

# Sağlık Çalışanlarının Cinsel Şiddet Mağduru Kadına Yaklaşımı

## Approach the Sexual Abused Women by Health Care Provider

Güliz ONAT BAYRAM\*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ\*\*

İletişim / Correspondence: Güliz Onat Bayram Adres / Address: İ. Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, Demirkapı Cad. Karabal Sok. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi İçi 34740 Bakırköy / İST  
Tel: 0212 660 11 25/27 618 Faks: 0212 570 28 76 E-mail: gulizonat@hotmail.com

### ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü “kadına yönelik şiddeti” “öncelikli sağlık sorunu” olarak kabul etmektedir. Kadına karşı şiddetin en yaygın görülen şekli cinsel ilişkiye zorlamadır. Aynı zamanda cinsel suçlar, en hızlı artış gösteren suç türüdür. Cinsel şiddet yaşayan kadın ve çocuklar için sağlık çalışanları en kolay hatta tek ulaşabildikleri kişilerdir. Cinsel şiddetin, fizik ve mental travmaya, cinsel organ yaralanmalarına, adölesan gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olduğu düşünüldüğünde; sağlık ekibinin her bir üyesine anamnez alma, kanıt toplama, emosyonel destek sağlama, cinsel saldırı sonucu oluşan fizyolojik ve psikolojik travmaların önlenmesi ve toplumun bu konudaki duyarlılığının artırılması ve bilinçlendirilmesi noktalarında önemli roller düşmektedir. Delil toplama ve delillerin uygun şartlarda korunması, mağdura rehabilitasyon programının uygulanması, bu konuda çalışan diğer ekip üyeleriyle işbirliği ve koordinasyon, yapılan çalışmaların veri tabanı oluşturacak şekilde kaydedilmesi ve kayıtların korunması sağlık ekibinin bu alandaki görev ve sorumluluklarındandır.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, cinsel şiddet, cinsel istismar, sağlık bakımı, sağlık çalışanları, mağdura yaklaşım.

### ABSTRACT

World Health Organisation accept that “violence against women” is “priority health problem”. The most common kind of violence against women is to force sexual intercourse. At the same time sexual crimes are a crime type which is the most rapid increasing. Health care providers are unique persons even who the only persons to reach easily for women and children. Sexual violence is caused physically and mentally trauma, sex organs injured, adolescent pregnancy and sexual transmitted diseases so there are very important rolls as well taking history, collecting evidence, obtaining emotional support, preventing physically and mentally trauma which are results of the sexual attacks and becoming conscious related subjects to community. At among health care providers’s responsibilities and missions there are collecting evidence and protecting appropriate condition, applying rehabilitation programme to victim, coordination and cooperation with related persons, building data network and protecting these data.

**Key Words:** Violence, sexual violence, sexual abuse, health care, health care provider, approach the victim.

### GİRİŞ

İnsan psikolojisinde evrensel olarak varlığı kabul edilen ve cinsellikle birlikte en güçlü iki dürtüden biri olan saldırganlık ve onun sonucu şiddet, toplumda pek çok boyutta gözlemlenen bir olgudur (ATO 2002; Ünal ve Bilge 2004; Polat 2002).

Kadına karşı şiddetin en yaygın görülen şekli fiziksel istismar ve cinsel ilişkiye zorlamadır (Polat 2002). Aynı zamanda cinsel suçlar, şiddet suçları içinde en hızlı artış gösteren suç türüdür. Cinsel şiddetin en hafif şekli sözel ya da mimik

ve beden diliyle gönderilen mesajlar şeklindedir. Örneğin kulak işitme organı olması rağmen kulağa cinsel içerikli şeyler söylemek ya da öpmek de cinsel şiddettir. Cinsel şiddetin en ağır şekli ise tecavüzdür (Bilkent Üniversitesi Web Sitesi 2008). Kadının cinsel organına herhangi bir cisimle saldırıda bulunma, doğum kontrolüne izin vermeme, kadının bedeni üzerinde hak iddia etme, fuhuşa zorlama, kaçırılarak tecavüze uğradıktan sonra tecavüz eden kişiyle zorla evlendirilme kadına uygulanan cinsel şiddetin kapsamına girmektedir (Gümüšoğlu 1998).

\* Bil. Uzm. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, \*\* Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

### Cinsel Şiddet Sıklığı

Cinsel şiddetin sıklığına ilişkin doğru ve tam rakamlar vermek mümkün değildir. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte çoğunlukla gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Cinsel suç mağduru kadınlar geleneksel değer yargıları nedeniyle olayı açığa çıkarmakta zorlanmaktadır. Amerikan Adalet Bürosunun raporuna göre; 2003 yılında 12 ve üstü her 1000 kişiden biri tecavüz veya cinsel taciz mağdurdur. 2002 yılında ise yaklaşık 494,570 kadın tecavüz veya cinsel tacize uğramıştır. Cinsel şiddetin türleriyle ilgili dünyadaki veriler şöyledir: Cinsel ilişkiye zorlanmak %12-15, ilk cinsel deneyiminin zorla gerçekleştirilmesi %40-52, kız çocuklarına taciz, tecavüz %7-36 (ATO 2002). De Munnynck, De Houwer, Bronselaer, Hanssens ve Van de Voorde (2006)'nın çalışmasında yetişkin kadınların %20'sinin, okul çağındakilerin %15'inin, adölesan dönemindeki kızların ise %12'sinin çeşitli şekillerde cinsel şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir. Türkiye'de cinsel şiddetin sıklığına dair yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Yüksel (2008)'in çalışmasında belirttiği üzere, Savaş (2003)'in 395 kadın üzerinde yaptığı çalışmasında kadınların %18'inin cinsel ilişkilerinin sürekli olarak zorla gerçekleştiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada cinsel şiddete maruz kalan kadınların yaklaşık tümünün ileri derecede fiziksel şiddete de maruz kaldığı belirtilmektedir (Yüksel 2008). Yüksel ve Dişçiğil (2004)'in psikiyatri kliniğine başvuran kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada; fiziksel şiddet yaşadığını bildiren 50 kadından 11'inin (her beş kadından birinin) aynı zamanda cinsel ilişkiye zorlandığı bildirilmektedir. Bayram (2008)'in jinekoloji polikliniğine başvuran 250 kadın üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında kadınların %12'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir.

T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1994) tarafından yaptırılan Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları adlı araştırmanın sonuçlarına

göre ülkemizde cinsel şiddet ve tacize rastlanma oranı %9'dur. Erbek, Eradamlar, Beştepe, Akar, ve Alpkın (2005)'nin çalışmasında belirttiği üzere Gülcür (1999)'un yılında yapmış olduğu çalışmasında, kadınların %15,7'sinin cinsel ilişkiye zorlandığını saptamıştır. Aynı çalışmada İkkaracan'ın (2001), evli kadınların %51,9'unun fiziksel şiddetin yanı sıra cinsel şiddete de maruz kaldıklarını saptadığı belirtilmektedir. Celbiş, Gökdoğan, Kaya ve Güneş (2006)'in Malatya bölgesinde 2225 kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %7,2 (n=162)'sinin cinsel saldırıya maruz kaldıklarını tespit etmiştir. Mor Çatının 1990-1996 yılları arasında kuruma başvuran 1259 kadında yaptığı araştırmada cinsel şiddete maruz kalma oranı %31,7 olarak belirtilmektedir (Kayı 1998). Yaşam boyu cinsel saldırıya maruz kalma oranları kadın için % 34,8, erkek için % 20,9 olarak bildirilmektedir (Kayı 1998). Celbiş ve ark (2006), şiddete maruz kalmış kadınların yaş ortalamasını 34,61 olarak bildirmektedir. Çeşitli çalışmalarda mağdurların %11-20'sinin erkek, %80-89'unun kadın olduğu bildirilmektedir (Kayı 1998). Yapılan çalışmaların sonuçlarına baktığımızda, en çok tecavüze uğrayan bayanların 17-25 yaş arasında olduğu, yalnız yaşadıkları ve olguların %80'ini kız çocuklarının oluşturduğu görülmektedir (ATO 2002).

Küçükçekmece Kadın Sığınma Evi'nden alınan bilgiye göre 2001-2005 yılları arasında kalan kadınların yaş ortalamasının 19-25 olduğu, %77 fiziksel şiddet, %9 kalacak yeri olmama, %9 sözlü şiddet nedeniyle burada kaldıkları görülmektedir. Kadınların bölgelere göre dağılımlarında en büyük paya sahip bölgenin %40 ile Doğu Anadolu olduğu, yurt dışının ise %5 paya sahip olduğu dikkat çekmektedir. Kadınların eğitim durumu ise %55 ilkökul, %18 okur-yazar değil, %9 okur-yazar, %9 lise ve %9 ortaokul şeklindedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi kadına yönelik şiddet coğrafi sınır, ekonomik gelişmişlik ve öğrenim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada ve kültürlerde son derece yaygın görülen bir olaydır

(Güler, Tel, ve Tuncay 2005). Cinsel şiddetin herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyoekonomik grupta görülebileceği belirlenmiştir (Taner ve Gökler 2004).

Dünya Sağlık Örgütü “kadına yönelik şiddeti” “öncelikli sağlık sorunu” olarak kabul etmektedir. Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli problem olma nedeni; birçok kadın için sağlık çalışanlarının ilk ilişki kurdukları kişi olmaları ve mahrem sayılabilecek öykülerini anlatabilecekleri kişiler olmalarıdır (Celbiş ve ark 2006; De Munnyck, De Houwer, Bronselaer, Hanssens, Van de Voorde 2006; Güler ve ark 2005; Salaçin 2006). Sağlık ekibinin cinsel şiddete maruz kalmış bir kadına yönelik girişimlerini 5 grupta toplamak mümkündür: Anamnez alma, fizik muayene ve örnek alma, emosyonel ve sosyal destek sağlamak, tedavi ve takip (Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu 2002).

#### **Anamnez Alma**

Acil servise fiziksel travma ile gelen her hasta şiddete maruz kalmış olma yönünden değerlendirilmelidir. Öncelikle, sağlık hizmeti verenler kadınlara yaşadıkları şiddet hakkında, nasıl soru soracaklarını öğrenmelidirler. Özellikle yalnız yaşayan kadınlar, kız çocukları, mülteciler risk gruplarını oluşturduğundan dikkatle izlenmelidir. İngiltere’de son yıllarda yapılmış bir çalışmanın bulgularına göre; sağlık çalışanlarının çoğu rutinde kadınlara şiddetle ilgili soru sormayı istemediklerini bildirmişlerdir. Bunun nedeni olarak da; taramaya ilişkin bilgi ve deneyimlerinin olmadığını, hastaları tehlikeye atma korkusu yaşadıklarını, etkili girişimlerin bulunmadığını, hastaların buna razı gelmediğini ve zaman kısıtlamasını göstermişlerdir (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson ve Feder 2002).

Şiddete maruz kalmış bir kişiden anamnez alınırken, neyi, nasıl sormak gerektiği önemli bir konudur. ABD’de sağlık görevlilerinin önerdiği ilk soru; “sizdekine benzer yaraları olan birçok kadın görmekteyiz ve genellikle bunları yapanın ya-

kınları olduğunu biliyoruz. Sizinkiler de öyle mi?” sorusudur. Daha sonra;

“Eşiniz tarafından duygusal olarak taciz edildiğiniz ya da aşağılandığınızı düşüncesinde misiniz?”

“ Eşiniz size hiç tekme ya da tokat attı mı ya da size vurdu mu?”

“ Eşiniz sizi ya da günlük etkinliklerinizi kontrol altında tutmaya çalışıyor mu?”

“ Eşiniz, istememenize rağmen sizinle cinsel ilişkide bulundu mu?” şeklindeki sorular anamnez almada yardımcı olabilir (Kayı 1998).

Şiddet mağduruna yaklaşımda kullanılmak üzere çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Bunlar:

- Yüz yüze görüşme yoluyla, yazılı bir form kullanılarak sorular sormak
- Eğer şiddeti düşündüren semptomlar varsa, şiddetle ilgili soruları doğrudan sormak
- Kadınla kurulmuş olan ilişkiyi kullanarak duyarlı şekilde soru sormak
- Görüşme için özel olarak hazırlanmış fiziki ortamda soruları sormak ve bilgilerin gizli kalacağını garantisini vermek
- Standart araçlar kullanarak sorular sormak (örneğin; “Abuse Assesment Screen and Danger Assesment”)
- Kendi değerlerinin/inançlarının farkında olarak, kültürel değerlere duyarlı yaklaşımla sorular sormak (Ellsberg, Pena, Herrera, Liljestrand ve Winkvist 2000).

Acil servise gelmiş olgu hemen değerlendirilmelidir. Bu sırada telaşlı davranmamalı, sakin, organize ve destekleyici bir tutum içinde olunmalıdır. Görüşme ve muayene özel bir odada yapılmalıdır. Öykü alırken hastanın geri dönüşlerine, tekrar hatırladıklarına dikkat edilmelidir, izin almak kaydıyla görüşme kaydedilmelidir. Öykü muayeneye kılavuzluk edeceğinden ayrıntılara dikkat edilmelidir. Önce genel bir anamnez alınmalı, güven ilişkisi kurulduktan sonra onun ar-

dından saldırının ayrıntılarına girilmelidir (Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu 2002). Ayrıca kişinin makyajı, giyinişi ve dış görünüşü ile kaç yaşlarında görüldüğü tahmin edilerek kimlik kayıtlarındaki yaşı ile uyumlu olup olmadığına dikkat edilmelidir (Polat, İnanıcı ve Aksoy 1997). Mağdur ile birlikte gelen hasta yakınının da davranışları gözlemlenmelidir. Mağdur yakınları tarafından, yaralanma şekli, yaralanma zamanı ile tutarsız seyreden ifadeler varsa dikkatle alınmalıdır. Tanılama yapılırken hastanın etnokültürel yapısı dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur. Bazı kültürlerde şiddet olgusuna bakış açısı farklıdır. Şiddet sonrası acile gelen hasta korku, cehalet ve utanç nedeni ile bunu açığa çıkartmak istemez. Hastaların çoğu korumasız, kararsız ve düşük benlik saygısına sahiptirler, emosyonel kriz yaşarlar (ATO 2002). Bayram (2008)'ın şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygılarının karşılaştırıldığı çalışmasında; şiddet gören kadınların benlik saygılarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir.

### **Fizik Muayene ve Örnek Alma**

Fizik muayene, örnek alma ve örneklerin doğru şekilde saklanması, şiddet uygulayanın kimliğinin tespiti açısından oldukça önem taşımaktadır. Cinsel suçlarda mağdur ve sanığın fiziksel muayenesinde, sanıkla mağdur arasında transferi gerçekleşen her türlü biyolojik materyalin tespiti, olayda fiziksel şiddet kullanılıp kullanılmadığı, cinsel ilişkinin varlığı ve saldırganın kimliğinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır (Düvenci 2004). Fizik muayeneye her zaman genital bölge dışından başlanmalıdır. Böylece kişinin güveni kazanılır. Eğer mağdur çocuk ise vaginal muayene genel anestezi altında yapılmalıdır. Puberte öncesi çocuklar nadiren vaginal yolla muayene edilirler.

Muayene tarihi ve saati, olgunun mental, ruhsal ve zihinsel durumu, bilinci, genel fizik muayene, yaralanma bölgelerinin özel değerlendirilmesi, fotoğraf çekme, cilt muayenesi yabancı materyaller

(kıl, kan, deri döküntüleri, kumaş parçaları, diş izleri, lekeler vs), pelvik muayene; laserasyon, erozyon, rüptür, hematoma, N. gonore ve klamidya gibi mikrobik inceleme örnekleri, arka forniksten adli inceleme için örnek, vaginal motil sperm değerlendirilmesi, aynı örnekte genetik marker taraması yapılmalıdır. Vagen içinde bir sıvı tespit edilirse pipet veya damlalık ile aspire edilmelidir. Ayrıca DNA analizi için ek örnek, gerekirse mikro travmaların saptanması için kolposkopi, vulvoskopi, (bu yöntem mikro kanıtlar açısından da önemlidir) yapılması gerekebilir. Hymendeki lezyonlar saat kadranı şeklinde belirtilerek rapora yazılmalıdır. Rektal muayene, gerekirse anoskopi, oral muayene, tükürük örneği alınması, pubic bölge tüylerinden örnek ve saç örneği, tırnak kazıntı örneği, kanda ve idrarda gebelik tesbiti, alkol ve toksik madde taraması, saldırı sırasındaki kıyafetlerin uygun şekilde saklanması çok önemlidir. Elbiseler incelenmek üzere laboratuara gönderilecek ise önce kurutulmalı, sonra plastik olmayan, kağıt torbalara konularak saklanmalıdır. Plastik torbaların kullanılması hızla mantar üremesine neden olmakta, bu da yapılacak incelemeleri imkansız hale getirmektedir. Örnekleri teslim etme ve alma işlemleri her zaman kayıt edilmeli ve işlemi yapan kişi tarafından imzalanmalıdır (Polat ve ark 1997).

### **Emosyonel ve Sosyal Destek Sağlama**

Cinsel saldırıya karşı psikolojik reaksiyon ilk kez Burgess ve Halmstrom tarafından "tecavüz travma sendromu" olarak tanımlanmıştır. 1980 yılında psikolojik travmayı izleyen (savaş, politik terör, tutsaklık, doğal ve insan kaynaklı felaketler gibi) yaygın karakteristik özellikler ile DSM III ve DSM-R'daki Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nin tanısı ortaya konmuştur. TSSB yıllar sonra bile başlayabilmekte, tecavüze uğrayanların %16.5' inde 10 yıl sonra bile belirtile-re rastlanabilmektedir (Barutçu 1998).

Cinsel şiddet deneyimlemiş bir kişi, çaresizlik ve değersizlik hisseder (Barutçu 1998). Çalışmalar, mağdurların psikolojik sorunlarının ortaya çıktığı-

nı, sosyal ortamlarını, ev ve işyerlerini terk ettiklerini, okullarını bıraktıklarını göstermektedir. Hatta uzunca bir süre normal bir cinsel ilişkiye girmemekte veya girildiği ilişkiden zevk alamamaktadırlar (Kayı 1998). Sağlık ekibinin mağdurların ruhsal durumlarını düşünerek, yargılayıcı olmayan, duyarlı bir davranışla yaklaşması gerekir (Barutçu 1998). Kadınlarla empati kurabilir ve onlara destek sağlayabilirler. Tıbbi tedavi ve psikolojik danışmanlık yapabilir, yaralanmaları belgelerle ispat edebilir ve söz konusu kişileri yasal yardım ve destek hizmetlerine yönlendirebilirler (ATO 2002). Emosyonel şiddet belirtilerini tanımlamak çoğu zaman uzun bir görüşmeyi gerektirir. Yetişkinlerde agresif davranış, korku, davranış bozuklukları, regresif davranışlar, düşük benlik saygısı, depresyon, intihar girişimi, alkol ve madde kullanımı, psikosomatik hastalıklar gözlenir. Mağdurların hangilerinin terapistle sevk edilmeye ihtiyaç duyduğu, hangilerinin konsültasyon birimlerinden yararlanabileceğinin belirlenmesi de önemlidir (Barutçu 1998; Güler ve ark 2005).

Kişinin problemleri dikkatlice dinlenmelidir. Sosyal destek ihtiyacının belirlenmesi oldukça önemlidir (Güler ve ark 2005). Muayenin sonunda yargısız açıklamalar yapılmalı, destekleyici bilgiler verilmeli, mağdurun yalnız olmadığını hissettirecek olan ailesi, arkadaşları, yakınları bulunmalı, mağdur ve onun değer verdiği kişiler gelecekteki belirtiler hakkında bilgilendirilmelidir (Barutçu 1998).

### **Tedavi**

Yaralanmaların tedavisi, gebeliğin önlenmesi, gebeliğin istek üzerine sonlandırılması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma tedavideki temel prensiplerdir.

### **Takip**

Mağdurun takibi, olaydan bir hafta ve 12 hafta sonra olmak üzere iki dönemde gerçekleştirilir. Bir hafta sonraki takip, genel değerlendirme, endikasyon varsa mikrobiyolojik incelemelerin tekrarı, gebelik testi tekrarı, emosyonel durum de-

ğerlendirilmesi ve psikolojik yardım imkanlarının sunulması amacıyla yapılır. 12 hafta sonraki takipte ise VDRL ve HIV testi tekrarı yapılır (Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu 2002).

Cinsel şiddet mağduru kadına yaklaşımda sağlık çalışanları; mağdurun içinde bulunduğu duruma olağan gözüyle bakmak, mahremiyeti ihlal etmek, yaşanan olayın boyutlarını önemsiz olarak görmek, mağduru suçlamak, özerkliğine saygı göstermemek, güvenliğe olan ihtiyacını göz ardı etmek gibi hatalı yaklaşımlar sergileyebilirler (Polat 2005).

Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için WHO aşağıdaki önerilerde bulunmuştur:

1. Sağlık çalışanlarına duyarlılık ve bilgilendirme eğitimleri yapılmalı böylece bireysel ön yargılarını sorgulamaları sağlanmalı
2. Sağlık çalışanları şiddete uğrayan kadının tanısını koymaya yönelik eğitilmeli
3. Sağlık çalışanları aile bireyleri tarafından şiddete uğrayan hastalarının da tüm bulgularını kayıtlara geçirmelerine yönelik eğitilmeli
4. Şiddetin tüm delillerinin korunması ve belgelendirilmesinin önemi konusunda eğitilmeli
5. Sağlık çalışanları bu konu ile ilgili bir protokol hazırlanması için cesaretlendirilmeli (Polat 2005, Yelken, Tuğ ve Hancı 2006).

Kadına yönelik şiddetin kadınlar için önemli bir sağlık sorunu olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Cinsel şiddet yaşayan kadın ve çocuklar için sağlık çalışanları en kolay hatta tek ulaşabildikleri kişilerdir. Cinsel şiddetin, fizik ve mental travmaya, cinsel organ yaralanmalarına, erken yaş gebeliklerine ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olduğu düşünüldüğünde; sağlık ekibinin her bir üyesine, anamnez alma, kanıt toplama, emosyonel destek sağlama, cinsel saldırı sonucu oluşan fizyolojik ve psikolojik travmaların önlen-



mesi ve toplumun bu konudaki duyarlılığının artırılması ve bilinçlendirilmesi noktalarında önemli roller düşmektedir (Yelken ve ark 2006).

Hemşireler hem mesleki sorumlulukları hem de toplumun hizmet üreten kadın kesiminin önemli bir oranını oluşturmaları nedeniyle kadına yönelik şiddete karşı duyarlı olmalıdırlar. Bu noktada hemşirelere düşen en önemli sorumluluk, kadınları şiddetten koruma ve şiddete maruz kaldığı zaman neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirmektir. Hemşireler kadınları şiddet türleri, şiddetin nedenleri ve sonuçları hakkında eğiterek ve olası çözüm yollarını öğreterek etkili olabilirler (Güler ve ark 2005). Ayrıca cinsel şiddet mağduruna uygulanacak rehabilitasyon programının ve bunu uygulayacak ekibin oluşturulup eğitim programlarının uygulanması, yapılan çalışmaların veri tabanı oluşturacak şekilde kaydedilmesi ve kayıtların korunması hemşirenin bu alandaki görev ve sorumlulukları arasındadır (Yelken ve ark 2006).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının eğitimlerinde; kadın bakış açısı geliştirilmeli, kendi kültür ve inançlarının farkındalıkları sağlanmalı, iletişim becerileri geliştirilmeli ve empatinin kurulması sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının lisans ve lisansüstü eğitim programında şiddetin tanımı, değerlendirme ve tedavisine yönelik eğitim programları olmalıdır.

Cinsel istismarın birey üzerinde uzun süreli, olumsuz psikolojik etkileri vardır. Bu tür olaylar hem aileyi hem de toplumu ilgilendirir. Ailelerin ve toplumun dikkati bu konuya çekilmelidir. Şiddete uğrayan ve şiddet uygulayan eşlere uygulanmak üzere özel yardım programları düzenlenmeli, psikolojik danışma veya psikoterapi

yardımları veren merkezler oluşturulmalıdır.

Cinsel istismar konusundaki suskunluğa son verilmelidir. Toplum içinde en gizli kalan istismar şekli cinsel istismardır. Teşhis çok güçtür çünkü istismar genellikle gizli yapılır ve şahit yoktur. Toplum, böyle bir durum karşısında nereye baş-

vurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Şiddete yönelik hukuksal yaptırımlar artırılmalıdır.

Kadınların cinselliğine yönelik mitler ortaya çıkarılmalı ve gerçeğe örtüşüp örtüşmediği sorgulanmalıdır. Toplumsal önyargılardan ve mitlerden uzaklaşmak için ülke çapında toplumsal boyutta çeşitli stratejiler belirlenmelidir. Türk Dil Kurumu'nun "kadının sırtından sopayı, karnından sopayı eksik etme" gibi deyimleri sözlükten çıkarılması, bu yolda atılan önemli bir adımdır.

## KAYNAKLAR

- Ankara Tabipler Odası (ATO) Web Sitesi (2002). <http://guncel.ato.org.tr/2002/kys.php3> (01 Nisan 2008).
- Barutçu, N. (1998). Cinsel saldırı mağdurlarının karşılaştığı sorunların değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler AD, İstanbul.
- Bayram, G. O. (2008). Şiddet gören kadınlarda benlik saygısının değerlendirilmesi. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 3(1): 19-23.
- Bilkent Üniversitesi Web Sitesi. Cinsel istismar ve şiddet. <http://www.bilkent.edu.tr/uremesagligi/cinselistismar.html> (01 Nisan 2008).
- Celbiş, O., Gökdoğan, M. R., Kaya, M., Güneş, G. (2006). Review of forensic assessments of female referrals to the branch of legal medicine, Malatya Region, Turkey-1996-2000. Journal of Clinical Forensic Medicine, 13: 21-25.
- De Munnynck, K., De Houwer, L., Bronselaer, K., Hanssens, M., Van de Voorde, W. (2006). Medico-legal approach to sexual assault victims: The Belgian situation. Journal of Clinical Forensic Medicine, 13(4): 211-214.
- Düvenci, N. (2004). Cinsel suçlar ve kadın mağdurun korunması. [http://www.ucansupurge.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=398&Itemid=73](http://www.ucansupurge.org/index.php?option=com_content&task=view&id=398&Itemid=73) (12 Kasım 2007).
- Ellsberg, M., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J., Winkvist, A. (2000). Candies in hell: Women's experiences of violence in Nicaragua. Social Science and Medicine, 51: 1595-1610.
- Erbek, E., Eradamlar, N., Beştepe, E., Akar, H., Alpan, L. (2004). Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet: Üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 17(4):196-204
- Güler, N., Tel, H., Tuncay, F. Ö. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(2): 51-56.
- Gümüšoğlu, F. H. (1998). Kadınlara ve şiddet. Mor Çatı Kolektifi (Ed). Geleceğim Elimde. Mor Çatı Yayınları Kadın İnceleme Dizisi 2, Mart Matbaacılık Sanatları, İstanbul.

- Kayı, Z. (1998). Üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saldırı mağdur araştırması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler AD, İstanbul.
- Polat, O., İnanıcı, M. A., Aksoy, M. E. (1997). Adli Tıp Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Polat, O. (2005). Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları.
- Polat, O. (2002) Şiddet. <http://www.kriminoloji.com/siddet.htm> (01.Nisan 2006).
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*, 325: 314-327.
- Salaçin, S. (2006). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin önlenmesinde üstlenebilecekleri roller. [www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/saglik\\_calisanlarinin\\_kadina\\_yonelik](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/saglik_calisanlarinin_kadina_yonelik) (08 Nisan 2006).
- Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35:82-86.
- Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Raporu (2002). <http://www.turkhukusitesi.com/showthread.php?t=> (08 Nisan 2006).
- T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Web Sitesi. <http://www.aile.gov.tr/hbdetay.asp?id=108> (08 Nisan 2006).
- Ulutaşdemir, N. (2002). Kadına yönelik şiddet. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 12 (4):15-21.
- Ünal, G., Bilge, A. (2004). Ev içi şiddetin yönetiminde acil servis hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20 (1): 127-137.
- Yelken, N., Tuğ, A., Hancı, H. (2006). Cinsel suçlarda adli hemşireliğin önemi. [http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal\\_medical/forensic\\_medicine/hemsire2.html](http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medicine/hemsire2.html) (08 Nisan 2006).
- Yüksel, Ş., Dişçiğil, G. (2004). Rape in Marriage. XXI. ISTSS New Orleans, November 9-15.
- Yüksel, Ş. (2008). Cinsel Travmalar. I. Kadın Sağlığı Kongresi "Kadına Yönelik Şiddet" Kongre Kitabı, Başak Matbaacılık Ltd., Ankara, 112-120.