel saldırıya uğramış bireye tıbbi bakım, destek ve danışmanlık sunmada sağlık çalışanlarının anahtar konumda olması beklenmektedir.<sup>[1,7]</sup>

Hemşirelerin savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rollerinin gereği, kadının, ailenin ve toplumun sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, gerektiğinde rehabilitasyonunu sağlama ve yasal hakları ile çözüm yolları konusunda bilgilendirme ve uygun kanallara yönlendirerek kadının yaşam kalitesine katkı sağlama işlevleri vardır.<sup>[1,7]</sup> Toplumun tüm alanlarında hizmet sunan hemşireler, genellikle cinsel saldırıya uğramış bireyler ile olay sonrası ilk karşılaşan sağlık personellerinden biridir.<sup>[3]</sup> Bu nedenle etik ve mesleki kodlar doğrultusunda cinsel saldırıya uğramış bireyi tanıma, suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmede cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama, uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etmede önemli pozisyonundadır.<sup>[3,7]</sup>

Bu yazıda cinsel saldırıya uğramış bireylere hemşirelerin yaklaşımı ile ilgili önemli noktalar gözden geçirilmiştir.

### Epidemiyoloji

Cinsel şiddet suçları en az bildirilen suçlardan biri olup, ulaşılabilen veriler sadece buzdağının görünen parçasıdır. Saldırıya uğrayanların çok azı polise başvurmuştur. Saldırıya uğrayan bireyler, şikayet sonrası saldırganın kendisine zarar vermesinden korkma, utanç duyma, kendini suçlama, aile ve arkadaş çevresinin öğrenmesini istememe, kendisine inanılmayacağını düşünme, yetersiz sosyal destek, etiketlenme kaygısı, çalışanlara güvenmeme gibi nedenlerle olayı gizleme eğilimindedir. Yargılama sürecinin uzun olması da olguların bildirilmesini engellemektedir. Bu nedenle cinsel istismar olgularının gerçek insidansı bilinmemektedir.<sup>[8-11]</sup>

Dünya Sağlık Örgütü, kadınların yaklaşık %47'sinin ilk cinsel ilişkilerini zorlamayla yaşadığını,<sup>[1]</sup> tecavüz ve aile içi

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Tekirdağ;

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

**İletişim (Correspondence):** Münire TEMEL.

**e-posta (e-mail):** tmunire@yahoo.com

**Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(2):85-90**  
**Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(2):85-90**

**Doi:** 10.5505/phd.2013.24865

**Geliş tarihi (Submitted):** 11.03.2013 **Kabul tarihi (Accepted):** 27.09.2013

şiddetin kadınların sağlıklı yaşam yılları kayıplarının %5-16'sını oluşturduğunu bildirmektedir.<sup>[12]</sup> DSÖ'nün 2005 yılındaki "Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporu"na göre; kadınlarda cinsel şiddet sıklığı; %6-59 oranındadır.<sup>[13]</sup>

Amerika Birleşik Devletleri'nde her altı kadından birinin yaşamı boyunca en az bir kez cinsel saldırıya maruz kaldığı, her yıl 30/10000 kadının partneri tarafından tecavüze uğradığı,<sup>[14]</sup> Kuzey Amerika'da yetişkin kadınlarda yaşam boyu cinsel saldırı yaygınlığının %12-%18 olduğu bildirilmektedir.<sup>[15]</sup>

2008/2009 İngiltere polis raporlarına göre, kadınlara karşı 12165 tecavüz rapor edilirken bu oranın bir önceki yıla göre %5 oranında arttığı bildirilmiştir.<sup>[16]</sup> İngiltere'de yapılan İngiliz Suç Araştırması (British Crime Survey-(BCS) 2009/10 verilerine göre (16 yaş ve üzeri, 46.000 kişide), her beş kadından biri 16 yaşından beri en az bir kez cinsel saldırıya maruz kalmış ve özellikle 16-19 yaş arası kadınların diğer yaş gruplarına göre daha yüksek risk taşıdıkları belirtilmiştir.<sup>[17]</sup>

Ülkemizde cinsel saldırı ile ilgili yapılan çalışmalar az sayıda olup, cinsel saldırıya uğramış bireylerin kayıtlarının toplandığı merkezler bulunmamaktadır.<sup>[18]</sup> Türkiye Cumhuriyeti Emniyet Genel Müdürlüğü'nün 2008 yılı "Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar" raporuna göre; 2007'de 1268 cinsel saldırı olgusu yaşanmıştır.<sup>[19]</sup> Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Şiddet Araştırma Komisyonu tarafından gerçekleştirilen araştırmaya göre (2010), Türkiye'de 12.863 cinsel içerikli suç işlenmiş, diğer olaylara oranla Türkiye ortalaması %4.42 olarak saptanmıştır.<sup>[20]</sup> Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM), Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürlüğü tarafından 17.168 kişi ile yapılan "Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet Raporu" (2009)'na göre evli kadınların %15'i eşinin, %3.3'ü eşi dışındaki bireylerin cinsel şiddetine maruz kalmaktadır.<sup>[21-23]</sup>

Her cins, yaş grubu, kültür, ırk ve sosyal sınıftan birey cinsel şiddete maruz kalabilmektedir. Bununla birlikte genç olma, birden çok kişiyle birliktelik, yaşlı bireylerdeki fonksiyonel kayıp, fakirlik, gibi faktörler riski artırmaktadır.<sup>[2,4,24,25]</sup> Karbeyaz ve arkadaşları (2012), Eskişehir'de 3.5 yılı kapsayan bir sürede, 270 bireye yönelik cinsel saldırı olgularını inceledikleri çalışmada, saldırıya uğrayan bireylerin %64'ünün 18 yaş ve altında, %90.4'ünün kadın olduğu, bütün olgularda saldırganın erkek ve saldırganların %87.4'ünün çevreden bir tanıdık ve %10.7 olgunun enest olduğu belirlemişlerdir.<sup>[11]</sup>

Gölge ve Yavuz cinsel saldırı hükümlüleriyle yaptıkları bir çalışmada (2007), saldırıya uğrayanların %40.37'sinin yetişkin olup, %70.64'ünde saldırganla olay öncesinde tanışıklığı olduğu, %17.43 olgunun enest olduğu ve %47.73'ünde saldırı nedeninin güç sağlamak olduğu tespit edilmiştir.<sup>[26]</sup>

## Cinsel Saldırı Sonrası Akut Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı

Acil serviste, kadın sağlığı merkezlerinde, psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler başta olmak üzere hemşireler cinsel saldırı sonrasında bireylerle ilk temasta bulunan sağlık çalışanlarıdır. Yurt dışında adli hemşireliğin bir dalı olarak cinsel saldırıya maruz kalan bireylere ilk muayene ve yaklaşımı sağlamada görev almak üzere Cinsel Saldırlarda Hemşirelik Muayenesi (Sexual Assault Nursing Examination-(SANE) programları yürütülmektedir.<sup>[27-31]</sup> Bu program kapsamında alana kazandırılan birçok SANE hemşiresi saldırı sonrası ilk kanıtları toplayan kişiler olarak adli işlemlerin daha sağlıklı ve kısa sürede yürütülebilmesi için savcılığa önemli katkı sağlamaktadır.<sup>[28]</sup>

Cinsel saldırıya uğrayan bireylerin tedavi arayışında, ilk sırada acil servislere başvurmak gelmektedir. Başvuru nedenleri çoğunlukla duygusal destek bulmak, kontrolü yeniden sağlamak, güvenliği ile ilgili endişe ve korkularını azaltmaktır. Bu nedenle, bireyin yalnız bırakılmaması, güvenli bir yere alınması ve triyajda öncelik tanınması hemşireler tarafından dikkat edilmesi gereken unsurlardır. Güvenli bir ortamda bireye duygularını açıklama imkanı verilmesi, fiziksel tedavisinin hızlıca yapılması, destek sağlanması, en kısa sürede profesyonel yardım alabileceği bir merkeze yönlendirilmesi gelişebilecek ruhsal sorunları ve sekelleri azaltmada büyük önem taşımaktadır. Bireyin bakımı, kriz girişimleri doğrultusunda sağlık merkezine geldiği anda başlayarak, sonrasında izlemlerle devam etmelidir.<sup>[2,3]</sup>

Cinsel saldırının doğası gereği yapılan uygulamalar çok yönlüdür; acil tıbbi yardım, psikolojik destek, adli kanıt toplama gibi farklı müdahaleler bir arada yapılmaktadır. Adli kanıt toplamakla görevli hemşire, ilk fiziksel müdahalenin ardından, bireyin izin verdiği ölçüde çok yönlü adli muayenesini yapmalıdır. Kanıt toplandıktan sonra bireyin yetkili birimlere, kriz danışmanlığına devredilmesine kadar gözetimi sürdürülmelidir.<sup>[2]</sup>

## Anamnez Alma

Toplanan veriler, kurumun protokollerine göre suç kanıtları olarak mahkemede kullanılabilmesi için, değerlendirme dikkatli yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Hastanın şikayetinin yanı sıra olay sırasındaki koşullar; olayın meydana geldiği yer, zaman, korkutma, tehdit, zorlama, fiziksel travma, silah kullanımı, direnç, cinsel birleşme olup olmadığı hakkında bilgi alınır ve kayıt edilir. Hemşire aile içinde bir mağduriyet yaşandığından şüphelendiği durumlarda, hastanın ve ailesinin birbirinden tutarsız ifadeleri, hastanın ses tonu ve vücut dilinden yola çıkarak olgunun tanımlanmasını sağlayabilir. Bu aşamada öyküyü alan kişinin deneyimli olması, soruların açık, anlaşılır, cevaplanabilir olması ve hastayı

yönlendirmemesi önemlidir. Ayrıca hastanın sözel ifadelerinin değiştirilmeden kayıt edilmesi büyük önem taşımaktadır.<sup>[32]</sup> Hemşire, bireye uygulanacak bütün prosedürler hakkında önceden bilgi vermeli, izni olmadan vücuduna dokunmamalı ve hakkında edinilen bilgilerin gizli kalacağını söylemelidir.<sup>[2]</sup>

### Fizik Muayene ve Örnek Alma

Ülkemizde yürürlükte olan ‘Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik’ gereğince bir suçun tespitine yönelik mağdurun beden muayenesinin sadece hekim tarafından, vücudundan örnek alma işleminin ise hekim veya hekim gözetiminde hemşireler de dahil diğer sağlık personeli tarafından da yapılabileceği belirtilmektedir. Aynı yönetmelikte birey kadın ise muayeneyi kadın hekimin yapmasını isteyebileceği, eğer bu sağlanamıyorsa muayene sırasında bir kadın sağlık personelinin bulunmasına özen gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>[33]</sup>

Yönetmelik kapsamındaki adli örnekler bireyin giysileri, tükürük, tırnak altları, kafa derisi, saç ve pubik kıllarından alınmakta, vajinal açıklık ve serviksten smear alınarak sperm tayini için kanıt/delil elde edilebilmektedir. Vajinal ve servikal travma için pelvik muayene yapılması, cinsel yolla bulaşan hastalık tayini için kültür alınması gereklidir. Herhangi bir fiziksel travma (ısıрма, saplama, ezilme, kurşun yarası gibi) olasılığının değerlendirilmesi kapsam fotoğraf çekilir ve bedendeki yeri çizilerek belirtilir. Saldırıya ilişkin psikolojik tepkiler (ağlama, ajitasyon, endişe, korku gibi) kaydedilir ve ruhsal durum değerlendirmesi yapılır. Tüm davranışlar yazılı olarak tanımlanmalıdır.<sup>[2,31,34]</sup> Failin ve mağdurun her ikisinin de alkol-madde kullanımı araştırılır, saldırıyı kolaylaştırabilecek madde varlığı açısından kan ve idrar analizleri alınır.<sup>[19,21]</sup> Saldırı sonrası kanıtların en iyi şekilde toplanabilmesi için bireye muayene ve örneklem yapılana kadar vücudunda herhangi bir yeri yıkamaması, tuvaletini yapmaması, yemek yememesi, içmemesi, giysilerini değiştirmemesi söylenir.<sup>[19,34]</sup>

Hemşire örnek alma ve paketleme işlemlerinde eldiven kullanmalı çıplak el ile bireyin vücuduna veya giysilerine dokunmamalıdır. Bireyin giysilerinde bulunabilecek ve kanıt oluşturabilecek örneklerin toplanabilmesi için giysilerin yere serilmiş beyaz/kahverengi bir kağıt üzerinde durarak çıkarılması sağlanmalı ve giysiler silkelenmeden ve katlanmadan paketlere yerleştirilmelidir. Kıl örneği alınırken pens veya cımbız gibi bir alet, sürüntü örneği için steril swab (eküvyon çubuğu) kullanılmalıdır. Yaralarda bulunan yabancı materyal de pens ile alınmalı, materyali çıkarmak için yarayı yıkama silme gibi işlemler yapılmamalı, ilk yardım amaçlı yapılan pansuman materyalleri de kanıt olarak saklanmalıdır. Yaralar tipi, alanı, büyüklüğü ve genel görünümü açısından tanımlanmalı, yaradan barut gibi örneklerin alımı için yapışkan bant kullanılmalıdır. Islak ve nemli olan örnekler paketlenmeden

önce oda havasında kurutulmalı ve kağıt paketlerde muhafaza edilmelidir. Her bir kanıt ayrı paketlenmeli ve mühürlenmeli, üzerine bireyin adı, örneği alanın adı ve kurumu, alındığı tarih ve saat, örneğin cinsi, protokol numarası bilgileri yazılmalıdır. Tüm kanıtlar teslim edilene kadar klinikteki camlı ve raflı kilitli bir dolapta saklanmalı, teslim işlemi, kanıtı teslim eden ve alan görevlilerce imza altına alınmalıdır.<sup>[32]</sup>

Saldırıdan sonra 72 saat içinde tüm kanıtların toplanması ve biyolojik kanıtların 120 saat içinde incelenmesi gerekmektedir.<sup>[27]</sup> Saldırı sonrası bireyin ayrıntılı değerlendirme ve kanıt toplama işleminin tek bir kurumda yapılması, bireyin farklı kurumlarda benzer muayenelere tabii tutularak yaşanan travmayı tekrar tekrar yaşamamasını önlemek açısından önemlidir.<sup>[11]</sup>

Cinsel birleşme bir kez bile olsa, cinsel saldırı sonrası %5 oranında gebelik görülebildiği için bireye acil kontrasepsiyon da uygulanmaktadır. Hemşire cinsel saldırı yaşayan ve gebelik riski olan tüm kadınlara acil kontrasepsiyon hakkında bilgi vermelidir.<sup>[3,10]</sup> Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (The Centers for Disease Control and Prevention-(CDC), cinsel saldırı sonrasında İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus-(HIV), Hepatit B ve Sifiliz için örnek alınmasını, yaygın görülen (HIV, klamidiya, gonore, trichomonas, bakteriyel vajinosos gibi) cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı profilaktik tedavi önermektedir. Bakteriyel hastalıklar için yedi günlük antibiyotik tedavisi, HIV için 72 saat içinde başlanan ve 28 gün süreli antiretroviral tedavi uygulanmaktadır. Saldırıdan sonraki 15 gün, 3-6-12. aylarda HIV testi yapılmaktadır.<sup>[10,35]</sup> Ancak yaşanan krizin etkisiyle risklerin farkında olunmaması, ilaç yan etkileri, ilaç kullanımının damgalanmayı ve saldırıyı hatırlatıcı etkisi nedeniyle profilaksi reddedilebilmektedir. Hemşire bireye uygulama öncesi, yürütülecek tedavi programının olası etki ve yan etkileri hakkında açıklayıcı bilgi vermelidir. Bu, bireyin tedavi programına uyumunu da arttıracaktır.<sup>[35]</sup>

### Duyusal ve Sosyal Destek Sağlama

Saldırıya uğrayan birey olayın kendi suçu olmadığını duymaya ve anlamaya ihtiyaç duyar. Bu nedenle, yapılan müdahalelerde hemşire hastaya yargılayıcı olmadan ve empatiyle yaklaşmalı, güven verici bir iletişimde bulunmalıdır.<sup>[2,24,31]</sup> Hemşirenin şaşırma, dehşet, tikslenme ve inanmadığını gösteren tavırları mağdurun anksiyetesini, suçluluk ve utanç duygusunu artırır. Kayıt tutarken, mağdurun yaşadığı deneyimi ve olayın yıkıcılığını küçük gösteren “...reddetti, ...iddia etti, cinsel ilişkiye girilmiş” gibi terimler kullanılmamalı, “....söyledi, vajinal penetrasyon mevcut” gibi ifadeler tercih edilmelidir.<sup>[2]</sup> Mağdurun sessiz olması ve kimseyle iletişime geçmek istememesi, tetkik yapılmasını ve polis sorgusunu istememesi kendini suçladığını gösterir ki, bu önemle dikkat edilmesi

gereken bir durumdur. Böyle bir durumda hemşire mağdura duygusal olarak destek olmaya özen göstermelidir.<sup>[10,36]</sup>

Bireyin yaşadığı duygularını ifade edebilmesi çok önemlidir. Hemşire, bireyin rahat konuşmasına imkan tanınmalı, ancak konuşması için baskı yapmamalıdır. Bazı bireylerde sessiz reaksiyonlar da olabilir, daha önce yaşanmış ancak unutulmuş bir cinsel travma erişkinlikte hatırlanabilir. Daha önce bu tür travmatik deneyimleri olup olmadığı, bu olayın kendisi için ne anlama geldiği sorgulanmalı, ancak cinsel travmanın tekrarı anlamına gelebilecek ifade ve tutumlardan kaçınılmalı, detaylar daha sonraki görüşmelere bırakılmalıdır.<sup>[2,4,24,37]</sup> Bireyin sosyal destekleri belirlenmeli, olayla ilgili yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesi konusunda izin alınmalı, benzer deneyimlere sahip birçok bireyin yaşadığı uzun dönemli olası travma semptomları hakkında açıklama yapılmalıdır.<sup>[2,4,24]</sup> Polis görüşmesine bireyin katılımı sözkonusu olduğunda, hemşire tarafından kendisine ne gibi sorular sorulabileceği, prosedürün ne olduğu hakkında bilgi verilmelidir. Destek için bireyin yanında olunmalı, ancak polisin sorduğu sorulara onun adına cevap verilmemeli ve soru sorulmamalıdır.<sup>[36]</sup>

Bireyin acil servisteki bakımı bir saat içinde tamamlanıp, vakit kaybetmeksizin kriz danışmanlığına alınması gerekir. Hemşire acil başvuru tamamlanmadan önce başvurabileceği merkezler, cinsel saldırı mağdurlarıyla çalışan avukat, terapist ve sosyal gruplar ile ilgili bilgi vermelidir.<sup>[2,36]</sup> Kriz danışmanlığına alınan bireyin duygusal durumu ve diğer psikolojik ihtiyaçları olayın ardından 24-48 saat içinde telefon ile yeniden değerlendirilmeli, en az iki, dört ve altıncı haftalarda yüz yüze görüşme yapılmalıdır. Her ziyarette psikolojik süreçler, cinsel yolla bulaşan hastalık, hamilelik ve yasal danışmanlık ihtiyacı değerlendirilmeli, gerekli tedavilere başlanmalıdır. Grup terapisi ve destek grupları birey için çok faydalıdır. Duygusal ve fiziksel yıkım yaşayan diğer bireylerin deneyimlerini paylaşmak, bireyin izolasyon, utanma ve suçluluk duygularından kurtulmasına yardım eder.<sup>[2]</sup>

### **Cinsel Saldırı Sonrası Ortaya Çıkan Psikiyatrik Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı**

Cinsel saldırıya uğrayan bireyler yaşadıkları olaydan ciddi şekilde etkilenir. Saldırı bireyin yaşamı üzerinde bir tehdit olarak algılanır, çevresi ve iç benliği arasındaki dengesi bozulur.<sup>[38]</sup> Olaydan sonra pek çok duygusal sekel kalabilir ve etkileri yaşam boyu devam edebilir. Saldırı sonrasında sıklıkla görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) yanı sıra Akut Stres Bozukluğu, Panik Bozukluk, Depresif Bozukluk, Yeme Bozukluğu, Alkol Madde Kötüye Kullanımı, Disosiyatif Bozukluklar, Borderline Kişilik Bozukluğu, Uyum Bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir. Ayrıca, kendini yaralama ve zarar verici davranışlar, intihar düşüncesi ve girişimleri de olabilir.<sup>[11,39-42]</sup> Bazı bireyler-

de evden dışarı çıkamama, kimseyle etkileşime geçmeme, iş ve sosyal hayattan kaçınma,<sup>[10,43]</sup> genel sağlık taramaları için gerekli meme ve perine muayenesi gibi işlemleri yapmama ve yaptıramama gibi davranışsal sorunlar kalıcı olabilir.<sup>[4]</sup> Olaydan sonra bireyde uzun süreli cinsel işlev bozukluğu, cinsel istekte azalma, cinsellikten kaçma gibi semptomlar olabileceği gibi, özellikle ensest olgularında cinsel duygu ve davranışların normal gelişiminden saptığı zedelenmiş cinsellik, uygunsuz ya da aşırı cinsel biliş veya davranışları içeren kompulsif cinsel davranışlar da görülebilmektedir.<sup>[37,44,45]</sup>

Saldırı sonrasında yaşanan Tecavüz Travma Sendromu hemşirenin üzerinde önemle durması gereken durumlardan biridir. Hemşire saldırıya uğrayan bireyi değerlendirerek, aynı zamanda bir hemşirelik tanısı olan sendromun işaretlerini tanımalı ve gereken girişimleri uygulamalıdır. Sendromun akut evresi hemen krizin ardından başlar, birkaç gün ile birkaç hafta arasında sürer. İzleyen uzun dönemli evre olaydan sonra iki hafta içinde başlar ve tedavi edilmezse yıllarca devam eder.<sup>[2,4,24,36,46,47]</sup>

**Tecavüz Travma Sendromu Akut Dönem:** Krize tipik reaksiyon sıklıkla bilişsel, affektif ve davranışsal bozulmadır. Akut dönemde en yaygın yanıtlar şok, inkar, uyuşukluk, kızgınlık, korku, ağlama, gerginliktir. Diğer yandan birey suskun, sakin, durgun ve kontrollü de olabilir. Yaygın veya travma alanıyla ilgili ağrılar yaşayabilir. Uykusuzluk veya uykuda kabus, iştah azalması veya kaybı, mide bulantısı ve mide ağrısı görülebilir. Sakatlık ve ölmekten korkma, suçluluk, utanma, aşağılanma, küçük düşme, intikam ve kızgınlık duyguları yaşanabilir. Duygularda dalgalanma, histerik tutumlar, huzursuzluk hatta gülümser bir tutum sergileyen olgulara da rastlanabilir. İzleyen zamanda bilişsel fonksiyonlarda bozulma, karar verme, problem çözme ve konsantrasyonu sağlamada zorlanma ile travmaya yönelik zorlu düşünceler ortaya çıkabilir.<sup>[2,4,36,46]</sup>

Hemşireler; savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rollerinin gereği birey akut dönemde iken ve acil servisten ayrılmadan, öncelikli durumsal ihtiyaçlarını ele alan kısa dönemli bir plan yapmalıdır. Yapılan bu plan bireyin saldırıyı izleyen yaygın duygusal, fiziksel ve sosyal tepkilerini dile getirebilmesi, tanı, tedavi süreç ve gerekçelerini tanımlaması, aile ve arkadaş desteklerini tanınması ve uygun zamanda kullanmasını sağlamaya yönelik olmalıdır. Ayrıca bireyin; yetkili yasal danışman ve toplum destekleri hakkında bilgi sahibi olmasını ve kriz danışmanı ile görüşmek için randevu almasını destekler nitelikte olmalıdır.<sup>[2,24,36]</sup>

**Tecavüz Travma Sendromu Uzun Süreli Dönem:** Bireyin bu evrede nelerle karşılaşabileceğini bilmesi hazırlık yapabilmesi açısından önemlidir. Ayrıca gösterilen tepkilerin bireylerin tutumlarına göre değişiklik göstereceği de bilinmelidir. Yaygın görülen semptomlar:

- Tecavüz ile ilgili tekrarlayıcı kabuslar, anımsamalar ve

istemsiz gece ve gündüz düşünceleriyle belirli yeniden travmayı yaşama,

- Herhangi bir his veya duygu deneyimi yaşayamama, sosyal geri çekilme,

- Tecavüzü düşündüren ve anımsatan tüm yer ve aktivitelerden kaçınma,

-Aşırı uyarılma, dikkatte artma, uyku bozuklukları, konsantrasyonda zorlanma gibi artmış psikolojik uyarılma belirtileri,

-Yalnız kalma, kalabalık içinde olma, cinsel ilişkiyle ilgili korku ve fobiler.<sup>[2,4,36,46,47]</sup>

Ayrıca menstruel ve jinekolojik sorunlar, kas-iskelet sistemi ağrıları, genel keyifsizlik, gastrointestinal sistem şikayetleri, uyku ve yeme düzeninde bozukluk görülebilir. Saldırganın sesini, kokusunu, görünümünü hatırlatan kişilerden korkma, arkadaş ve ailesi olmadan evden ayrılamama, işe gidememe veya dışarı çıkamama, bulunduğu yerden taşınma sık görülen diğer semptomlardır.<sup>[4,36]</sup>

Anksiyete ve ajitasyonun yüksek olduğu olgularda kısa dönemli benzodiazepin tedavisi önerilmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) TSSB, depresyon ve panik atak semptomlarının iyileşmesine yardımcı olur.<sup>[2]</sup> Hemşire, bireyi ilaç tedavisine uyum ve ilaçların yan etkileri konusunda yakından gözlemlemelidir.

İzlem amacıyla birey ile üçüncü ve altıncı aylarda yeniden görüşülmeli, semptomların varlığı ve yoğunluğu değerlendirilmelidir. Bu dönemde yapılacak hemşirelik bakımı ile bireyin semptomlar olmaksızın kriz öncesi işlevselliğine geri dönebilmesi (uyku ve yeme örüntüsünde düzelme, somatik tepkilerde azalma veya tamamen yok olma, gevşeme ve rahatlama bildirmesi), gelecek hayat planında mutluluk ve güven deneyimlemesi amaçlanır. Çoğu birey destek hizmeti ve kriz danışmanlığı sonrası önceki yaşamına yeniden kavuşabilir. Eğer birey TSSB semptomlarını yoğun olarak göstermiyor ve yaşamı saldırı öncesi döneme benzer şekilde devam etmeye başlamışsa iyileşme gerçekleşmiş olarak kabul edilir.<sup>[2,24,36]</sup>

## Sonuç

Cinsel saldırı, tedavi ve destek alamayan olgularda hayat boyu sürebilen ciddi bir travmatik yaşantıdır.<sup>[4,48]</sup> Erken müdahale ve uygun yaklaşımlar ile başarılı sonuçlar alınabilir. Gizli kalmış olgularda ise fark edildiği andan itibaren gerekli destek ve tedavi sağlanmalıdır.<sup>[4]</sup>

1998 yılında ülkemizin de imzaladığı Birleşmiş Milletler (BM) tarafından hazırlanan Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women-(CEDAW) ve Türk Ceza Kanunu'nda 2005 yılında yapılan düzenlemeler sonucunda, son yıllarda kadına yö-

nelik her türlü ayrımcılığın durdurulmasına yönelik önemli adımlar atılmıştır.<sup>[11]</sup> 20 Mart 2012 tarihinde yürürlüğe giren "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" kapsamında pilot illerde açılan Şiddet Önleme ve İzleme Merkezlerinde psikolojik, meslekî, hukukî ve sosyal alanda rehberlik ve danışmanlık hizmeti yanında, şiddetin önlenmesi ve tedbir kararlarının izlenmesine yönelik, şiddet mağduru kişiler ile şiddet uygulayan/uygulama ihtimali bulunan kişilere yönelik hizmet verilmeye başlanmıştır.<sup>[49]</sup>

Ancak ne yazık ki ülkemizdeki kültürel ve toplumsal bazı faktörler cinsel saldırıların önüne geçilmesine ve cinsel suç mağdurlarının normal yaşamlarına dönmeye engel teşkil etmektedir.<sup>[50]</sup> Sorunun çözümü için disiplinlerarası ortak çalışmalara, güçlü yaptırımları olan kanunlara, cinsel saldırının cezalandırılması gereken bir suç olarak tanınmasına, bu alanda cinsel şiddete uğrayan bireyin yanı sıra, saldırganla da çalışabilecek eğitimli çalışanlara ve çok sayıda merkeze büyük ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda, hemşireler için, sağlıklı cinsel davranışları geliştirme, cinsiyetçi tutumları azaltma, duygudaşlık geliştirme ve şiddeti önleme becerilerini kazandırmayı amaçlayan eğitimlerin gerçekleştirilmesi cinsel saldırı suçlarının önlenmesinde önemli kazanımlar sağlayacaktır. Yurtdışında olduğu gibi ülkemizde de cinsel saldırı muayene hemşireliği alanında yapılacak eğitimler ve bu kişilerin acil servislerde görev almalarının sağlanması, cinsel saldırıya uğrayan bireylerin tanı, tedavi ve bakım süreçleri ve adli işlemlerdeki işleyişi kolaylaştıracaktır.

## Kaynaklar

1. World Health Organization. Sexual violence. In: World report on violence and health. Geneva,149-81, 2002. Retrieved May 20, 2013, from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf).
2. Varcariolis EM, Halter MJ. Essentials of psychiatric mental health nursing. A communication approach to evidence based care. Missouri: Saunders Elsevier; 2009. p. 399-410.
3. Kent VP, Crusse EP. Targeting abuse. Nursing Made Incredibly Easy, 2010;8:22-8. Retrieved January 08, 2013, from [http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/Fulltext/2010/07000/Targeting\\_abuse.7.aspx](http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/Fulltext/2010/07000/Targeting_abuse.7.aspx).
4. Padden ML. Sexual violence and the silent reaction to rape. Implication For Nurses Nursing For Women's Health 2008;12:106-13.
5. Boyd MA. Psychiatric nursing contemporary practice. 4th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2008. p. 844.
6. Lukima J. Sexual assault. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. National Sexual Violence Resource Center. Pennsylvania; 2009. Retrieved January 08, 2013, from <http://www.womenhealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/sexual-assault.pdf>.
7. International Council of Nurses. Nurses, always there for you: United against violence. International Nurses' Day. Anti-violence tool kit, 2001. Retrieved May 20, 2013, from <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/nurses.pdf>.
8. Christopher PK, Lindquist CH, Warner TD, Fisher BS, et al. The campus sexual assault (CSA) study 2007 Final report. US Department of Justice. Retrieved January 08, 2013, from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/221153.pdf>.
9. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. Nöropsikiyatri

- Arşivi 2005;42:19-28.
10. Abrahams N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: A South African qualitative study. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 2010;12:471-84.
  11. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akaya H. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23:255-63.
  12. World Health Organization. Guidelines for medico- legal care for victims of sexual violence, Geneva, 2003. Retrieved May 20, 2013, from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>.
  13. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women initial reports on prevalence, health outcomes and women's responses, Geneva, 2005. Retrieved May 20, 2013, from <http://www.cominit.com/en/node/221950/38>.
  14. Gilles C, Van Loo C, Rozenberg, S. Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010;151:185-18.
  15. Brown R, Mont JD, Macdonald S, Bainbridge D. A comparative analysis of victims of sexual assault with and without mental health histories: Acute and follow-up care characteristics. *Journal of Forensic Nursing* 2013;9:76-83.
  16. Cybulska B, Forster G. Sexual assault: examination of the victim. *Medicine* 2010;38:235-8.
  17. Creighton CD, Jones AC. Psychological profiles of adult sexual assault victims. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2012;19:35-9.
  18. Tümer AR, Kanburoğlu Ç, Balseven Odabaşı A. Cinsel saldırı referans merkezlerinin önemi ve yapılanması. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009;40:13-8.
  19. Kantarcı MN, Öztürk B, Halıcı Z, Kandemir E. İlaçla kolaylaştırılmış cinsel saldırı. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2012;3:482-7.
  20. Kadın Adayları Destekleme Derneği (Ka-der). Erişim 20 Mayıs 2013. [http://www.ka-der.org.tr/tr/down/CHP\\_Sena%20\\_Kaleli\\_15-12-2011\\_teklif.pdf](http://www.ka-der.org.tr/tr/down/CHP_Sena%20_Kaleli_15-12-2011_teklif.pdf).
  21. Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu (2009) Erişim 13 Kasım 2011. <http://www.ksgm.gov.tr>.
  22. Türkiye Psikiyatri Derneği. Erişim 13 Kasım 2011. <http://www.psikiyatri.org.tr/presses.aspx?press=270&type=24>.
  23. Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu. Erişim 4 Ocak 2013. <http://www.usak.org.tr/haber.asp?id=1104>.
  24. Fischwich N, Parker B, Campbell JC. Care of Survivors of Abuse and Violence. Principles and practice of psychiatric nursing. (ed. Stuart GW). 9.ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2009. p. 708-23.
  25. Elliott DM, Doris S, Mok DS, Brieler J. Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17:203-11.
  26. Gölge Z.B, Yavuz MF. Cinsel saldırı olgularının suç motivasyonuna göre sınıflandırılması. *Adli Tıp Dergisi* 2007;21:11-9.
  27. Murphy SB, Potter SJ, Stapleton JG, Desiree WM, ve ark. Findings from sexual assault nurse examiners (SANE): A case study of New Hampshire's pediatric SANE database. *Journal of Forensic Nursing* 2010;6:163-9.
  28. McLaren JA, Henson V, Stone WE. The sexual assault nurse examiner and the successful sexual assault prosecution. *Women & Criminal Justice* 2009;19:137-52.
  29. Esiyok B, Hancı İH, Özdemir C, Yelken N ve ark. Adli hemşirelik. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2004;13:171-3.
  30. Akköz SÇ, Başer M. Adli hemşirelik ve çalışma alanları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;21:143-52.
  31. Markowitz J. The role of the sexual assault nurse examiner in the prosecution of domestic violence cases; 2007. Retrieved January 08, 2013, from [http://www.ndaa.org/pdf/pub\\_role\\_sexual\\_assault\\_nurse\\_examiner.pdf](http://www.ndaa.org/pdf/pub_role_sexual_assault_nurse_examiner.pdf).
  32. Özden D, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009;16:73-81.
  33. Ceza muhakemesinde beden muayenesi; genetik incelemeler ve fizik kimliğin tespiti hakkında yönetmelik. Yayımlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 01 Haziran 2005; Sayı:25832. Erişim 25 Haziran 2013 <http://www.resmi-gazete.org/sayi/12681/ceza-muhakemesinde-beden-muayenesi-genetik-incelemeler-ve-fizik-kimligin-tespiti-hakkinda-yonetmelik.html>.
  34. Celbis O, Karaca M, Özdemir B, İsrar AB. Cinsel suçlarda muayene. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;1:48-52.
  35. Wiczorek KA. Forensic nursing protocol for initiating human immunodeficiency virus post-exposure prophylaxis following sexual assault. *Journal of Forensic Nursing* 2010;6:29-39.
  36. Carpenito Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Erdemir F, Çeviri Ed). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi 2005;300-4.
  37. Maurice WL. Birinci basamakta cinsel tıp (Doğan S, Çeviri Editörü). Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları; 2012:116-8.
  38. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner exposure. *J Womens Health* 2007;16:987-97.
  39. Lang AJ, Rodgers CS, Laffaye C, Satz LE, et al. Sexual trauma, posttraumatic stress disorder, and health behavior. *Behav Med* 2003;28:150-8.
  40. Eadie EM, Runtz MG, Spencer RJ. Posttraumatic stress symptoms as a mediator between sexual assault and adverse health outcomes in undergraduate women. *J Traum Stress* 2008;21:540-7.
  41. Cuevas CA, Sabina C. Final Report: Sexual assault among latinas (SALAS) study 2010. U.S. Department of Justice. Retrieved January 08, 2013, from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/230445.pdf>.
  42. Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar vakalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2010;48:270-6.
  43. Myhill A, Allen J. Rape and sexual assault of women: The extent and nature of the problem. Findings from the British crime survey. Home Office Research, Development and Statistics Directorate London, 2002. p. 39-42. Retrieved January 08, 2013, from [http://help.northwest.nhs.uk/storage/library/Rape\\_and\\_sexual\\_assault\\_of\\_women\\_-\\_crime\\_survey.pdf](http://help.northwest.nhs.uk/storage/library/Rape_and_sexual_assault_of_women_-_crime_survey.pdf).
  44. Selvi Y, Güzel ÖP, Atli A, Gündoğdu Kıran S. Aile içi cinsel istismar sonrası zedelenmiş cinsellik: kompulsif cinsel davranışları olan bir olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011;24:85-8.
  45. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1:95-119.
  46. Herdman T. (editor) Nanda International Nursing diagnoses definition and classification 2009-2011. Singapore: Wiley Blackwell; 2009;404-5
  47. Shives LR. Basic concepts of psychiatric mental health nursing. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 647.
  48. Smith SG, Breiding MJ. Chronic disease and health behaviours linked to experiences of non-consensual sex among women and men. *Public Health* 2011;125:653-9.
  49. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Şiddet önleme ve izleme merkezleri. Erişim 25 Haziran 2013. <http://www.kadininstatusu.gov.tr/tr/html/22931/Siddet+Onleme+%C4%B0zleme+Merkezleri>
  50. İnce HO, Yaralı A Özsel D. Customary killings in Turkey and Turkish modernization. *Middle Eastern Studies* 2009;45:537-51.