

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİ HEMŞİRELERİNİN CİNSEL
ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ BİREYLERE YÖNELİK
HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİNE İLİŞKİN BİLGİ
GEREK SINIMLARININ BELİRLENMESİ**

Yelda KUBLAY

YÜKSEK LİSANS

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PSİKIYATRİ KLİNİĞİ HEMŞİRELERİNİN CİNSEL
ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ BİREYLERE YÖNELİK
HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİNE İLİŞKİN BİLGİ
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yelda KUBLAY

YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Dr. İlhan GÜNBAI

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 19/06/2019

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Hatice YANGIN
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ
Hacettepe Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.


Öğrenci

Yelda KUBLAY


Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

TEŞEKKÜR

Tezimin başından sonuna kadar tüm süreçlerinde beni en iyi Şekilde yönlendiren, sonsuz destek ve çabasını benden esirgemeyen, değerli görüş ve fikirleriyle tezimi Őekillendiren ve geliőtiren, yol göstericim ve sevgili danıőmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a

Tezimin özellikle yöntem bölümünde değerli katkıları ile ilerlememe yardımcı olan, anlayıő ve hoőgörüsüyle tüm sorularımı yanıtlayan ikinci tez danıőmanım değerli hocam Prof. Dr. İlhan GÜNBAWI'na

Kappa analizi öncesi ortaya çıkan temalar ile örnek hemşire ifadelerinin eőleőtirmesinde uzman görüşü veren Bilim Uzmanı Araç. Gör. Buket ŞİMŞEK ARSLAN'a,

Lisansüstü eğitimim süresince, çözüme odaklı ve her öğrenciyi eősiz hissettiren yaklaşımları, hoőgörüleri ve tüm destekleri için Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek çalışmanın gerçekteőmesini sağlayan tüm meslektaőlarıma,

Yüksek lisans eğitimine başlamama vesile olan, beni başarabileceğime inandıran, beni yönlendiren, sonsuz ilgi ve destekleri için sevgili aileme sonsuz sevgi, saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı psikiyatri kliniği hemşirelerinin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma, nitel araştırma türlerinden bütüncül çoklu desenli bir durum çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan; amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği kullanılarak seçilmiş toplam 17 hemşire oluşturmuştur. Veri toplamada açık uçlu sorulara dayanan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel ve odak grup görüşmeleri yöntemi kullanılmıştır. Veriler Nvivo 10 yazılım programı aracılığı ile tematik, betimsel ve içerik analizi yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonunda elde edilen veriler doğrultusunda psikiyatri kliniği hemşirelerinin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleri; algılar, müdahaleler, bilgi gereksinimleri ve hemşirelerin beklenti ve önerileri olmak üzere dört temel kategoride ele alınmıştır. Bu kategoriler altında ise cinselliğin tanımı, cinsel şiddetin tanımı ve cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durum ve bu bireylerle çalışma; öykü alma, kanıt toplama, hemşirelik girişimlerine karar verme, iletişim ve görüşme becerileri, yasal ve etik sorumluluklar ile kurumsal, mesleki, diğer çalışanlar, eğitimciler ve toplumsal beklenti ve öneriler olmak üzere 14 ana tema ve toplam 89 alt tema saptanmıştır.

Sonuç: Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmaya ilişkin bilgi ve becerileri kullanmaya yönelik bilgi gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda hemşireler için cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışmaya ilişkin bireysel, mesleki, yasal ve etik boyuttaki sorumluluklarına yönelik eğitimler, adli hemşirelik ve adli psikiyatri hemşireliği uzmanlık alanlarının yasal olarak tanımlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: cinsel şiddet, cinsellik, hemşirelik bakımı, nitel araştırma, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Objective: Aim of this study was to determine the information needs of psychiatric nurses regarding to nursing interventions for the individuals exposed to sexual violence.

Method: This study has a multiple case holistic design that is a kind of qualitative research type. The sample of the study consisted of 17 psychiatric nurses selected by purposive sampling method and criterion sampling technique from Akdeniz University Hospital Psychiatry Clinic, Atatürk State Hospital Psychiatry Clinic and Antalya Training and Research Hospital Psychiatry Clinic. Semi-structured in-depth individual and focus group interviews based on open-ended questions were used for data collection. The data were analyzed by thematic, descriptive and content analysis methods aided by Nvivo 10 software program.

Results: According to the data obtained from the interviews with the nurses, psychiatric clinic nurses' information needs for nursing interventions for individuals exposed to sexual violence were covered in four key categories: perceptions, interventions, information requirements, and nurses' expectations and recommendations. Under these categories, 14 main themes and 89 sub themes were identified: definition of sexuality, definition of sexual violence and the situation of the individual exposed to sexual violence and working with these individuals; medical history, gathering evidence, deciding on nursing interventions, communication and interviewing skills, legal and ethical responsibilities, institutional, professionals, other staffs, educators and social expectations and suggestions.

Conclusion: It was revealed that nurses had information needs to use knowledge and skills related to sexual violence. In this respect, it may be suggested for nurses to provide training for their individual, professional, legal and ethical responsibilities for working with individuals who have been exposed to sexual violence, legal identification of their expertise in forensic nursing and forensic psychiatry nursing.

Key words: nursing care, psychiatric nursing, sexual violence, sexuality, qualitative research

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsel Şiddet ve İlişkili Kavramlar	3
2.2. Cinsellik ve Cinsel Şiddetin Kuramsal Temelleri	5
2.3. Kuramsal Olarak Bilgi Gereksinimi ve Bilgi Arama Davranışına Bakış	7
2.4. Cinsel Şiddete Maruz Kalma, Bireylerin Tepkileri ve Gereksinimleri	10
2.5. Hemşire Olarak Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma	13
2.5.1. Travmatik Bir Deneyime Müdahale Olarak Psikolojik Bakım Düzeyleri	14
2.5.2. Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerin Bakım Gereksinimlerinin Karşılansında “ABC” Rehberi	16
2.5.3. Cinsel Saldırılarda Hemşirelik Muayenesi Eğitim Rehberi	18
2.5.4. Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumuna İlişkin Öykü Alma	20
2.5.5. Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumuna İlişkin Kanıt Toplama	23
2.5.6. Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumuna İlişkin Yasal ve Etik Sorumluluklar	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Özellikleri	36

3.4. Verilerin Toplanması	39
3.5. Ön Uygulama	40
3.6. Uygulama	41
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	43
3.8. Verilerin Analizi	43
3.9. Geçerlik ve Güvenirlilik	44
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri	46
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
4. BULGULAR	48
4.1. Hemşirelerin Cinselliğe, Cinsel Şiddete ve Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Duruma ve Bu Bireylerle Çalışmaya Yönelik Algıları	54
4.2. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri	62
4.3. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri	85
4.4. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma Konusunda Beklenti ve Önerileri	94
5. TARTIŞMA	100
5.1. Hemşirelerin Cinselliğe, Cinsel Şiddete ve Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Duruma ve Bu Bireylerle Çalışmaya Yönelik Algıları	101
5.2. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri	107
5.3. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri	117
5.4. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma Konusunda Beklenti ve Önerileri	123

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	125
6.1. Sonuçlar	125
6.2. Öneriler	129
KAYNAKLAR	131
EKLER	141
EK-1. Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Görüşmesi Formu	
EK-2. Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Odak Grup	
EK-3. Hemşire Bilgi Formu	
EK-4. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK-5. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Yazısı	
EK-6. Atatürk Devlet Hastanesi Kurum İzin Yazısı	
EK-7. Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzin Yazısı	
EK-8. Antalya Kamu Hastaneler Birliği Etik Kurulu İzni	
ÖZGEÇMİŞ	165

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Tecavüz-Travma Sendromu Akut Belirtileri	12
Tablo 3.1.	Hemşirelere Ait Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler	38
Tablo 4.1.	Hemşirelerin Algıları, Müdahaleleri, Bilgi Gereksinimleri, Beklenti ve Önerileri	49
Tablo 4.2.	Hemşirelerin Cinsellik Tanımları	54
Tablo 4.3.	Hemşirelerin Cinsel Şiddet Tanımları	55
Tablo 4.4.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Durumla İlişkili Ürettikleri Metaforlar ve İfadeleri	58
Tablo 4.5.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyle Çalışma ile İlişkili Ürettikleri Metaforlar ve İfadeleri	60
Tablo 4.6.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Durumla ve Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyle Çalışma ile İlişkili Ürettikleri Metaforların Karşılaştırılması	62
Tablo 4.7.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Öykü Almaya İlişkin Müdahaleleri	63
Tablo 4.8.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Kanıt Toplamaya İlişkin Müdahaleleri	67

Tablo 4.9.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Girişimlerine Karar Vermeye ve Uygulamaya İlişkin Müdahaleleri	70
Tablo 4.10.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik İletişim ve Görüşme Becerilerine İlişkin Müdahaleleri	74
Tablo 4.11.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Yasal ve Etik Sorumluluklara İlişkin Müdahaleleri	82
Tablo 4.12.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Öykü Almaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri	86
Tablo 4.13.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Kanıt Toplamaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri	87
Tablo 4.14.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Girişimlerine Karar Vermeye ve Uygulamaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri	88
Tablo 4.15.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik İletişim ve Görüşme Becerilerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri	89
Tablo 4.16.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Yasal ve Etik Sorumluluklara İlişkin Bilgi Gereksinimleri	92
Tablo 4.17.	Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma Konusunda Beklenti ve Öneriler	99

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Bilgi Gereksinimi Bağlamı	7
Şekil 2.2.	Hemşirelerin Bilgi Arama Davranışı Modeli	9
Şekil 3.1.	Araştırmanın Akış Şeması	47



SİMGELER ve KISALTMALAR

CŞMK	:	Cinsel Şiddete Maruz Kalmış
ÇİM	:	Çocuk İzlem Merkezi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
SANE	:	Sexual Assault Nursing Examination
SML	:	Sağlık Meslek Lisesi
ŞÖNİM	:	Şiddet Önleme ve İzlem Merkezi
TCK	:	Türk Ceza Kanunu
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlık tarihi boyunca var olduğu düşünülen şiddet, sağlığı tehdit eden, bozan durumlar içinde en önemlilerinden biri olup, üzerinde en fazla durulan toplum sağlığı sorunlarından birisidir (Tanhan, 2014; Dünya Sağlık Örgütü, 2014). İnsanın temel hak ve özgürlüklerine, bireysel özerkliğine ve bütünlüğüne yönelmiş en ağır saldırı türlerinden birisi cinsel şiddettir (Cantürk ve Koç, 2010). Cinsel şiddete maruz kalmış (CŞMK) bireyler ruhsal, fiziksel ve adli bir olgu olarak akut ve uzun dönem sonuçlarıyla, ciddi ve kalıcı fiziksel ve ruhsal sorunlarla (Krug ve ark., 2002; Atman, 2003) sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar (Yaman Efe, 2012; Varcarolis ve Halter Jordan, 2010). Hemşireler CŞMK durumu ile psikiyatri kliniği, acil servis, yoğun bakımlarda, kliniklerde, polikliniklerde, kadın sağlığı ve pediatri bölümleri başta olmak üzere erkek sağlığı, geriatrik, perinatal ve tıbbi diğer bütün birimlerde karşılaşmaktadırlar (Ofraz ve ark., 2010; Ross ve ark., 2010; Akköz Çevik ve Başer, 2012; Temel ve Şişman, 2013). Özellikle akut dönemde adli ve ruhsal değerlendirme için diğer klinik/ birimlerden (acil servis, çocuk cerrahi kliniği, yoğun bakım, ÇİM) ve adli kurumlardan yönlendirilmiş bir vaka olarak psikiyatri kliniğinde olmaktadır. Eylem sonrası uzun dönemde ise psikiyatrik bir bozukluğun (post travmatik stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, korku, somatik yakınmalar, cinsel işlevsellikte bozulma, depresyon, intihar) (Demiralp ve Sarıkoç, 2016) zeminindeki bir durum ya da sosyal bir olgu (kadın sığınma evinden) olarak psikiyatrik izlem amacı ile psikiyatri kliniklerinde karşılaşılmaktadır.

Şiddete maruz kalmış bireyle çalışırken yaşanan engeller ve sıkıntılar toplumsal bir tabu olarak görülen cinsellik konularıyla ilgili durumlarda daha belirgin yaşanmaktadır (Gölbaşı ve Evcili, 2013). Bu engeller, bireylerin cinselliğe, cinsiyet rol ve ilişkilerine bakış açısından, bu konudaki bilgi, uygulama ve tutumlarından etkilenmektedir. Hemşireler zihinlerinde taşıdığı inançlara bağlı olarak hastaya algıları, önyargılı düşünceler, rahatsızlık, öfke, kızgınlık ve korku yaşayabilmekte buna karşılık bireyler (Demiralp ve Sarıkoç, 2016), savunmacı tepkileri kullanabilmektedirler (Özden ve Yıldırım, 2009). Özellikle CŞMK fiziksel ruhsal ve adli sonuçları itibarıyla hem

psikiyatri klinik hemşireliği hem de adli hemşirelik ve adli psikiyatri hemşireliği ile ilgili bilgi ve becerileri kullanmayı gerektiren önemli bir durumdur. Özden ve Yıldırım (2009)'ın aktardığı Bahar (2008) ve Saral (2008)'in yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin konusunda uygulama eksikleri ve eğitim ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmıştır.

Yurtdışında hastanelerin prosedür ve işleyiş karmaşası içinde, karşılaşılan cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin tanınmasında yaşanan güçlükler; hemşirelikte uzmanlık alanı olan “adli hemşirelik” ve “cinsel saldırı hemşireliği ”nin özelleşmesinde önemli bir etken olmuştur (Çevik ve Başer, 2012, Temel ve Şişman, 2013). Ülkemizde Resmi Gazete:8.3.2010-27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde adli hemşirelik veya adli psikiyatri hemşireliği alanında tanımlanmış bir uzmanlık alanından ya da buna ilişkin herhangi görev yetki ve sorumluluktan söz edilmemektedir. Ancak 9 Nisan 2011 Tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Resmi Gazete 27910 sayılı Yönetmeli'ğe eklenen Ek-3 “Hemşirelik Girişimleri Listesi” ne göre cinsel şiddete uğramış bireye müdahalede; “Taciz ve tecavüz sonrası yönetimi (bireyin psikolojik olarak desteklenmesi, rehabilitasyonu, acil kontrasepsiyon, kanıt toplama vb)” girişimi tanımlanmış ve Bakanlıkça kabul edilen bir eğitim alınması zorunluluğu getirilmiştir. Adli hemşirelik ve adli psikiyatri hemşireliği konularında özel eğitim alma, yasal sürece ve hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere müdahalelerine katkı sağlayabilir (Akköz Çevik ve Başer, 2012). Literatürde hemşirelerin istismar ve ihmal (Kaş Güner ve ark. 2016), adli olguların değerlendirilmesi ve adli vakalara yaklaşım konularında bilgi eksikliği nedeniyle (Özden ve Yıldırım2009) eğitim almaları önerilmektedir.

Sonuç olarak hemşirelerin cinsel şiddetle ilişkili algıları, bilgileri ve müdahaleleri; hastaların yaşadıkları travmatik deneyimden toplumsal yaşamdan soyutlanmadan, güçlü ve mücadeleci bir yaklaşım sergileyerek başa çıkmasını sağlamada önemli bir faktördür (Levine ve Frederic, 2013). Bu bağlamda öncelikle psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin cinsellik, cinsel şiddet ve bireyle çalışmaya yönelik algılarının, cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik öykü alma, kanıt toplama, iletişim ve görüşme becerileri, adli, yasal ve etik sorumluluklar konularında hemşirelik müdahalelerinin ve bilgi gereksinimlerinin tanımlanması ve açıklanması önem kazanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel Şiddet ve İlişkili Kavramlar

Cinsel şiddet: Türk Ceza Kanunu (TCK) 'nun "Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar" kapsamında 102-105. maddelerde cinsel şiddet, bireyin rıza dışı ya da tehdit, hile veya iradesini etkileyecek bir araç ile, cinsel amaçlı olarak taciz, sarkıntılık, vücuda bir organ ya da cisim sokularak vücut dokunulmazlığının ihlal edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Ceza Kanunu, 2014). Her cins, yaş grubu, ırk ve sosyal statüden birey cinsel şiddete maruz kalabilmektedir (DSÖ, 2014). Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM-V)'nda "cinsel kaba güç kullanımı, eylem tamamlanmış olsun ya da olmasın, kişinin kendisi istememesine karşın, güç kullanılarak ya da ruhsal baskı altında tutarak cinsel eylemde bulunmak zorunda bırakma" olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Cinsel şiddete ilişkin farklı kavram ve türlere aşağıda yer verilmiştir.

Cinsel istismar: TCK 103. Madde'de "çocuğun cinsel istismarı" ve 104. Madde'de "reşit olmayanla cinsel ilişki" olarak tanımlanmış olup (TCK, 2014); 0-18 yaş arası bir çocuk veya psikososyal gelişimini tamamlamamış bir ergenin, bir yetişkin tarafından cinsel doyum için genital bölgeleri elleme, teşhircilik, röntgencilik, pornografiden ve irza geçmeye kadar tüm davranışları kapsamaktadır (Aksel, 2018).

Tecavüz : Evlilik içi ya da evlilik dışı, kişinin istemediği zamanda, istemediği şekilde, istemediği biriyle cinsel ilişkiye zorlanması ya da yabancı cisimlerle cinsel organa saldırıda bulunulmasıdır (Subaşı Baybuğa ve ark., 2012).

Cinsel saldırı /cinsel taciz: Sözlü, sözsüz ya da yazılı cinsel içerikli rahatsızlık verici davranışlar, cinsel imalar içeren telefon mesajları ya da internet aracılığıyla gerçekleştirilebilecek bedensel temasın bulunmadığı eylemler cinsel taciz; vücut dokunulmazlığının ihlal edildiği, cinsel birleşmeye varmayan her türlü istenmeyen cinsel temas cinsel saldırı olarak tanımlanmaktadır (Yenerer Çakmut, 2018).

Bu tanımlamaların yanı sıra, cinsel organlara zarar vermek, zorla cinsel içerikli yayın izletmek, cinsel organları rahatsızlık verici şekilde teşhir etmek, çocuk doğurmaya veya

doğurmamaya zorlamak, zorla kürtaj yaptırtmak, fuhuşa zorlamak, zorla evlendirmek, bekâret kontrolü ve benzeri eylemler de cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Kargın ve Çelebi, 2014).

Görüldüğü üzere cinsel şiddet diğer şiddet türlerini de içinde barınmaktadır. Bu anlamda cinsel şiddetle ilişkili kavramlar içerisinde şiddeti ve şiddetin diğer türlerini tanımak önemlidir. Şiddet tanım olarak bir kişiye istemli ya da istem dışı, fiziksel ya da psikolojik güç veya baskı uygulamaktır (Atman, 2003; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Web Sitesi 26 Eylül 2011. <http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/52/cinsel-siddet>, Erişim tarihi: 1 Mayıs 2019). Şiddet uygulanma biçimine göre fiziksel şiddet, psikolojik(duygusal) şiddet, cinsel şiddet ve ekonomik şiddet olarak incelenmektedir (WHO, 2014; Büyükyılmaz ve Demir, 2016).

Fiziksel şiddet: Bedene yönelik her türlü saldırı fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel şiddet türleri sarsmaktan başlayıp; itmek, ısırarak, hırpalamak, tekme, tokat ve yumruk atmak, boğaz sıkmak, bağlamak, saç çekmek, herhangi bir cisim atmak, kesici ve delici aletler ya da ateşli silahlarla yaralamak, işkence yapmak, sağlıksız koşullarda yaşamaya zorlamaya kadar uzanan bir yelpazeyi kapsamaktadır (Kargın ve Çelebi, 2014).

Psikolojik (duygusal) şiddet: Bireyin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen, onu üzen, bireyin kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her tür tutum ve davranış psikolojik anlamda şiddettir. Bağırarak, korkutmak, küfür veya hakaret etmek, küsmek, diğer insanlarla iletişimini engellemek, giyim tarzıyla ilgili baskı yapmak, baskı altında tutmak, sevdiği eşya ve hayvanlara zarar vermek, tehdit etmek, şantaj yapmak, aynı şekilde düşünmeye zorlamak, mobbing yapmak ve kendisini ifade etmesini engellemek gibi eylemler psikolojik şiddete örnek verilebilir (Tutar 2004; Kargın ve Çelebi, 2014).

Ekonomik şiddet : Ekonomik kaynakların ve paranın birey üzerinde sürekli bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır. Para vermemek, kısıtlı para vermek, kişinin mallarına ve gelirine el koymak, çalışmasına engel olmak, istemediği

işte zorla çalıştırmak gibi davranışlar ekonomik şiddettir (Gökulu ve ark., 2014; Kargın ve Çelebi, 2014).

2.2. Cinsellik ve Cinsel Şiddetin Kuramsal Temelleri

Biyolojik Kuram

Biyolojik kurama göre cinsel davranışların temelinde beynin yapısal ve kimyasal faaliyetleri yatmaktadır. Cinsel şiddet suçluları ile yapılmış çalışmalarda yüksek testesteron düzeyi, düşük kan glukoz ve serotonin düzeyi, özellikle kadınlarda premenstrual dönemde düşük progesteron düzeyi gibi kimyasal, hormonal açıklamalar; kalıtsal yatkınlık ve amigdala, prefrontal korteksin yeterince gelişmemesi gibi yapısal açıklamalar söz konusudur. Ancak hiçbir biyolojik temel tek başına cinsel davranışı ve şiddeti açıklamada yeterli olmayıp, biyopsikososyal ve çevresel faktörlerle birlikte değerlendirilmesi ve ele alınması gerektiği savunulmaktadır (Tutar E, Şiddetin Nörobiyolojisi, 2002; <http://hukukcu.org/>, Erişim tarihi: 30 Mayıs 2019; Özaşçılar, 2016).

Psikanalitik ve Psikoseksüel Kuram

Psikanalitik kuram olarak adlandırılan Freud'un kişilik kuramı, insan davranışının kökenleri, bilinç sınıflaması, yapısal model ve psikoseksüel gelişim dönemleri ile açıklanmaktadır. Bilinç, bireyin farkında olduğu davranışlarını içerirken, bilinçaltı (bilinçdışı) ise bireyin farkında olmadığı ancak davranışlarına yön veren yaşantıları içermektedir. Bilinçaltı haz duymak için cinsellik ve saldırganlık dürtüleriyle hareket ederek; bastırılmış istekleri, dürtüleri, olumsuz duygu ve çatışmaların yansımalarını ortaya çıkarmaktadır (Tanhan, 2014).

Freud'un kişilik kuramının bir diğer modeli psikoseksüel gelişim dönemleridir. Freud'a göre bireyin kişilik gelişimi beş psikoseksüel aşamada gerçekleşir. Cinsel gelişim "fallik dönem"(3-6 yaş dönemi)' de başlar. Bu dönemde çocuk cinsel bölgesini haz kaynağı olarak kullanmaya başlar ve cinselliğe merakını artar. Bu merakları yüzünden cezalandırılan, engellenen çocuklar ilerleyen yaşlarda cinsel problemler yaşayan ve şiddet eğilimleri olan bireylere dönüşebilirler (Engin, 2014).

Psiko-Sosyal Gelişim Kuramı

Erik Erikson gelişim psikolojisi alanlarında yaptığı çalışmalarda insanın yaşamı boyunca sekiz evreden geçtiğini savunmaktadır. Bu dönemlerin her biri kendine özel hedefleri barındırmakta; gerçekleşen hedefler sağlıklı gelişimi ifade ederken, gerçekleşmeyenler çatışmaları doğurmaktadır. Bu çatışmalar da bireyin psikolojisini hayat boyu etkileyebilmektedir. Erikson'un gelişim dönemlerinden "girişimciliğe karşı suçluluk" olarak adlandırılan 3-5 yaş dönemi, cinsellik ve cinsiyet farklılığı konularına merakın arttığı bir dönemdir. Yetişkinler tarafından soruları yüzünden azarlanan, ayıplanan ve cezalandırılan çocuklar kendilerini suçlu hissederler. Bu da yetişkinlik döneminde yaptıklarının yanlış olduğunu düşünüp suçluluk duymaya devam etmesine (Gürses ve Kılavuz, 2011) ve cinsel problemler yaşamasına neden olabilir. Bu dönem aynı zamanda oyun arkadaşlarıyla ilişkilerinin yapılandırıldığı bir dönem olduğu için saldırganlık dürtüleri görülür. Çocuğun şiddet eğilimi yetişkinler tarafından sözel veya fiziksel şiddet ile terbiye edilirse, ilerleyen dönemlerde şiddet davranışı olarak ortaya çıkabilir (Engin, 2014).

Sosyal Öğrenme Kuramı

Şiddet, nedenleri ve sonuçları ile halen çözülemeyen toplum sağlığı sorunlarından biri olup; şiddetin ortaya çıkışına açıklık kazandıran önemli kuramlardan biri Albert Bandura tarafından geliştirilen sosyal öğrenme kuramı'dır. Sosyal öğrenme kuramı, şiddeti uyaran tepki modeli doğrultusunda çevrede saldırgan tepkilere yol açan uyarıcılar ve ona verilen tepkiler açısından ele almaktadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde şiddetin aile, akran, okul gibi sosyal çevredeki rol modellerinin gözlenmesi yoluyla öğrenilebileceğini ileri sürmektedir (Kargın ve Çelebi, 2014; Tanhan, 2014; Bilican Gökkaya ve Ayan, 2017).

Feminist Kuram

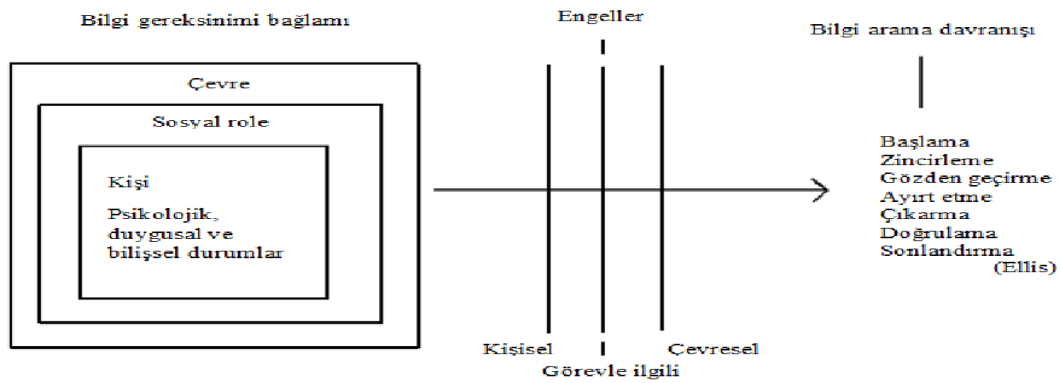
Feminist kuram, ataerkil bakış açısının, kadınların tek eşlilikle cinselliğini ve doğurganlığını kontrol altına aldığını, cinsel şiddetin özellikle erkeklerin kadınları denetleme imkanı verdiğini savunmaktadır. Brownmiller (1975)'e göre tecavüz biyolojik erkek saldırganlığının ve ataerkilliğin bir sonucu olarak oluşan, kadınların cinsel şiddete uğrama tehditi ile baskı altına alındığı bir eylemdir. Andrea Dworking 'Pornografi'

(1981) adlı eserinde pornografiyi kadınların aşağılanması bir göstergesi ve aracı olarak ele almıştır (Aktaran: Güneş, 2017).

2.3. Kuramsal Olarak Bilgi Gereksinimi ve Bilgi Arama Davranışına Bakış

İnsanlar, kendini geliştirebilmek, yaşamını sürdürebilmek, doğayla ve diğer insanlarla olan ilişkilerini düzenleyebilmek için bilgiye ihtiyaç duymakta olup; bilgi arama davranışı göstermektedir. Bilgi gereksiniminin ortaya çıkışı çeşitli etkenlere bağlı olup; kişilerin gereksinimleri zaman içinde değişecektir (Özenç Uçak, 1997; Soylu, 2016). Wilson (1996) bilgi gereksinimlerini işlevlerine göre üç grupta incelemektedir. Bu gereksinimler; yeni bilgi için duyulan gereksinim, mevcut bilginin açıklanması için duyulan gereksinim ve mevcut bilginin geçerliğini ve doğruluğunu belirlemek için duyulan gereksinimlerdir (Aktaran: Özenç Uçak, 1997).

Bilgi gereksinimleri, çevresel, sosyal role ilişkin, psikolojik, duygusal ve bilişsel faktörler aracılığıyla oluşmakta olup; Ellis (1981) tarafından oluşturulan “Bilgi Gereksinimi Bağlamı” nda sembolize edilmiştir (Aktaran: Soylu, 2016). Şekil 2.1’de “Bilgi Gereksinimi Bağlamı” yer almaktadır. Bireyler gereksinim duydukları bilgiye ulaşmak için kişisel, çevresel ve görevle ilgili engellerle karşılaşabilmektedirler. Bilgi arama davranışı ise başlama, zincirleme, gözden geçirme, ayırt etme, çıkarma, doğrulama, sonlandırma (izleme) ve sonlandırma adımlarından oluşmaktadır (Soylu, 2016).



Şekil 2.1. Bilgi gereksinimi bağlamı

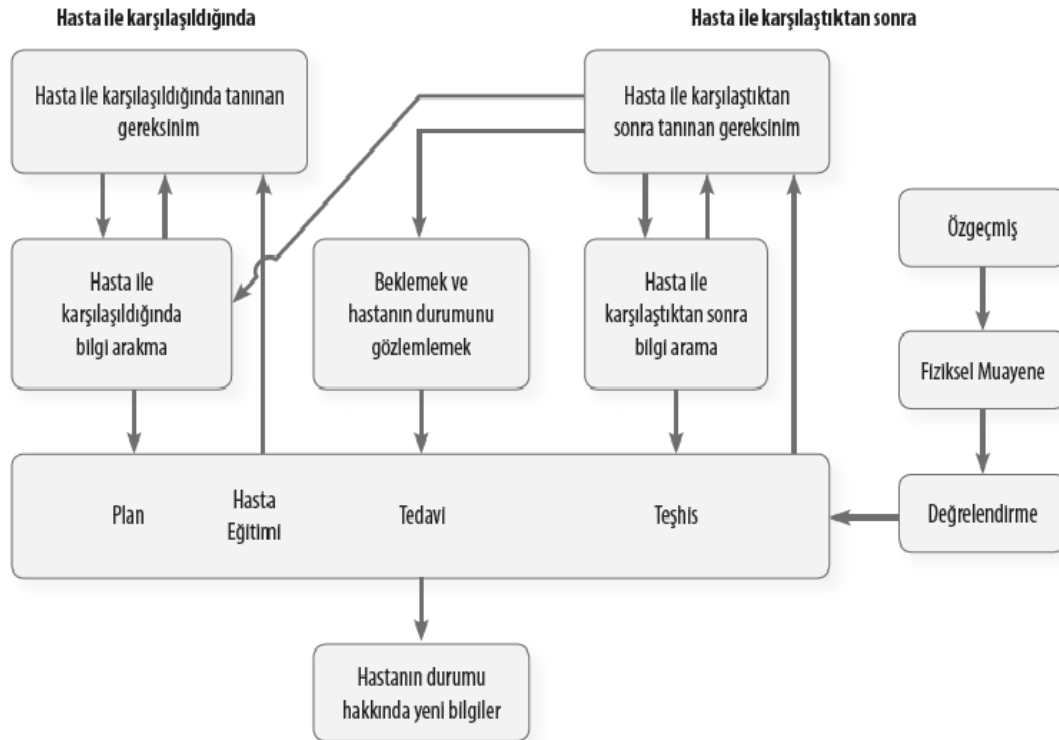
Kaynak: Ellis (1981) Aktaran: Soylu D. Günlük Bilgi Gereksinimi ve Bilgi Arama Davranışları Üzerine Bir Çalışma: Adnan Ötüken İl Halk Kütüphanesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı. 2016. Ankara: (Danışman: Prof. Dr. S. Serap Kurbanoglu)

Hemşirelerin rol ve sorumlulukları gereğince mesleki ve sağlık alanındaki gelişmeleri takip etme, bilgilerini güncel tutma, acil ve kritik zamanlarda hızlı ve doğru karar vermeleri gerekmektedir. Ancak bilgi gereksinimlerinden kaynaklanan belirsizlikler bu süreci olumsuz etkileyebilmektedir. Hashempour (2015)'in hemşirelerin bilgi arama davranışlarıyla ilgili yapılan çalışmaları incelediği sistematik derlemede, çalışma sonuçlarına göre; bilgiye ulaşmak için en sık kullanılan başvuru kaynaklarının sırasıyla meslektaş/kıdemli meslektaş, hekim ve hasta kayıtları, basılı kaynak olarak en çok ders kitapları olduğu; ancak bilimsel dergi, makale gibi yazılı veya elektronik kaynak kullanımının yaygın olmadığı ortaya çıkmıştır. Hemşirelikte uygulamaların daha çok meslektaşlar arası, geleneksel yöntemlere dayalı olduğu göz önünde bulundurulursa uygulamaların kanıt ve bilgi temelli olması gereksinimi önem kazanmaktadır. Kanıta dayalı uygulama, sistematik araştırma ile elde edilen araştırma sonuçlarının, kişisel ve mesleki tecrübe ile birleştirilerek hastanın sosyokültürel ve tıbbi gereksinimleri doğrultusunda uygulanması olarak tanımlanmaktadır (Kocaman, 2003; Townsend, 2012). Kanıta dayalı uygulamada izlenen basamaklar sırasıyla;

- Bilgi gereksinimini ortaya çıkarmak için soru sorma,
- Soruları yanıtlamak için doğru kaynağa yönelme,
- Kaynağın geçerliğini ve güvenilirliğini değerlendirme,
- Bakım ve tedavide bu bilgiyi kullanma,
- Uygulamadan sonra hastanın durumunu değerlendirmedir (Derek 2005'ten aktaran: Hashempour, 2015)

Cogdill (2003) hemşirelerin bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışlarını "Hemşirelerin bilgi arama davranışı modeli" adıyla modellemiştir (Şekil 2.2.). Modele göre sırasıyla hastanın öyküsü, fiziksel bulguları değerlendirilip; hemşirelik tanısı belirlendikten sonra hemşirenin gereksinimlerinin "hasta ile karşılaştığında" ve "hasta ile karşılaştıktan sonra" olmak üzere iki farklı yolla oluştuğu vurgulanmaktadır. Bilgi arama davranışı hemşirenin bu iki andaki gereksinimleri ve hastadan elde edilen bilgiler doğrultusunda şekillenmektedir. Cogdill (2003)'e göre hemşirelerin bilgi arama davranışıyla ilgili karar verme süreçlerinde dört farklı yaklaşım görülmektedir:

- Sorulara yanıt aramayı bırakmak,
- Hastalık türü ve belirtileri hakkında bilgi edinmek için daha çok zaman harcamak,
- Hasta ile karşılaşmadan önce gerekli olabileceğini düşündüğü her konuda bilgi elde etmek,
- Fizik muayene ve işlemler sürecinde farklı yöntemlerle gereken bilgileri elde etmek (Aktaran: Hashempour, 2015).



Şekil 2.2. Hemşirelerin bilgi arama davranışı modeli

Cogdill K W. Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. *Journal of Medical Library Association*; 2003.91(2), 203-215

Hemşirelerin bilgi arama davranışlarını ve bilgiye erişimlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; en önemlilerinin kişisel, sosyal ve çevresel faktörler olduğu görülmektedir. Bu faktörler bazen teşvik edici bazen engelleyici olabilmektedir. Hemşirelerin yoğun çalışma saatleri, hastaların beklentileri, bilgi kaynaklarına erişim sıkıntıları ve bilgi kaynakları kullanımına aşina olmamaları gibi faktörler engel olarak görülmektedir (Hashempour, 2015).

Bu bağlamda, bilgi gereksinimi sadece bilgiye ihtiyaç duyan kişinin zihninde gerçekleşen öznel bir deneyim olup, gözlemcilerin doğrudan ifade edebileceği nitelikte değildir. Bu nedenle kişinin gereksinimi ve buna ilişkin yaşantısını ortaya çıkarmanın yolu, kişiyle doğrudan iletişime geçerek tavır, davranış ve ifadelerini bir bütün olarak ele alıp değerlendirmektir (Özenç Uçak, 1997; Soylu, 2016). Bu bilgiler ışığında bu araştırmada hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin gereksinimlerini belirleme ve uygun hemşirelik müdahalelerine karar verebilmeleri, uygulamaları ve değerlendirebilmeleri için kendi bilgi gereksinimlerini farketme ve tanımlamaları önemlidir.

2.4. Cinsel Şiddete Maruz Kalma, Bireylerin Tepkileri ve Gereksinimleri

Dünya Sağlık Örgütü (2014) Şiddeti Önleme Küresel Durum Raporun'da yer alan 133 ülkede yapılan bir araştırma sonuçlarında her beş kadından birinin çocukken cinsel tacize uğradığı ve her üç kadından birinin tanıdığı bir erkek tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete uğradığı ortaya konmuştur. Ülkemizde 2008 yılında gerçekleştirilen 'Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet' araştırmasına göre, ülke genelindeki kadınların % 39'u fiziksel, % 15'i de cinsel şiddete maruz kalmakta olup, kadınların % 42'si fiziksel ve/veya cinsel şiddet yaşamaktadırlar (Büyükyılmaz ve Demir, 2016). Bu görülme sıklığına rağmen cinsel şiddet suçları, en az bildirilen suçlardan biri olup, tüm dünyada cinsel saldırı olaylarının yalnızca % 5-10'unun resmi makamlara bildirildiği tahmin edilmektedir (Temel ve Şişman, 2013; Bağımsız İletişim Ağı Web Sitesi: <http://bianet.org/kadin/medya/48309-cinsel-suclar-ve-kadin-magdurun-korunmasi> 10 Kasım 2004, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2019).

CŞMK bireyler, olayın duyulmasının yaratacağı toplumsal baskı, şikayet sonrası saldırganın kendisine zarar vereceği korkusu, utanç, kendisini suçlama, damgalanma, yetersiz sosyal destek ve yaşanacak uzun yargısal süreç sebebiyle olayı gizlemekte (Ross, ve ark., 2010; Temel ve Şişman, 2013) ve bu durum bireylerin yardım arama davranışını engellemektedir (Kar ve Özdemir, 2018). Aile içi şiddeti adli mercilere şikayet eden mağdurlarla yapılan bir çalışmada, polis ve savcının tutumuna ilişkin % 30'nun konuyu yargıya aktardığı, % 45'inin aile içinde çözmeye çalıştığı, %15'inin ise konuyla ilgilenmedikleri belirtilmiştir (Bağımsız İletişim Ağı Web Sitesi:

Cinsel şiddete maruz kalan bireylerin ilk başvurusu ya adli kurumlara ya sağlık kuruluşlarına ya da her iki kuruma birden olmaktadır. Travmatik deneyimlerden biri olan cinsel şiddet nedeniyle sağlık kuruluşlarına akut dönemde, doğrudan başvuru sınırlı olmakla birlikte; uzun dönemde cinsel şiddete maruz kalmanın bireyde yarattığı, ikincil olarak ortaya çıkan akut stres tepkisi ve akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), psikolojik uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanımı, depresyon (Bayram ve ark., 2018), cinsel bozukluklar, yeme bozuklukları, intihar davranışı, gastrointestinal bozukluklar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi biyopsikososyal sorunlarla başvurular olduğu görülmektedir (Gölge ve ark., 2013). Amerika’da yapılan çalışmalarda tecavüze uğrayan kadınların % 94’ü, tecavüzdən sonraki iki hafta boyunca TSSB semptomları yaşamakta olup; % 30’u tecavüzdən 9 ay sonra TSSB belirtileri bildirmişlerdir. Kadınların % 33’ü intiharı düşünmekte olup; % 13’ü intihar girişiminde bulunmuştur (Rape, Abuse & Incest National Network Website: <https://www.rainn.org/statistics/victims-sexual-violence> 2019, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019). Bilgiç (2011)’in aktardığına göre; yapılan bazı çalışmalarda cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin %80’ ininde TSSB geliştiği, temelinde diğer travmatik olaylar arasında %14 ile en yüksek oranla cinsel saldırıya uğrama, %57.1 ile tecavüze uğrama gibi olayların var olduğu ve TSSB tanısı alan bireylerin üçte birinde on yıl sonra bile belirtilerinin görüldüğü belirtilmiştir (Bilgiç, 2011). Bu sebeplerle cinsel şiddet olgularının gerçek görülme sıklığı bilinmemektedir (Temel ve Şişman, 2013).

Cinsel saldırıya uğrama zorlayıcı ve bireyin baş etme yeteneğini aşan olaylardan olup, ruhsal açıdan travmaya sebep olmaktadır. Bu tür olaylar insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan dolayısıyla anlam karmaşasına neden olan ve kısa ya da uzun vadede inanç sistemini ve davranışlarını etkileyen, psikolojik etkiler bırakan olaylardır (Oflaz, 2008). Travmatik yaşantılar karşısında bireylerin bilişsel yapıları etkilenmektedir. Beck’in ifade ettiği bilişsel üçleme; kendisine “ben değerliyim”, dünyaya “dünya ve insanlar güvenilir” ve geleceğe ilişkin “herkes için bir

gelecek var” şeklindeki yapı; travmatik olaylarda sırasıyla “ben değersizim”, “dünya adil değil ve insanlar güvenilmez” ve “benim için bir gelecek yok” şeklindeki işlevsel olmayan şemalara dönüşür (Bayram ve ark., 2018; Türkçapar, 2018). Cinsel saldırıyla, bireylerin vücut bütünlüğü yanında dünyadaki yeri ve kendisi ile ilgili değerleri, kendisine ve çevresine duyduğu güven de saldırıya uğramakta ve bu sebeple; kendini değerli ve güvende hissetme, diğer insanları yardımsever bulma, kırılmazlık incinmezlik duyguları tehdit altında kalmaktadır. Sonuç olarak birey dünyayı tehlikeli, kendisini de yetersiz algılamaya başlamakta; korku, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları kontrol kaybına neden olmaktadır (Oflaz, 2008). Yanı sıra bu bireyler iş ya da okul problemi yaşamakta; kişilerarası ilişkilerinde daha önce olduğundan daha sık çatışmaya girme, aile ve arkadaşlarına güven duymama veya artık yakın hissetmeme gibi sorunlar yaşamaktadır (Rape, Abuse & Incest National Network Website: <https://www.rainn.org/statistics/victims-sexual-violence> 2019, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2019). Bu tepkiler bir hastalık belirtisi olarak değil, travma sonrası oluşan doğal reaksiyonlar olarak düşünülmektedir (Oflaz, 2008). Tecavüz-travma sendromunun akut belirtileri Tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2.1. Tecavüz-travma sendromu akut belirtileri

Şok Tepkisi	Somatik Tepki	Duygusal Tepki
Açık davranışlar Ağlama, hıçkırma Gülümseme, kahkaha atma, şakalaşma Huzursuzluk, ajitasyon, histeri Öfke Şaşkınlık, uyumsuz konuşmalar, oryantasyonda bozulma Gerginlik	Fiziksel Morluklar(meme, boğaz veya sırtta) ve ağrı	Fiziksel şiddet ve ölüm korkusu İnkâr Anksiyete Şok Yorgunluk Utangaçlık İntikam isteği Kendini suçlama Azalmış özgüven Suçluluk Kızgınlık
	Kas iskelet Baş ağrıları Uyku bozuklukları Yüzde çarpıklık, seğirme	
Belirsiz davranışlar Şaşkınlık, uyumsuz konuşmalar, oryantasyonda bozulma Maskelenmiş yüz Sakin, durgun görünüm Şok, duygusuzluk, kuşkucu görünüm Dikkat dağınıklığı, zor karar alma	Gastrointestinal Mide ağrıları Bulantı İştahsızlık İshal	
	Genitoüriner Vajinal kaşıntı ve akıntı Ağrı veya rahatsızlık	

Fortinash K M, Holoday Worret P A. Psychiatric Mental Health Nursing. Fourth Edition. St. Louis. Missouri: Mosby Elsevier; 2008.

Bu bireylerle çalışırken anksiyete, post- travma sendromu riski, tecavüz travma sendromu, etkisiz bireysel baş etme, güçsüzlük, ümitsizlik, korku, acı çekme, iletişimde

bozulma, itibarın tehlikeye girmesi riski, yorgunluk, kendine zarar verme riski, başkalarına yönelik şiddet riski, intihar riski, dayanma gücünde bozulma, yalnızlık riski, sosyal izolasyon, benlik algısında bozulma, uyku örüntüsünde bozulma, düşünme süreçlerinde bozulma, cinsellik örüntüsünde etkisizlik, aile içi süreçlerde bozulma gibi olası hemşirelik tanılarını ele almak gerekir (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Carpenito Moyet, 2012).

Bireyde cinsel şiddete maruz kalmaya bağlı ortaya çıkan tepkiler, travmanın yarattığı tehdit ve fırsat unsurları bağlamında ortaya çıkar. Birey tarafından algılanan tehdit bireyin işlevselliğini olumsuz etkilediği kadar fırsata dönüştürülerek böylesi travmatik ve acı veren yaşantıdan anlam bularak, güçlenerek ve büyüyerek çıkmasını da sağlayabilir (Levine ve Frederic, 2013). Varoluşçu, humanistik yaklaşımdan etkilenen Travelbee'nin "İnsan İnsana İlişki" adı verdiği kuramında, yaşamdan ve acılarından anlam bulamayan kişinin yaşamdan ve acılarından anlam bulmasına ve bu acıdan büyüyerek çıkmasına yardım etmeyi hemşirelik bakımının odağı olarak vurgulanmıştır (Shalton, 2016). Bu anlamda cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışan hemşireler olayın bireyde yarattığı biyopsikososyal etkileri dikkate alarak onu güçlendirme ve hazır oluşunu destekleme yolunda; aile içi süreçlerde güçlenmeye hazır oluş, baş etmede güçlenmeye hazır oluş, benlik kavramında güçlenmeye hazır oluş, bilgi düzeyinde güçlenmeye hazır oluş, dayanma gücünde güçlenmeye hazır oluş, iletişimde güçlenmeye hazır oluş, karar vermede güçlenmeye hazır oluş, öz bakımda güçlenmeye hazır oluş, sağlığı yönetmede güçlenmeye hazır oluş, uyku kalitesini güçlendirmeye hazır oluş, ümidi güçlendirmeye hazır oluş gibi; sağlığı geliştirme, iyilik hali tanıları ile bireyleri güçlendirme ve başa çıkma becerilerini artırma sağlanabilir (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Carpenito Moyet, 2012).

2.5. Hemşire Olarak Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma

Hemşireler hasta ve ailelerine yakın çalışan sağlık profesyonelleri olarak, travmanın olumsuz etkisini en aza indirecek müdahaleleri gerçekleştirerek, olumsuz deneyimin gelişim için olumlu bir fırsata dönüştürülmesine katkı sağlayabilirler. Ancak öncelikle hemşireler, travmatik durumun, uygulayacakları girişimlerle bir büyüme/güçlenme yaşantısına dönüşebileceğinin farkında olmalıdırlar (Levine ve Frederic, 2013; İnci ve

Boztepe, 2013). Hasta yeniden travmatize olma, yaşamını yeniden yapılandırma, önemli kararlar alma, mahremiyet kaybı, damgalanma ve dışlanma, fiziksel ve duygusal olarak zarar görme; hemşire ise mesleki ve yasal açıdan sorumluluk alma bilgi eksikliklerinden dolayı zarar verme kaygısının onda yaratacağı zorlanmaları ve riskleri göze alarak kişilerarası bir bağlantı kurmaktadırlar (Ross ve ark., 2010). Hemşire ve hastanın başlangıçta ayrı ayrı bireysel korkuları ve kaygıları nedeniyle terapötik bir ilişki kurmaları güç olabilir. Bu nedenle hemşirenin kendi duygularının farkında olması, objektif olması, öfke, kızgınlık, düşmanlık, eş duyum gibi duyguların ve aktarım, karşıt aktarım ve direnç gibi terapötik çıkmazların fark edilmesi ve çözümlenmesi/yönetilmesi önemlidir (Terakye, 1995; Demiralp ve Sarıkoç, 2016).

Hemşireler cinsel şiddete maruz kalan bireylerle en sık acil servis, kadın doğum servisi ve psikiyatri kliniklerinde karşılaşmakta olup; mağdurların en kolay ulaşılabilir, kendilerini en iyi ifade edebilecekleri sağlık çalışanlarıdır (Ross ve ark., 2010; Temel ve Şişman, 2013). Bu ulaşılabilirlik hemşirelik hizmetinin sürekliliğinden gelen avantajla hasta hakkına daha fazla bilgi sahibi olma ve bu yolla bireyin içinde bulunduğu durumu, tepkilerini tanıma ve değerlendirebilme gereksinimlerini belirleyebilme kolaylığı sağlar. Hemşire bu anlamda diğer ekip üyelerine göre mesleki bilgi beceri ve donanımlarının yanı sıra ulaşılabilirliğinin sağladığı avantajla elde ettiği bilginin de gücüyle önemli bir noktadadır. Bu nedenle cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken bireylerin gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik müdahaleleri yönetmede kendini tanımalı ve bilgisini gözden geçirmelidir. Çünkü cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışmada hemşirelik müdahaleleri, sadece genel ve psikiyatri klinik hemşiresi bilgi ve becerilerini değil, travmaya müdahale ve cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik müdahalelere özgü bilgi ve becerileri kullanmayı gerektirir.

2.5.1. Travmatik Bir Deneyime Müdahale Olarak Psikolojik Bakım Düzeyleri

Psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Travma yaşamış bireylerin psikolojik bakımı; “bireyi anlamadan, travmayı ve tepkilerini anlayamayız” ve “sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir” anlayışını temel alır (Kocaman, 2005). Travma yaşamış bireyin kurban rolünden çıkıp yaşamına devam edebilmesi için yardım edilmeli; “bu olay

yüzünden artık her şey bitti” söyleminden, “bu olay bana bir şeyler öğretti ve yaşamıma devam edebilirim” anlayışına geçmesi sağlanmalıdır. Krize müdahalede bireylerin iyi oluşlarını sağlamada bir çok yöntem kullanılmışsa da, mağdurların çoğunluğu “yanında birinin olduğunu hissetme”, “ilgilenme” ve “dinlemek için hazır oluş”un fayda sağladığını ifade etmişlerdir (Oflaz, 2008). Bu nedenle aktif dinleme çok önemlidir ve bakım veren kişinin fiziksel ve duygusal olarak gerçekten “orada olmasını” gerektirir (Kocaman, 2005). Bu anlamda cinsel şiddet gibi travmatik bir yaşantıya maruz kalmış bireylere yönelik psikolojik bakım düzeyleri temelinde müdahale etmek yararlı olabilir.

Psikolojik Bakım Düzeyleri

Düzyey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Bilgi verme, görüşme, dinleme ve empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilmeyi, sunabilmeyi ve hastanın içinde bulunduğu durum hakkında bilgili olmayı gerektirir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015). Bireyin sözel ve sözel olmayan davranışlarının farkında olunmalı ve yaşadığı travma hakkındaki algısı, inançları ve endişeleri anlaşılmalıdır (Demiralp ve Sarıkoç, 2016). Açık uçlu sorular sorarak bireyin görüşleri araştırılmalı, sorularını tartışmaya fırsat verilmeli, kendi sağlığının yönetiminde aktif katılımı konusunda cesaretlendirilmelidir (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009). Hastanın iznini alarak terapötik dokunma önemli bir iletişim aracıdır. Bireye psikolojik yaklaşım kavrayıcı, empatik, destekleyici ve etik ilkelere uygun olmalıdır (Kocaman, 2005; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015).

Düzyey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım

Rutin koruyucu psikolojik bakım terapötik ilişki temelli, bireyin içinde bulunduğu durumu algılaması, sosyal destek kaynaklarının varlığı ve başa çıkma yöntemlerinin değerlendirilerek gereksinimlerini belirlemeyi, sağlıklı ve işlevsel bir uyum göstermesini sağlamaya yöneliktir. Bireyin ve ailesinin yaşadığı stresle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için teşvik etmeyi ve birey ile terapötik ilişki kurabilmeyi içerir (Freitas ve ark., 2018).

Düzyey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler

Amaç-yönelimli ve kısa-sürelili özelleşmiş becerilerdir (sorun çözme becerileri, anksiyete ile baş etme teknikleri gibi). Bu düzeydeki uygulamada uzman klinik hemşire, sosyal

çalışmacı, liyezon psikiyatrisi hemşiresi, psikologlar ve psikiyatristler çalışır. Gevşeme teknikleri, bireyin bedeni üzerinde dolayısıyla yaşamı üzerinde kontrolü olduğu inancını geliştirmede yararlıdır ve özellikle stres yaşayan hastalarda bu uygulamanın etkin olduğu gösterilmiştir (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Demiralp ve Sarıkoç, 2016).

Düzyey IV: Terapi

Biyolojik tedavilerle birlikte psikanalitik yönelimli iç görü geliştirme, ego savunmalarını güçlendirici tedaviler ve teknikler, bilişsel davranışçı terapi, göz hareketi desensitizasyonu ve yeniden işlenmesi ve kısa eklektik psikoterapi gibi tedaviler, travmatik olay ve anlamına odaklanır. Bu ve benzeri müdahaleler, travma odaklı psikolojik tedaviler olarak adlandırılır (Gorman ve Sultan, 2014).

2.5.2. Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerin Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında “ABC” Rehberi

Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin bakım gereksinimlerinin karşılanmasında rehber niteliğinde olan “ABC” ilkesi önemlidir (Helman ve Clark, 2014).

- ❖ **Appearance:** Görünüm, **Avoid victim blaming:** Mağdurun Suçlanmasından Kaçınma
- ❖ **Behaviour:** Davranış
- ❖ **Control- Compassion-Confidence:** Kontrol-Eş Duyum -Güven

Görünüm: Cinsel saldırıya maruz kalmış bireyler beklenildiği gibi her zaman fiziksel travmanın yarattığı yırtık giysiler içinde, vücudu çizikler ve morluklarla dolu bir görünüme sahip olmayabilir. Ancak öyküsü alındığında cinsel saldırı ya da tecavüze uğradıkları öğrenilebilir. Görünüm ve görünümün yarattığı etkiyle ilgili ön yargılar bir kenara bırakılarak, hasta fiziksel ve duygusal travma yaşayan bir birey olarak görülmelidir.

Hastalar saldırıyla mücadele ederken çoklu yaralanmalara maruz kalmış olabilir ve bu nedenle hırpalanmış görünebilirler. Hastaların fiziksel travmaları, skar dokulardan rektal yaralanmaya kadar uzanan bir yelpazede olabilir. Bazen de hastalarda cinsel saldırı öyküsü olmasına rağmen yara, bere gibi izler ve görünümlem olmayabilir. Ek olarak bireyler travmatik olayın yarattığı anksiyete, uyku bozukluğu, travma sonrası stres

bozuluğu gibi ruhsal bozuklukluk tepkileri de gösterebilir. Travma bireyin içinde bulunduğu durum ve olayı algılama şekliyle tanımlanmalı ve ortaya çıkan tepkiler bireye özgü olarak değerlendirilmelidir.

Mağdurun Suçlanmasından Kaçınma: Hemşireler şiddetin belirti ve bulgularını gösteren hastalardan öykü alırken, hastanın kendisini kurban olarak görmesine ve saldırıya ilişkin kendisini sorumlu hissetmesine (kurban suçluluğu) neden olacak davranışlardan kaçınmalıdırlar. Ses tonuyla, sözlerle imada bulunmak, dikkatle izlemek gibi kurban suçluluğu yaratacak bütün eylemler mevcut travmaya ek bir travma etkisi yaratacaktır.

Öykü alma cinsel travma hakkında soru sormayı içermektedir. Hastayı dinlemeyi, savunmayı ve saygı duymayı unutmamak gerekir. Saldırı öyküsünü alırken soruları ve sözcükleri dikkatle seçmek; hastanın saldırı anında ne giydiği, nasıl davrandığı, alkol alıp almadığı gibi saldırıyı kolaylaştıran seçimler yaptığını ima eden sorulardan kaçınmak gerekir. Saldırgan çoğu zaman, mağdurun eşi, arkadaşı, ailesinden biri, komşusu, yardımcısı, çalışma arkadaşı gibi tanıdığı bir kişi olmaktadır. Eğer sorulan sorular yargılayıcı nitelikte olursa, sadece bilgi toplamayı engellemez, aynı zamanda hastayla hemşire arasındaki ilişkiyi bozar ve hastanın bütüncül olarak bakımını olumsuz etkiler. Öykü alma sürecinin hastayla güven ilişkisi kurmak ve bu ilişkiyi geliştirmek için önemli bir an olduğunu akıldan çıkarmamak gerekir.

Davranış: Bireyin cinsel saldırı beyanının doğruluğu, görünümüne ya da davranışına göre değerlendirilmemelidir. Çünkü bu bireylerde ağlama, histeri ya da ilk şok tepkileri görülmesi beklenirken; bazı bireyler sessiz, içe çekilmiş veya aşırı konuşkan ve heyecanlı olabilir. Bazen uğradığı saldırıyla baş etmek için gülebilir, şakalar yapabilir ve sevdiği birisinin yanında rahat davranabilir. Hemşireler bu bireylerle çalışırken bu tür davranışları çok dikkatli kaydetmelidirler. Hemşirelerin çok yoğun çalıştığı ortamlarda protokollere, rutinlere bağlı kalarak görevlerini etkin bir şekilde yerine getirmek öncelikleri olsa da; bu hastaların gereksinimlerini karşılamak, çalışılan departmanın gereksinimlerinden daha önde olabilir. Bazen güvenli ve rahat bir çevre sağlamak, hastayla tek bir hemşirenin ilgilenmesi ve onunla ekstra zaman geçirmesi anlamına

gelebilir. Ayrıca, hemşire için bu hastaların soyunmasını isteme ve yaşam bulgularını alma gibi temel prosedürleri sağlamak diğer hastalarla çalışmaya göre daha zor olabilir. Bu nedenle hemşire olarak CŞMK bireyler için muayene sürecini kolaylaştırmanın önemli ve gerekli olduğunu unutmamak gerekir.

Kontrol, Eş-duyum, Güven: Cinsel saldırıya uğrayan bireyin iyileşmesine yardım etmede “Üç C” “kontrol-şefkat-güven” ilk adımdır. Süreçte en önemli şey hastanın kontrol duygusunu kazanmasını sağlamaktır. Öyle ki en başta hastanın onayı alınarak sürece başlanması kendi bedeni üzerindeki kontrol kaybının yeniden kazandırılması açısından önemlidir. Güven ilişkisi kurma hasta hemşire ilişkisinin başlangıcında en yaşamsal adımdır ve bu cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken de geçerlidir. Başlangıçta tedavinin ve muayenenin bir parçası olan bilgiler, hastanın izniyle alınır, ancak bazen de hastanın rızası olmadığı durumlarda ya da ricasıyla alınmayabilir. Çünkü fail hastanın bedeninin kontrolünü elinden almıştır. Bu nedenle böyle bir adım başlangıç için hastayı iyileştirme yolunda yaşamsal bir önem taşır. Cinsel saldırı geçmişte yaşansa dahi tıbbi işlemler devam ederken hastada kontrol duygusunun sağlanması, uyarıcı tetikleyicilerin ortaya çıkmasını önleyebilir. Hastanın katlanmak zorunda kaldığı böyle bir olayı yaşadığı için duyulan üzüntüyü içten bir şekilde ifade etmek, profesyonelliği sürdürürken insancılığı da gösterme fırsatı sunar. Bu yaklaşım hasta suçlanmadığı, yargılanmadığı için ona güven verecektir. Bu güven hastanın hikayesine inanıldığını ve ona etkin bir şekilde bakım vermek için orada bulunduğu mesajını hastaya iletacaktır (Helman ve Clark, 2014).

2.5.3. Cinsel Saldırılarda Hemşirelik Muayenesi Eğitim Rehberi

Yurt dışında adli hemşireliğin bir dalı olarak, cinsel şiddete maruz kalma vakalarında görev almak üzere “Cinsel Saldırılarda Hemşirelik Muayenesi (Sexual Assault Nursing Examination-(SANE)” programları yürütülmektedir (International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015). SANE Cinsel şiddeti izleyen yetişkin ve ergen hastaların bakımında hemşirelik sürecini kullanmak için gereken bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerileri göstermeye ilişkin asgari hedef yetkinlikleri sağlamak için tasarlanmıştır. Bu yeterlikler bütüncül, kapsamlı bir bakım sağlamak için gerekli temel bilgi birikimi ve kritik düşünme becerileri ile çeşitli mesleki uygulamaları

kullanmayı sağlar. Bu program, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamağından oluşan hemşirelik süreci sistemini kullanmayı öngörür.

SANE Eğitim Rehberinde yer alan temel yetkinlikler şunlardır;

1. Adli hemşireliğe ve cinsel şiddete genel bakış
2. Hasta tepkileri ve krize müdahale
3. Sivil toplum örgütleri ve diğer kuruluşlarla işbirliği yapma
4. Tıbbi ve adli öykü alma
5. Tıbbi ve adli örnek toplama
6. Tıbbi fotoğraf çekimi
7. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon testleri ve profilaksi
8. Hamilelik testi ve profilaksisi
9. Adli tıbbi kayıt ve belgeleme
10. Taburculuk ve izlem planlaması
11. Yasal konular ve adli işlemler.

Cinsel şiddete maruz kalma durumuna ilişkin planlanacak müdahalelerin hedefleri Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC)'a göre bireyi yeni bir travmadan koruma, travmanın etkilerinin iyileşmesi, baş etme, korkunun öz kontrolünün sağlanması olmalıdır. Bu doğrultuda hemşirelik müdahaleleri Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC)'e göre tecavüz travma tedavisi, danışmanlık, anksiyetenin azaltılması, emosyonel destek, ailenin desteklenmesi, destek sistemlerini güçlendirme, başatmenin güçlendirilmesi, aktif dinleme, yanında bulunma/varolma, yas sürecinin kolaylaştırılması, sevk etme/yönlendirme olmalıdır (Carpenito Moyet, 2012; Bulechec, 2017). Özellikle cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik girişimlerinden “tecavüz travma tedavisi” girişimi ve onun altında sıralanan aktiviteler rehber olarak kullanılabilir. Tecavüz travma tedavisi girişimi “rapor edilmiş tecavüzün hemen ardından duygusal ve fiziksel destek sağlanması” olarak tanımlanmaktadır (Bulechec, 2017).

Tüm bu bilgiler ve yaklaşımların ortak olarak vurguladığı cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerini yerine getirirken öykü alma, kanıt toplama ve kanıtları koruma ayrı bir özelliğe sahip olup; her bir aşamada iletişim ve görüşme

becerilerini kullanmayı ve yasal ve etik sorumluluklar doğrultusunda hareket etmeyi gerektirir (Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017).

2.5.4. Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumuna İlişkin Öykü Alma

Hemşirelik sürecinin veri toplama aşaması Peplau'ya göre birey ile karşılaşmadan önce başlar, bireyle karşılaşıldığı andan itibaren karşılıklı olarak birbirini tanıma, beklentileri, sorumlulukları ve amaçları belirlemekle devam eder. Özellikle bu aşama bireylerden görüşme, gözlem ve öykü alma yoluyla çeşitli veri kaynaklarını kullanarak derinleştirilir. Veri toplama hastayla birlikte olunan ve ilişkinin sonlandığı aşamaya kadar sürekli olarak devam eder (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010).

Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken öykü alma bireyden onam alındıktan sonra başlayan önemli bir adımdır (Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017). Öykü alma süreci bireydeki belirtileri değerlendirme, fizik muayene ve kanıt toplama aşamalarını da kapsar. Alınan öykü suç kanıtı olarak mahkemede kullanılabileceği için değerlendirme dikkatli yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır (Temel ve Şişman, 2013). Hemşirelerin öykü alırken, iletişim ve görüşme becerileri kapsamında dikkat etmesi gereken bazı unsurlar aşağıda verilmiştir;

Görüşme ilkeleri:

- ✓ Öykü alma ve fizik muayene aşamalarına başlamadan önce hemşire kendisini tanıtmalıdır (Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Hemşire hastayla yargılayıcı olmayan, empatik, saygı ve güvene dayalı bir iletişim kurmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Helman ve Clark, 2014; Demiralp ve Sarıkoç, 2016).
- ✓ Hemşire, zihninde taşıdığı inançlarının farkında olmalı; önyargı, şaşırma, dehşet, tikslenme, suçlama davranışlardan kaçınmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Helman ve Clark, 2014).
- ✓ Öykü alırken mağdurun sözel ve sözel olmayan ifadeleri değerlendirilmelidir. Örneğin bireyin sessizliği, yapılacak tetkikleri ve polis sorgusunu reddetmesi

kendini suçladığını gösteren davranışlar olarak ele alınıp, duygusal destek verilmesini gerektirir (Temel ve Şişman, 2013).

Görüşme ortamı:

- ✓ Öykü yüz yüze, birebir görüşme yoluyla; sessiz ayrı bir odada alınmalıdır (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009).

Soru sorma:

- ✓ Yazılı ve konuya özel yapılandırılmış bir form rehberliğinde (Ör: Danger Assesment: Tehlike Değerlendirmesi) sorular yöneltilmelidir (Messing ve ark., 2017).
- ✓ Sorular açık, anlaşılır, hastanın sosyokültürel düzey ve kültürel değerlerine uygun olmalı ve hastayı yönlendirmemelidir (Özden ve Yıldırım, 2009).
- ✓ Aynı cinsiyetten olmanın avantajıyla kurulmuş olan ilişkiyi kullanarak duyarlı şekilde soru sorulmalıdır (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009; Helman ve Clark, 2014).
- ✓ Hasta ve ailesinin tutarsız ifadelerinden, hastanın beden dili ve ses tonundan şüphelendiği durumlarda sezgisel davranarak ipuçlarından yararlanarak soru sorulmalıdır (Temel ve Şişman, 2013).
- ✓ Sorular üçüncü tekil şahıs üzerinden örnekler verilerek sorulabilir; Örneğin “Sizdekine benzer yaraları olan bir çok kadın görmekteyiz ve genellikle bunları yapanın yakınları olduğunu biliyoruz. Sizinkiler de öyle mi?” sorusu ile başlanabilir (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009).
- ✓ Olayın oluş yeri, zamanı ve şekline (korkutma, tehdit, zorlama, fiziksel travma, silah kullanımı, cinsel birleşme olup olmadığı) ilişkin sorular sorulmalıdır (Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Olay ile ilgili direkt ve özel sorulardan, evet/hayır yanıtlarını gerektiren sorulardan kaçınılmalı; bireyin hikayesini doğal anlatımı içinde açık uçlu sorularla araya girilerek bilgi alınmalıdır (Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Daha önceden yaşanmış ancak unutulmuş cinsel bir travmanın hatırlandığı bir durumda, bu olayın kendisi için ne anlama geldiği sorgulanmalı ancak cinsel

travmayı tetikleyecek nitelikte deşici sorulardan kaçınılmalıdır (Temel ve Şişman, 2013).

Dinleme:

- ✓ Dikkatli ve empatik dinlemek önemlidir (Özden ve Yıldırım, 2009).
- ✓ Az konuşarak, daha çok dinleyerek, hastanın kendisini ve hikayesini anlatmasına izin verilmelidir (Morrissey ve Callaghan, 2011).

Gözlem yapma:

- ✓ Psikiyatri hemşireliğinde en önemli veri toplama araçlarından biri gözlem yapmadır (Özcan, 2006; Sabancıoğulları ve ark., 2014).
- ✓ Hastanın durumunu anlamak, hastalığın belirtilerini belirlemek, hastalığın nedenlerini ortaya çıkarmak, hastanın bakım gereksinimlerini saptamak, hastaya uygulanacak tedaviye karar vermek ve hastanın kendini ifade etmesine olanak sağlamak, hastaya yapılan bakım müdahalelerinin sonuçlarını değerlendirmek, hastanın tedaviye tepkisini ve hastalığının seyrini izlemek amaçla gözlem yapılmalıdır (Özcan, 2006; Sabancıoğulları ve ark., 2014).
- ✓ Hastanın durumuna göre, bir şift'te en az bir kez hasta ile oturularak, görüşme sırasında hastanın duygu ve davranışlarının değerlendirildiği **genel gözlem**; kendine zarar verme öyküsü olan ve bu sebeple potansiyel risk taşıyan hastanın durum ve konumunun her 15 ya da 30 dakikada bir kontrol edildiği **aralıklı gözlem**; kendine ya da bir başkasına zarar verme girişiminde bulunabilecek hastanın sürekli gözetim altında tutulduğu **göz mesafesinde gözlem** ve hastanın kendisine ya da diğer kişilere zarar verme riski en üst seviyede olduğu için, yakın izleme ihtiyaç duyulan ve tuvalette, banyoda, telefonda her an yanında olunarak **kol mesafesinde gözlem** yapılmalıdır (Sabancıoğulları ve ark., 2014; Sarı, 2016).
- ✓ Gözlem yapma amaçlı, anlamlı ve aktif bir süreç olmalı; görme, işitme, koklama, dokunma gibi duyu organları ile algılanarak elde edilen tüm verileri içermelidir (Özcan, 2006; Sabancıoğulları ve ark., 2014).
- ✓ Gözlemde yorum yapmadan, tanımlayıcı açık ve net ifadeler kullanılmalıdır.

- ✓ Gereksiz tekrardan kaçınmalı, “yakınması yok” gibi tanımlayıcı olmayan ifadeler kullanılmamalıdır.
- ✓ Hastanın genel görünümü, duygulanımı, biliş, davranış, düşünce, klinik aktivitelere katılım, tedaviye uyum, ziyaret saatleri, vs gibi alanlarına ilişkin gözlenen her türlü tepkisi günün zaman akışı içinde kaydedilmelidir.
- ✓ Hemşire adını soyadını ve parafını atmalı okuyan tüm ekip üyeleri okuduğuna dair paraflamalıdır (Sarı, 2016).
- ✓ Adli gözlem amaçlı yatan hastalarda ise özel olarak klinik tablosu ve adli durumuyla uyumlu olup olmadığı gözlenmelidir (Erim ve Öncü, 2014).

Kayıt tutma:

- ✓ Genel hemşirelik öyküsüne ek olarak olayın ne olduğu, nerede, ne zaman ve nasıl olduğuna ilişkin veriler de yer almalıdır.
- ✓ Kayıt tutarken bireyin anlattığı olayın, gerçek olup olmadığına ilişkin karşı tarafta şüphe uyandırdığını ima eden “...iddia etti, ...cinsel ilişkiye girilmiş” gibi ifadeler yerine “...söyledi, ...vajinal penetrasyon mevcut” ifadeleri tercih edilmeli; hastanın sözel ifadeleri bire bir aktarılacak kaydedilmelidir (Özden ve Yıldırım, 2009; Yücel Beyaztaş ve ark.; 2009).
- ✓ Yazılar okunaklı olmalı, kısaltma içermemelidir.
- ✓ Fotoğraf, çizim, vücut haritaları ve şemalar önemli görsel kayıtlar olup; bu kayıtlar hastanın izniyle alınmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009).

2.5.5. Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumuna İlişkin Kanıt Toplama

Kanıt, “saldırganın suçun işlediği esnada kullandığı, bıraktığı, uzaklaştırdığı, değiştirdiği ya da kirlettiği herşey”dir. Fiziksel kanıtlar, saç, tükrük, ısırma izleri, giysi, düğme gibi izler ve kalıntılardır. Fiziksel olmayan kanıtlar ise ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin öykü alırken ortaya çıkan şiddet, suistimal, kendine zarar verme, intihar girişimi gibi travma eğilimleridir (Özden ve Yıldırım, 2009). Kanıt toplama öykü almayla başlayıp; fizik muayene, kanıtların tanınması, örnek alma ve kanıtların korunması süreçlerini kapsamaktadır (Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017; Kar ve Özdemir, 2018). Ülkemizde 9 Nisan 2011 Tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Resmi Gazete 27910 sayılı Yönetmeli'ğe eklenen Ek-3 "Hemşirelik Girişimleri Listesi" ne göre cinsel şiddete uğramış bireye müdahalede; "Taciz ve tecavüz sonrası yönetimi (bireyin psikolojik olarak desteklenmesi, rehabilitasyonu, acil kontrasepsiyon, kanıt toplama vb)" girişimi tanımlanmış ve Bakanlıkça kabul edilen bir eğitim alınması zorunluluğu getirilmiştir. Cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik, hemşirelik girişimleri listesinde müdahaleler yer almasına rağmen adli ya da klinik hemşirelik açısından yönetmelikte hiçbir görev yetki ve sorumluluk tanımlanmaması dikkat çekici bir durumdur. TCK'da yer alan "Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik" gereğince;

"Bir suça ilişkin delil elde etmek amacıyla, mağdurun ve diğer kişilerin vücudundan kan, veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tükürük, tırnak gibi örnekler alınabilmesi ancak tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir." (Türk Ceza Kanunu, 2014)

Adli vakalarda hemşire hastaya ilk temas eden kişi olup, adli vaka olarak bildirilen olgularda sürecin başlatılması ve özellikle bildiri yapılmayan adli olayların tespit edilmesinde önemli bir role sahiptir. Cinsel şiddet maruziyetinde ilk başvurusunu sağlık kuruluşuna yapan vakalarda süreci doğru takip etmek, kanıtların zarar görmesini ya da kaybolmasını engellemek ve korumak önemlidir (Özden ve Yıldırım, 2009). Bu nedenle kanıt toplamada aşağıdaki ilkelere dikkat edilmelidir.

- ✓ Fiziksel muayene bireyin mahremiyetinin korunduğu özel, sıcak, iyi ışıklandırılmış, temiz ve yeterli tıbbi malzemenin bulunduğu bir odada yapılmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Tecavüz protokolüne göre yapılacak işlemler açıklanmalı ve hastadan sözlü (Özden ve Yıldırım, 2009; Bulehec ve ark., 2017) ve/veya yazılı onam alınmalıdır (Kar ve Özdemir, 2018). Aydınlatılmış onam genital muayeneyi, kolposkopik görüntülemeyi, örnek alma ve tetkik aşamalarını içermeli; mağdura bu süreci istediği zaman durdurabileceği ya da bırakabileceği söylenmelidir (Kar ve Özdemir, 2018). Her işlem sırasında bilgi verilmeye devam edilmeli, kullanılacak materyaller bireye gösterilmeli (Kar ve Özdemir, 2018), bireyin izni

olmadan vücuduna dokunulmamalıdır (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Helman ve Clark, 2014).

- ✓ Saldırı sonrası bireyin ayrıntılı değerlendirme ve kanıt toplama işleminin tek bir kurumda yapılması, bireyin farklı kurumlarda travmayı tekrar tekrar yaşamasını engelleme için önemlidir (Yücel Beyaztaş ve ark., 2009; Temel ve Şişman, 2013; Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Tüm bulguların tespit edilebilmesi için önceden hazırlanmış standart formlar kullanılmalıdır (Celbis ve ark., 2004). Bu amaçla ülkemizde hekim tarafından doldurulan, Sağlık Bakanlığı formları içerisinde yer alan “Genel Adli Muayene Raporu” kullanılmaktadır (<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8312,adli-rapor-tanzimi-icin-rehberdoc.doc?0> Erişim tarihi: 01 Haziran 2019).
- ✓ Bireyin tıbbi geçmişi ve olayın oluş yeri, zamanı ve şekline ilişkin detaylı “adli sağlık” öyküsü alınmalıdır (Bulechec ve ark., 2017).
- ✓ Olay esnasında ejakülasyon ve prezervatifin olup olmaması ile oral, vajinal veya anorektal penetrasyon durumu (Kar ve Özdemir, 2018), olaydan olduğundan beri duş alıp almadığı, vajinal/rektal bölgenin yıkanıp yıkanmadığı (Bulechec ve ark., 2017), defekasyon ya da vajinal lavaj yapıp yapmadığı sorgulanmalı ve kaydedilmelidir (Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Ruhsal durumu, fiziksel durumu (giysileri, kirlilik, kalıntılar) ve sosyal durumu değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir (Özden ve Yıldırım, 2009).
- ✓ Kesik, morluk, kanama, yırtık, ekimoz, sıyrık, ısırık, ip izi ve diğer fiziksel yaralanma bulguları tespit edilerek kaydedilmelidir. Gerekirse ertesi gün ekimoz aranması için yeniden muayene edilmelidir (Celbis ve ark., 2004).
- ✓ Yaralar değerlendirirken yaranın elle ulaşılabilen alanlara uzaklığı, yaranın derinliği, yara izlerinin düzenli ya da düzensiz oluşu gibi bulgular göz önünde bulundurulmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009).
- ✓ Dış genital bölgeden başlayan hymen ve anüs muayenesini de içeren kapsamlı bir muayene yapılmalıdır (Celbis ve ark., 2004; Özden ve Yıldırım, 2009).
- ✓ Tecavüz prokolü uygulanmalıdır (Örn. Kökleri ile çekilerek çıkarılmış saç ve pubis kıl örneği, saldırgana ait kıl örneği için pubis taranarak elde edilen kıl örneği, vajen, anüs, ağız içi ve vücut sıvısıyla temas ettiği şüphesi bulunan

yerlerden sürüntü, tırnak arasında bulunması olası deri kalıntıları için tırnak numunesi, kan, idrar, tükürük örneği, gebelik testi için kan örneği, olaydan uzun zaman geçtiyse koryon ve amnion sıvısı örneği etiketleme ve saklama).

- ✓ Yasal kanıt için örnekler korunmalıdır. Hemşire, kanıtların korunması için; hasta giysilerini çıkarırken odada bulunmalı, giysilerin silkelmesini engellemeli, giysileri katlamamalı ve kıyafetin birbirinin üstüne gelecek kısımlarına kağıt yerleştirmelidir. Mağdurun ayakkabılarını çıkarmasını sağlamalı, giysilere eldivensiz dokunmamalıdır. Birey sedye ile getirilmişse üzerinde yattığı çarşaf da kanıt olarak korunmalıdır. Giysiler kağıt paketlere yerleştirilmeli; giysiler kesilerek çıkarılıyorsa dikiş boyunca kesilmeli ve “giysiler kesildi” şeklinde pakete ya da hasta dosyasına kayıt edilmelidir (Celbis ve ark., 2004; Özden ve Yıldırım, 2009). Kanıtların kaybolmaması için yaralar yıkanmamalı ve yapılan pansumanın atık sarf malzemeleri kanıt olarak saklanmalıdır. Islak veya nemli olan tüm kanıtlar paketlere yerleştirilmeden önce kurumaları beklenmelidir. Tüm kanıtlar yetkili kişilere teslim edilene kadar camlı, raflı ve kilitli bir dolapta saklanmalı ve teslim tutanak eşliğinde gerçekleştirilmelidir (Özden ve Yıldırım, 2009).
- ✓ Kanıtlar uygun koşullarda saklanmalıdır. Saldırıdan sonra 72 saat içinde tüm kanıtların toplanması ve biyolojik kanıtların 120 saat içinde incelenmesi gerekmektedir. DNA incelemesine tabi tutulacak örneklerin ilk 3 saatte +4 santigrat derecede soğuk zincir ile labotaruvara transfer edilmesi gereklidir (Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Aydınlatılmış onam doğrultusunda beta-HCG testi ve USG ile gebelik açısından kontrol edilmeli; gebeliği önlemek için acil kontrasepsiyon hakkında bilgi vermelidir. Gebelik testi negatif çıkan bireylerde, üç hafta içinde adet kanaması olmazsa gebelik testi tekrarı yapılması gerektiği bilgisi verilmelidir (Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017; Kar ve Özdemir, 2018).
- ✓ Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı profilaktik yedi günlük antibiyotik tedavisi önerilmelidir (Temel ve Şişman, 2013; Helman ve Clark, 2014; International

Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017).

- ✓ Human Immunodeficiency Virus (HIV)'den korunma için 24-72 saat içinde başlanan (Kar ve Özdemir, 2018) ve 28 gün süreli antiretroviral tedavi uygulanmaktadır. Saldırıdan sonraki 15 gün, 3-6-12. aylarda HIV testi yapılması gerektiği konusunda uygun şekilde bilgilendirilmelidir (Temel ve Şişman, 2013; Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017).
- ✓ Yaşanan krizin etkisiyle HIV, hepatit B, sfiliz ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların risklerinin farkında olunmaması, ilaç yan etkileri, ilaç kullanımının damgalanmayı ve saldırıyı hatırlatıcı etkisi nedenleriyle ilaç tedavisi reddedilebilmektedir. Mağdurun tedaviye uyumunu sağlamak için profilaksinin gerekliliği, ilaçların kullanımı ve olası yan etkileri anlatılmalı, mümkünse yazılı doküman olarak verilmelidir (Temel ve Şişman, 2013; Kar ve Özdemir, 2018)
- ✓ Son olarak kurum politikasına göre, hekim tarafından bireye durum bildirir adli raporu yazılmalı ve bir nüshası teslim edilmelidir (Celbis ve ark., 2004; Özden ve Yıldırım, 2009; Bulechec ve ark., 2017; Alpkan, 2018).

Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin öykü alma, kanıt toplanma ve tıbbi müdahale aşamalarından sonra vakit kaybetmeden kriz danışmanlığına alınması gerekmektedir. Cinsel şiddet mağdurlarıyla çalışan avukatlar, terapistler ve sosyal gruplar, dernekler hakkında bilgi vermelidir. Yaşanan olayın akabinde bireye, kriz danışmanlığı kapsamında 24-48 saat içinde telefonda duygusal durum değerlendirmesi yapılmalı ve en az iki, dört ve altıncı haftalarda yüzyüze bir araya gelinmelidir. Her görüşmede duygusal durumu, cinsel yolla bulaşan hastalık, gebelik, yasal süreçler konusunda bilgi ihtiyacı tekrar değerlendirmeli ve gerekli tedaviler konusunda teşvik edilmelidir (Temel ve Şişman, 2013; Gorman ve Sultan, 2014).

2.5.6. Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumuna İlişkin Yasal ve Etik Sorumluluklar

Cinsel suçlar insanın temel hak ve özgürlüklerine, bireysel özerkliğine ve bütünlüğüne yönelmiş en ağır fiziksel saldırı türlerinden biri olarak, TCK'da "Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar" başlığı altında (madde 102, 103, 104 ve 105) yer almaktadır. "Adliyeye

Karşı Suçlar” başlığı altında ise 278., 279. ve 280. maddeler suçun bildiriyle ilgili maddelerdir. Sağlık mesleği mensupları; adli bir olgu ile karşılaştıkları zaman, tıbbi müdahaleden sonra TCK’nın 280. maddesine göre adli makamlara (kolluk kuvvetlerine ya da Cumhuriyet Savcılığı’na ya da kamu hastanesi ise hastaneye) bildirmek zorundadır. Bildirimde bulunulmaz ya da bildirimde gecikme olursa bir yıla kadar hapis cezası söz konusudur (TCK, 2014).

Cinsel şiddete maruz kalmış bireyler, olaydan sonra uzun ya da kısa vadede, herhangi bir sağlık sorunu için muayene ve tedavisine ilişkin sağlık kurumuna başvurduğunda hastalığı ile ilgili bilgileri verirken, o zamana kadar kimseyle paylaşmadığı ancak bir hukuk davası söz konusu olduğunda kullanılabilir bazı bilgiler verebilir. Bu sebeple bu bilgiler muayene formu, hemşire gözlem formu, hastanın tıbbi dosyası gibi alanlara dikkatli bir şekilde kayıt edilmelidir. Konu adli makamlara taşındığında Ceza, aile ve hukuk mahkemeleri hastalara ait kayıtları talep etmekte ve “yasal süre içinde bilgi, belge ve tüm kayıtlar gönderilmezse adaleti geciktirmekten sorumlular hakkında yasal işlem başlatılacağı” belirtilmektedir. Ancak cinsel şiddete maruz kalmış birey 18 yaşından büyük, karar verme yetisi ve akli melekeleri yerinde ise, mağdurun onayı olmadan yasal bir işlem başlatılamaz ve mağdura tanıklık edilemez (Alpkan, 2018). Sağlık çalışanlarının tanıklıktan çekilme ya da tanık olmayı reddetme hakkı; özel hayatın mahremiyeti göz önüne alınarak bilgilerin gizli tutulmasına ilişkin Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 23. Maddesi gereğince; “Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilgilerin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir”. şeklinde ifade edilmektedir.

Yanı sıra hemşirelerin yasal süreçlerle ilgili olarak tavsiye niteliğinde olan Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin üye devletlere “Ruh Sağlığı Bozuk Olan Kişilerin Hakları ve Haysiyetlerinin Korunması ile İlgili” 10 sayılı tavsiye kararının “Gizlilik ve kayıtların tutulması ile ilgili” 13. Maddesi gereğince; “Ruh sağlığı bozuk bir kişiye ait olan şahsi bilgiler gizli kabul edilmelidir. Bu tür bilgilerin toplanması, işlenmesi ve aktarılması sadece profesyonel gizlilik kuralları çerçevesinde yapılır ve kişisel bilgiler

korunur” ilkesine uyması da önemlidir. Cinsel şiddete maruz kalmış bir birey sağlık kuruluşuna başvurduğunda; öncelikle acil tıbbi bir müdahaleye gereksinimi olup olmadığı değerlendirilmelidir. Acil bir tıbbi durum varsa müdahalesi yapılarak, kayıtları ayrıntılı şekilde tutularak ve gerekirse konsültasyonları istenerek hastane polisine bilgi verilmelidir. Acil bir durum yoksa bireye bu durumun adli bir olgu olma sebebiyle hastane kolluk görevlilerine ya da savcılığa bilgilendirme zorunluluğu açıklanmalıdır. Bireyin adli sürecin başlatılıp başlatılmamasına karar vermesine yardımcı olmak için yasal ve sosyal hakları açısından bilgilendirilmelidir. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) ve konuk evleri hakkında bilgi verilmelidir. Bireyin bildirim konusunda onayı alındıktan sonra hastane polisine bilgi verilmeli, “ALO 183” aranarak bireyin ŞÖNİM aracılığıyla mağdur koruma sistemine dahil edilmesi sağlanmalıdır (Erim ve Öncü, 2014).

ŞÖNİM 81 ilde hizmet veren, “Şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin bir biçimde uygulanmasına yönelik güçlendirici ve destekleyici danışmanlık, rehberlik, yönlendirme ve izleme hizmetlerinin verildiği, yeterli ve gerekli personelin görev yaptığı ve tercihen kadın personelin istihdam edildiği, çalışmaların yedi gün yirmi dört saat esasına göre yürütüldüğü merkezler”dir (T.C. Resmi Gazete. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik 17 Mart 2016. Sayı: 29656). ŞÖNİM’e başvurular, yetkili makam veya merci tarafından verilen koruyucu veya önleyici tedbir kararı, şiddete maruz kalmış bireylerin bizzat başvurusu veya şikâyeti, üçüncü kişilerin ihbarı doğrultusunda ulaşılan kişinin şikâyeti, Cumhuriyet savcılığı, kamu kurum ve kuruluşları, meslek kuruluşları, gerçek ve tüzel kişiler ile sivil toplum kuruluşlarının bildirim ve Alo 183’e gelen çağrılar üzerinden olmaktadır. Sunulan hizmetler;

- **Koordinasyon hizmeti:** Başvuruların ve tedbir kararlarının alınması, görev alanındaki tüm bilgilerin sisteme işlenmesi, değerlendirilmesi ve izlenmesi için kurumlar arası iş birliğinin sağlanması,
- **Psiko-sosyal destek hizmeti:** Şiddet mağduru ve beraberindeki çocuklar ile görüşme yapılması, raporların hazırlanması, uygun görülen hizmetlerin sunumu ile sorunun çözümüne ilişkin rehberlik hizmetlerinin ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla koordineli bir biçimde yürütülmesi ve sonuçların izlenmesi,

- **Hukuki destek hizmeti:** Şiddet mağduruna ve beraberindeki çocuklarına Kanun kapsamında gerekli hukuki desteğin sağlanması veya baroların ilgili birimlerine yönlendirme yapılması ile müdahil olunan davaların takibi,
- **Eğitim ve mesleki destek hizmeti:** Şiddet mağduruna rehberlik yapılması ve ilgili kuruma yönlendirilmesi,
- **Sağlık destek hizmeti:** Basit sağlık müdahalesine ihtiyaç duyan şiddet mağdurları ve beraberindeki çocukların ihtiyaçlarının karşılanması ile gerekli destek ve yönlendirmenin yapılması,
- **Ekonomik destek hizmeti:** Şiddet mağduru ve beraberindeki çocuğun ekonomik olarak güçlendirilmesi için ilgili mevzuat kapsamında maddi yardım ödemelerinin yapılması ve takibi ile istihdam edilmesi konusunda desteklenmesi ve beraberindeki çocuklarına kreş hizmeti sunulması,
- **Müdahale ve yönlendirme hizmeti:** Çağrı hatlarına gelen ve ŞÖNİM'e iletilen başvuruların alınması, ihtiyaç ve talep doğrultusunda ilgili kurum ve kuruluşlarla iletişime geçilerek yönlendirme yapılması,
- **Önleyici hizmet:** Şiddetin önlenmesine ilişkin toplumsal bilinçlendirme ve farkındalık çalışmalarının yapılmasıdır.

ŞÖNİM'de çalışan hemşirenin/sağlık memurunun görev ve yetkileri şunlardır;

- Sağlık desteğine ihtiyacı olan şiddet mağdurları ve beraberindeki çocukların acil ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ilgili sağlık görevlisi veya sağlık kuruluşu ile iletişim kurmak,
- Bulaşıcı bir hastalıktan kuşkulandığı hallerde kişiyi derhal ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirmek ve müdüre haber vermek,
- Şiddet uygulayan hakkında tedbir kararlarının uygulanmasını izlemek,
- Cinsel şiddet mağdurları hakkında alınacak rapor öncesinde delillerin kaybolmaması için gerekli tedbirleri almak, sağlık kuruluşlarında yapılacak ilk müdahalelerde ve gerekli görülen hâllerde şiddet mağdurlarına refakat etmek (T.C. Resmi Gazete. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik 17 Mart 2016. Sayı: 29656).

Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle akut dönemde acil servislerde karşılaşılabilirdiği gibi, uzun dönemde ikincil bir sorun veya adli izlem için psikiyatri kliniklerinde karşılaşılabilir. Hastanın cinsel şiddet iddiasından emin olabilmek için öncelikle bu durumun hastanın düşünce yapısını bozan psikiyatrik bir bozukluktan kaynaklanıp kaynaklanmadığı araştırılmalıdır. Yanı sıra psikotik bir hastanın da cinsel şiddete uğramış olabileceği de unutulmamalıdır. Bu durumu ayırt edebilmek için veri toplarken kaynak çeşitliliğine gidilmeli, olabildiğince farklı kaynaktan bilgi toplanmalıdır. Hastanın beyanı, sosyal hizmetlerden alınacak sosyal inceleme raporu, konsultasyon sonuçları, hasta yakınlarından edinilecek bilgiler, hastayla yapılan görüşmeler, hastanın klinik içi davranış, tutum, diğer hastalarla ilişkisinin gözlemlenmesi yoluyla birlikte değerlendirilmelidir (Erim ve Öncü, 2014).

Cinsel şiddete maruz kalan bireylerle çalışmak yasal sorumluluklar kadar etik sorumlulukların da farkında olunmasını gerektirir. Hemşirelik bakımı süresince, hastanın hakları, değerleri ve beklentileri ile hemşirenin mesleki değerlerinin, kendisinden beklenenlerin ve kendi değerlerinin çatışmadığı bir ortam oluşabilmektedir. Hemşirelik mesleğinde uygulanması gereken uluslararası alanda kabul görmüş etik ilkeler ve etik kodlar, hemşirenin mesleğinde davranış ve sorumluluklarını belirleyerek, uygulamalarda tutarlılık ve dinamiklik sağlamaktadır (Utlu, 2016). Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken etik kök değerler olan zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik ilkelerine uymaları gerekmektedir (Türk Hemşireler Derneği, 2009; Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Bu kök değerler kapsamında hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken uyması etik ilkeler şunlardır;

- “Bakım verdiği bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik, bilgi eksikliği ya da ihmal kaynaklı zarar görmesini önlemeye ve güvenliği sağlamaya yönelik önlemler almalı,
- Bireylerin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurmalı, doğru, yeterli ve sosyokültürel düzeyine uygun bilgilendirmelerini sağlamalı,
- Bireyin kendisi dışında, bilgilendirilmesini istediği kişileri belirlemesine, tedaviyi reddetme hakkına, yasal bildirimden vazgeçmesi durumunda kararına ve

seçme hakkına saygı göstermelidir (Türk Hemşireler Derneği, 2009; Erim ve Öncü, 2014). Bu kapsamda bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren tüm uygulamalar öncesinde bireyin sözlü ve/veya yazılı onamını almalı,

- Tüm insanların eşit haklara sahip olduğu bilinci ile bireyler arasında ırk, dil, din, yaş, cinsiyet, inanç, sosyal ve ekonomik durum ve siyasi görüş ayrımı gözetmeksizin hizmet verirken bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zaman, emek ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlamalı,
- Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunmasını sağlamalı; kendisi ya da ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece, bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşmamalı,
- Hasta kayıtlarının gizliliğine özen göstermeli ve kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engelleyici önlemler almalı,
- Bildirimi zorunlu olan durumlarda, bildirim nedeniyle oluşabilecek zararlardan bireyi koruyucu önlemler almalı; bakım verdiği bireylere gizliliğin sınırları ve hangi durumlarda gizlilik ilkesine uyulacağı hakkında ön bilgi vermelidir” (Türk Hemşireler Derneği, 2009; Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Cinsellik ve cinsel şiddete ilişkin hemşireler tarafından ortaya konulan tanımsal zeminin, cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken şiddeti tanıma, algılama ve anlamlandırabilme, riskleri değerlendirme, tanılama ve müdahale planı açısından hemşirelerin önemli bir donanımı olarak düşünülebilir. Bu nedenle CŞMK bireylerle çalışırken gerek hemşirelerin gerek hastaların cinselliği ve cinsel şiddeti tanımlama ve anlamlandırma biçimlerinin dikkate alınması önemlidir. Bununla birlikte cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik öykü alma, kanıt toplama ve kanıtları koruma, konuya özel bilgi ve donanım gerektiren müdahaleler olup; her bir aşamada iletişim ve görüşme becerilerini kullanmayı, yasal ve etik sorumluluklar doğrultusunda hareket etmeyi gerektirir.

Ülkemizde cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri konusunda herhangi bir prosedür veya rehberle rastlanamamıştır. Bireylerin şiddet yaşantısının tanınması, riskin devamlılığı ve yeni risklerin değerlendirilmesi, bireyin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi yoluyla gerekli önlemlerin alınması ve yol haritalarının belirlenmesi için prosedür veya rehberlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu rehberlerin kapsamının belirlenmesi için öncelikle psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin müdahalelerinin saptanması, gerek müdahaleleri üzerinden gerek kendi ifade ettikleri bilgi gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda bu bireylerle çalışan alandaki hemşireleri güçlendirilmesinin ve desteklenmesinin önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin CŞMK bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın ana sorusu “Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleri nelerdir?” olarak belirlenmiştir. Ancak hemşirelerin bilgi gereksinimlerini daha derinlemesine ortaya çıkarmak için ana sorunun yanı sıra hemşirelerin algıları ve müdahalelerinin de bilgi gereksinimini ortaya koymada önemli olduğu düşüncesinden yola çıkarak araştırmanın ana sorusuna hizmet eden alt sorular oluşturulmuştur. Bu sorular;

1. Hemşireler cinselliği nasıl tanımlamaktadır?
2. Hemşireler cinsel şiddeti nasıl tanımlamaktadır?
3. Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumu ve cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumu nasıl betimlemektedir?
4. Hemşirelerin bireyden öykü almada müdahaleleri ve bilgi gereksinimleri nelerdir?
5. Hemşirelerin bireyden kanıt toplama ve kanıtların değerlendirilmesine ilişkin müdahaleleri ve bilgi gereksinimleri nelerdir?
6. Hemşirelerin girişimlerine karar vermeye ilişkin müdahaleleri ve bilgi gereksinimleri nelerdir?
7. Hemşirelerin iletişim ve görüşme becerilerine ilişkin müdahaleleri ve bilgi gereksinimleri nelerdir?
8. Hemşirelerin yasal ve etik sorumluluklara ilişkin müdahaleleri ve bilgi gereksinimleri nelerdir?
9. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışma konusunda beklenti önerileri nelerdir?

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, nitel araştırma türlerinden bütüncül çoklu desenli bir durum çalışmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Haziran 2016 - Eylül 2017 tarihleri arasında Antalya'da, yataklı servisleri bulunan üç kamu hastanesinin psikiyatri kliniklerinde yapılmıştır. Bu klinikler, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Antalya Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kepez Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'dir.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yedi hemşire ve bir sorumlu hemşire görev yapmaktadır. İş akış şemalarına göre, hastalarla işe yönlendirme toplantısı, günaydın toplantısı, servis genel düzeni, spor saati, gezi saati, uğraşı etkinliği, okuma saati, sinema saati ve tatlı perşembe faaliyetleri hemşireler tarafından yürütülmektedir. Hemşireler hastanın ilk yatışında hastayı tanıtıcı kısa bir öykü almaktadırlar. Alınan bu öykü hemşire gözlem formuna konulmaktadır. Hemşirelerin klinikte hastalarla ilgili gözlemlerini aktardığı kliniğe ait Hemşire Günlük Gözlem Formu, Hemşire İzlem, Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu (Fiziksel Durum Değerlendirmesi, Ruhsal Durum Değerlendirmesi, Fonksiyonel Durum Değerlendirmesi, Kısıtlama İhtiyacı, Taburculuk İhtiyaç/Risklerinin Değerlendirilmesi ve Taburculuk Planlanması), Kısıtlama Altındaki Hasta Takip Formu, Hasta ve Yakınlarının Eğitim Formu ve Servis Kuralları formları kullanılmaktadır. Cinsel şiddet durumlarına özel bir hemşirelik protokolü ya da uygulaması bulunmamaktadır. Gözlemler genellikle 16-24 ve 24-08 şift'lerinde yazılmaktadır. Klinikte yürütülen hasta vizitleri ayrı bir odada hekim, klinik sorumlu hekimi, klinik sorumlu hemşiresi, asistanlar, internler ve uygulama döneminde ise hemşirelik öğrencileri katılımıyla yürütülmektedir. Klinikte doktor odası, sorumlu hemşire odası, hemşire odası, iki görüşme odası, uğraşı odası, bir ziyaret odası ve tedavi odası bulunmaktadır.

Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde beş hemşire ve bir sorumlu hemşire görev yapmaktadır. Klinikte hemşireler Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama ve İzlem Formu (Hemşire Notları, Sistem Tanımlaması, Takip ve Tedavi Formu) ve Ziyaret Notları

adlı formları kullanmaktadırlar. Cinsel şiddet durumlarına özel bir hemşirelik protokolü ya da uygulaması bulunmamaktadır. Psikiyatri kliniklerine özgü planlı hemşirelik faaliyetleri bulunmamaktadır. Klinikte doktor odası, psikolog odası, bir hemşire odası ve onun iç kısmında, içinde ilaç - sarf malzemelerinin olduğu küçük bir odası bulunmaktadır. Hasta vizitleri hasta başında yapılmaktadır.

Antalya Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde sorumlu hemşire ile birlikte 11 hemşire görev yapmaktadır. Bunlardan üç tanesi aynı zamanda hafta içi Kepez Aşır Aksu Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışmaktadır. Klinikte ise nöbet tutmaktadırlar. Klinikte, psikiyatri kliniklerine özgü planlı hemşirelik faaliyetleri bulunmamaktadır. Klinikte hemşireler Hemşirelik Hizmetleri Anamnez Formu, Hasta Sevk Formu, Hemşire Gözlem Formu, Hasta İzin Formu, Hasta Fiziksel Kısıtlama Formu, Hasta ve Refakatçi Bilgilendirme Formu ve Hasta Eğitim ve Taburcu Formu kullanılmaktadır. Cinsel şiddet durumlarına özel bir hemşirelik protokolü ya da uygulaması bulunmamaktadır. Klinik içerisinde hekimlerin görüşmelerini yürüttükleri bir görüşme odası vardır. Hasta vizitleri hasta başında yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Özellikleri

Araştırmanın örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bu araştırmaya katılacak hemşirelerin seçiminde, psikiyatri kliniğinde çalışıyor olma temel ölçüt olarak belirlenmiştir. Bu temel ölçüt uyarınca araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Kepez Aşır Aksu Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan toplam 25 hemşire oluşturmuştur. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan yedi hemşire, Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan beş hemşire ve Antalya Kepez Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan beş hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmanın örneklemini alınma ölçütlerine uyan toplam 17 hemşire oluşturmuştur. Bu araştırmada dışlama ölçütü kullanılmamıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütü

- Gönüllü olma
- En az iki aydır meslekte çalışıyor olma
- Psikiyatri kliniğinde çalışıyor olma

Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelere ait sosyodemografik ve mesleki özellikler Tablo 3.1’de verilmiştir. Metin içinde hemşireleri ifade etmek için H1, H2, H3,.. H17 şeklinde kodlar kullanılmıştır. Hemşirelerin yaş aralığı 43 ± 13 ’tür. Hemşirelerin 15’i kadın, ikisi erkektir. Hemşirelerin 15’i evli, ikisi bekarıdır. Hemşirelerin biri yüksek lisans, 12’si lisans, üçü önlisans ve biri lise mezunudur. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalama 18 ± 9 yıl ve psikiyatri kliniğinde çalışma süresi ortalama $12,5 \pm 11,5$ yıldır. Hemşirelerin üçü klinik sorumlu hemşiresi ve 14’ü klinik hemşiresidir.

- Tablo 3.1’de hemşirelerden biri cinsel şiddet konusunda eğitim aldığını ifade ederken, 16’si eğitim almadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin 13’ü cinsel şiddete maruz kalmış ya da maruz kalma şüphesi olan bireyle karşılaştığını ifade ederken, dördü karşılaşmadığını ifade etmiştir. Hemşirelerden dokuzu bu bireylerle psikiyatri kliniğinde karşılaştıklarını, ikisi psikiyatri kliniği ve acil serviste karşılaştığını, birisi psikiyatri kliniği ve çocuk cerrahi kliniğinde karşılaştığını ve birisi acil serviste çalışırken karşılaştığını ifade etmiştir. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireye ilişkin karşılaştığı olgu sayısı 1-2 ile 7-8+ arasında olarak ifade edilmiştir. Hemşirelerin altısı çalıştıkları kurumda cinsel şiddete maruz kalmış bireylere ilişkin talimat prosedür olmadığını ifade ederken, 11’i bu konu hakkında bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin tamamı çalıştıkları kurumda cinsel şiddete maruz kalmış bireyleri değerlendirmeye özgü form bulunmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.1. Hemşirelere ait sosyodemografik ve mesleki özellikler

Kod	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Meslekte Çalışma Süresi	Klinikte Çalışma Süresi	Çalışma Pozisyonu	Cinsel şiddet konusunda eğitim alma durumu / eğitimin katkısı	ÇŞMK bireyle / şüphesi olan bireyle karşılaşma durumu	Karşılaşılan klinik	Karşılaşılan olgu sayısı	Kurumda ÇŞMK bireylere ilişkin talimat prosedür varlığı	Kurumda ÇŞMK bireylere özgü formun varlığı
H1	48	Kadın	Evli	Önlisans	25 yıl	14 yıl	Sorumlu H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	7-8 +	Yok	Yok
H2	37	Kadın	Evli	Lisans	15 yıl	7 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	7-8 +	Yok	Yok
H3	30	Kadın	Evli	Lisans	9 yıl	1 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	3-4	Yok	Yok
H4	38	Kadın	Bekar	Lisans	16 yıl	6 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	5-6	Bilmiyor um	Yok
H5	38	Kadın	Evli	Lisans	18 yıl	5 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	5-6	Bilmiyor um	Yok
H6	37	Kadın	Evli	Lisans	16 yıl	2 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	1-2	Yok	Yok
H7	39	Kadın	Evli	Önlisans	20 yıl	8 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	5-6	Bilmiyor um	Yok
H8	47	Kadın	Evli	Lisans	25 yıl	4 yıl	Sorumlu H	Hayır	Evet	Psikiyatri K./Acil S.	3-4	Yok	Yok
H9	36	Kadın	Evli	Lise	15 yıl	2 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K./Acil S.	7-8 +	Yok	Yok
H10	56	Kadın	Evli	Önlisans	25 yıl	4 yıl	Klinik H	Hayır	Hayır	-	-	Yok	Yok
H11	46	Kadın	Evli	Lisans	27 yıl	2 yıl	Klinik H	Hayır	Hayır	-	-	Yok	Yok
H12	41	Kadın	Evli	Lisans	21 yıl	2 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K./Çocuk Cer. K.	5-6	Bilmiyor um	Yok
H13	39	Kadın	Evli	Y.Lisans	19 yıl	2 yıl	Sorumlu H	Kısmen	Evet	Acil servis	1-2	Yok	Yok
H14	44	Erkek	Evli	Lisans	25 yıl	20 yıl	Klinik H	Hayır	Hayır	-	-	Bilmiyor um	Yok
H15	45	Kadın	Evli	Lisans	27 yıl	8 yıl	Klinik H	Hayır	Hayır	-	-	Bilmiyor um	Yok
H16	43	Kadın	Bekar	Lisans	25 yıl	24 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	3-4 kez	Yok	Yok
H17	40	Erkek	Evli	Lisans	10 yıl	6 yıl	Klinik H	Hayır	Evet	Psikiyatri K.	1-2 kez	Yok	Yok

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında bireysel derinlemesine görüşme yöntemi ve odak grup görüşmesi yöntemi kullanılmıştır. Bireysel derinleme görüşmelerde yarı yapılandırılmış Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Görüşmesi Formu (Ek-1), odak grup görüşmelerinde ise Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Odak Grup Görüşmeleri Formu (Ek-2) kullanılmıştır.

Hemşire Bilgi Formu

Hemşire Bilgi Formu (Ek-3), hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren üç soru ve mesleki özelliklerini içeren 10 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Bireysel Derinlemesine Görüşme

Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Görüşmesi Formu yarı yapılandırılmış olup, derinlemesine bireysel görüşmeler sırasında araştırmacıya rehber olması amacıyla literatür (Taylor, 2002; Onat Bayram ve ark., 2009; Özden ve Yıldırım, 2009) doğrultusunda hazırlanmıştır. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik algılarını ve hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Formda;

- Hemşirelerin cinsellik ve cinsel şiddeti tanımlama biçimlerine ilişkin iki soru,
- CŞMK bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili metaforlarını ve bu bireylerle çalışmaya ilişkin metaforlarını ortaya çıkarmak için iki soru,
- CŞMK bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ve bilgi gereksinimlerine ilişkin altı soru,
- CŞMK bireylerle çalışma konusunda beklenti ve önerilerine ilişkin bir soru olmak üzere; toplam 11 soru bulunmaktadır.

CŞMK bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri ve bu konudaki bilgi gereksinimlerini derinlemesine ortaya koymak için literatür bağlamında oluşturulan altı alt soru, öykü alma, kanıt toplama, bireyin gereksinimlerini belirleme, hemşirelik girişimlerine karar verme, iletişim ve görüşme becerileri, yasal ve etik boyuttaki sorumluluklara yöneliktir. Hemşirelerin zihinlerinde var olan ve ilk akla gelen bilgileri ifade etmeleri amacıyla bu

altı alana ilişkin, öncelikle müdahaleleri hemen ardından da bilgi gereksinimleri sorulmuştur.

Odak Grup Görüşmesi

Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Odak Grup Görüşmeleri Formu çalışmanın iç geçerliğini artırmak ve derinliğini sağlamak için kullanılmıştır. Formda;

- CŞMK bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerini belirlemek için bir temel soru,
- Bilgi gereksinimlerini derinlemesine ortaya koymak için literatür bağlamında oluşturulan konular (öykü alma, kanıt toplama, bireyin gereksinimlerini belirleme, hemşirelik girişimlerine karar verme, iletişim ve görüşme becerileri, yasal ve etik boyuttaki sorumluluklar) çerçevesinde hem müdahale hem de bilgi gereksinimlerini belirlemek için altı alt soru,
- CŞMK bireylerle çalışma konusunda beklenti ve önerilerine ilişkin bir soru olmak üzere; toplam 8 soru bulunmaktadır.

3.5. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması araştırmacı tarafından, soruların anlaşılabilirliğinin ve işlerliğinin değerlendirilmesi amacıyla her kurumdan birer sorumlu hemşire ve bir klinik hemşiresi olmak üzere dört hemşire ile yapılmıştır. Hemşirelerden öncelikle sözel onamı, akabinde “Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek 4) aracılığıyla yazılı onamı alınarak Hemşire Bilgi Formu’nu doldurmaları istenmiş ve bireysel derinlemesine görüşmeye geçilmiştir. Bireysel derinlemesine görüşme ve formların doldurulması (bilgi formu ve onam formu) ayrı bir odada gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formlarından hemşire bilgi formunun doldurulması beş dakika; bireysel derinlemesine görüşme ise ortalama 20 dakika sürmüştür.

Görüşmeler bittikten sonra dört katılımcıdan anlaşılmayan, açık olmayan herhangi bir soru olup olmadığı konusunda değerlendirme yapılması istendiğinde olumsuz bir yanıt

alınmamıştır. Bu sebeple ön uygulama sonucunda sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamış ve ön uygulamaya katılan hemşireler örnekleme dahil edilmiştir.

3.6. Uygulama

Bireysel Derinlemesine Görüşme

Bireysel derinlemesine görüşme öncesi yapılan ön görüşmede, hemşirelere, “yarı yapılandırılmış görüşmenin ne olduğu”, “görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı kullanılacağı” ve “araştırma” ile ilgili açıklama yapılmış ve hemşirelerin uygun olduğu, iş yoğunluğunun olmadığı gün ve saatler belirlenerek, her bir hemşireye randevu verilmiştir. Belirlenen tarihte ve saatte hemşirenin yazılı aydınlatılmış onamı alınarak “Hemşire Bilgi Formu” nu doldurması istenmiş ve bireysel derinlemesine görüşmeye geçilmiştir. Görüşmeler, sessiz, sakin ve katılımcının dikkatini dağıtmayacak şekilde ayrı bir odada, yüz yüze yapılmıştır. Her bir hemşire ile yarı yapılandırılmış görüşme formu doğrultusunda, yüz yüze, ortalama 15-20 dakika süren bireysel görüşme yapılmıştır. Bireysel görüşmeler Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, kliniğin yoğunluğuna ve odaların uygunluk durumuna göre, sorumlu hemşirenin odasında, hemşire odasında ve kliniğin görüşme odasında birebir gerçekleştirilmiştir. Çalışma masanın etrafında 90 derecelik açıyla oturulmuş, ses kayıt cihazı masanın üzerinde iki kişiye eşit mesafede bırakılmıştır. Görüşme bölünmeden sessiz bir ortamda sürdürülerek tamamlanmıştır.

Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde bireysel görüşmeler hemşire odasının içinde yer alan ilaç-sarf malzemelerinin depolandığı küçük bir odada yapılmıştır. Oda içerisinde ortada bir masa, etrafında dört sandalye bulunmaktadır. Etrafında ise malzeme rafları ve soğuk zincir ilaçların saklandığı bir mini buzdolabı bulunmaktadır. Bireysel görüşme bu masada karşılıklı yüz yüze oturarak gerçekleştirilmiş olup, ses kayıt cihazı iki kişiye eşit mesafede bırakılmıştır.

Antalya Kepez Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde bireysel görüşmeler kliniğin yoğunluğuna ve odaların uygunluk durumuna göre, hemşire odasında ve hemşire odasının karşısında yer alan hekimlere ait olan görüşme odasında yapılmıştır. Görüşme odasında çalışma masası ve karşısında iki sandalye bulunmaktadır. Araştırmacı bilgisayar tarafına, katılımcı danışan tarafında oturarak konumlanmıştır. Ses kayıt cihazı

iki kişiye eşit mesafede masanın üzerine bırakılmıştır. Hemşire odasında ise geniş bir toplantı masasında karşılıklı oturularak görüşme yapılmış, ses kayıt cihazı eşit mesafede masanın üzerine bırakılmıştır.

Odak Grup Görüşmesi

Bireysel derinlemesine görüşme süreci tamamlandıktan sonra, araştırmanın iç geçerliliği ve güvenilirliği amacıyla iki adet odak grup görüşmesi yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde odak grup görüşmesi altı hemşire, araştırmacı ve tez danışmanının katılımı ile yapılmış; bir hemşire doğum izninde olduğu için grup görüşmesine katılamamıştır. Odak grup görüşmesi için klinik içindeki bir görüşme odasında, sandalyelerden yuvarlak bir oturma düzeni hazırlanmış ve ortasına ses kayıt cihazının bulunduğu bir sehpa konulmuştur. Görüşme tez danışmanı tarafından yürütülmüştür. Araştırmacı gözlemci olarak katılmış, her bir hemşireye harf kodu vererek (A,B,C,D,E,F) oturma düzenlerini kağıt üzerinde şematize etmiş ve ses kayıtlarının transkriptinde kolaylaştırıcı olacak şekilde notlar almıştır.

Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde odak grup görüşmesi üç hemşire, araştırmacı ve tez danışmanının katılımı ile yapılmış; bir hemşire başka bir hastaneye nakil, bir hemşire raporlu olma sebebiyle grup görüşmesine katılamamışlardır. Odak grup görüşmesi “bireysel derinleme görüşme” aşamasında tanımlanan odada yapılmıştır. Araştırmacı gözlemci olarak katılmış, her bir hemşire harf kodu (G,H,J) vererek oturma düzenlerini kağıt üzerinde şematize etmiş ve ses kayıtlarının transkriptinde kolaylaştırıcı olacak şekilde notlar almıştır. Bu kodlamalar daha sonra harf sayı (H1, H2,...H17) koduna dönüştürülerek bulgulara kullanılmıştır. Antalya Eğitim Araştırma Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde bir hemşire başka bir şehre, bir hemşire başka hastaneye nakil olma ve üç hemşire günlük programları nedeniyle mesai saati dışında, grup için bir araya gelmek istememeleri nedeniyle odak grup görüşmesi yapılamamıştır.

Bireysel ve odak grup görüşmelerinde veri kaybı olmaması amacıyla ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Odak grup görüşmelerine ses kayıt cihazıyla alınan verilerin çözümlenmesi sürecinde hangi sesin kime ait olduğu konusunda karışıklık yaşanmaması için ses kaydının yanı sıra tez danışmanı gözlemci olarak katılmış olup, her bir hemşire harf ile kodlanarak yazılı kayıt tutulmuştur. Bu kayıtlı ifadelerin çözümlenmeleri,

araştırmacı tarafından bireysel görüşmelerin hemen ardından metne dökülmüş ve araştırmada verilerin çözümlenmesi sürecinde kullanılmıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği’nden, (Ek-5), Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği aracılığı ile Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimliği’nden (Ek-6) ve Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği’nden (Ek-7) yazılı kurumsal izin alınmıştır.

Etik kurul onayı için, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul’undan (10.03.2016 tarih, 2016-024 kod, 75/4 karar no) onam alınmıştır (Ek-8). Araştırmanın uygulama aşamasında hemşirelere araştırma hakkında açıklayıcı bilgi verilmiş; araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden “Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” aracılığıyla yazılı onam alınmıştır (Ek-4).

3.8. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen verilerin analizinde tematik, betimsel ve içerik analizi yöntemleri kullanılmıştır. Veri kaybının yaşanmaması, kodlar, kategoriler ve temalar arasındaki ilişkileri daha açık ifade edebilmek için nitel çalışmalarda yaygın olarak kullanılmakta olan Nvivo 10 nitel veri analiz yazılımı kullanılmıştır. Verilerin analizinde araştırmacı tarafından transkript edilen görüşme metinleri Nvivo programına aktarılmıştır. Transkript edilen her bir görüşmeye H1, H2, H3,..., H17 şeklinde kodlar verilmiştir. Bu çalışma aşağıdaki işlem basamaklarına göre yürütülmüştür.

- 17 hemşire yapılan bire bir görüşmeler ile iki ayrı odak grup görüşmesi metinleri araştırmacı tarafından analiz edilerek taslak kod ve kategoriler oluşturulmuş, tez danışmanı ile bu kodlar ve kategoriler üzerinden geçilerek değişiklikler yapılmış ve bu taslak kod ve kategoriler Nvivo programına aktarılmıştır.
- Elde edilen kodlar, görüşme formu geliştirilirken kullanılan kavramsal çerçeve doğrultusunda belirlenen ana temalar altına kodlanmıştır.
- Kodlar, temalar ve kategoriler yeniden gözden geçirilip analizler tamamlanmıştır. Çalışmanın geçerliği ve güvenilirliği açısından görüşme verilerinin analizi, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından yapılmıştır.

- Ulaşılan temaların, katılımcıların ifade etmek istediklerini gerçekçi olarak yansıtıp yansıtmadığına ilişkin, veri kaynaklarından olan ve uygunluk görüşü vermeyi kabul eden bir sorumlu ve bir klinik hemşiresinden katılımcı teyidi alınmıştır.
- Kodlayıcılar arasında güvenirlığın test edilmesi için araştırma konusunda bilgi sahibi olmayan psikiyatri hemşireliğinde uzman bir kişi belirlenen temalara göre eşleştirme yapmıştır. Kodlayıcılar arası Kappa değerine SPSS programı kullanılarak bakılmıştır (Landis ve Koch, 1977) .
- Kappa katsayısının 0.0 ile .20 arasında olması uyumun olmadığı, .21 ile .40 arasında olması orta düzeyde bir uyumun olduğu, .41 ile .60 olması çoğunlukla uyumun olduğu, .61 ile .80 arasında olması önemli düzeyde bir uyumun olduğu ve .81 ile 1.0 arasında olması mükemmel bir uyumun olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Landis ve Koch, 1977). Yapılan tutarlılık oranı hesaplaması sonucuna göre Kohen kappa katsayısının aritmetik ortalaması .96 olarak bulunmuştur. Buna göre değerlendiriciler arasında mükemmel düzeyde bir uyumun olduğu görülmüş ve kodlamaların güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

3.9. Geçerlik ve Güvenirlik

Araştırmanın iç geçerliğini (inandırıcılığını) artırmak için birden fazla veri toplama yöntemi (bireysel görüşme ve odak grup görüşmesi) kullanılmıştır. Görüşme formu geliştirilirken ilgili alanyazın incelemesi sonucunda konu ile ilgili kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Bu kavramsal çerçevede hazırlanan sorular ana temaları oluşturmuş; içerik analizinde temalar ve temaları oluşturan alt temaların kendi aralarındaki ilişkisi ile her bir temanın diğerleriyle ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanmıştır. Ek olarak toplanan verilerden ulaşılan sonuçlar ve yorumların katılımcıların ifade etmek istediklerini gerçekçi olarak yansıtıp yansıtmadığına ilişkin, veri kaynaklarından olan ve uygunluk görüşü vermeyi kabul eden bir sorumlu ve bir klinik hemşiresinden katılımcı teyidi alınmıştır.

Araştırmanın iç geçerliğini artırmak amacıyla üçüncü bir yöntem olarak doküman analizi yöntemi kullanılması düşünülmüştür. Bunun için hemşirelerin kullandığı formlar incelenmiştir. Ancak doğrudan cinsel şiddete maruz kalmayla ilgili herhangi bir form ya

da hemşirelere ait kullanılan formlarda herhangi bir alan olmadığı görülmüş ve bu durum hemşireler tarafından da ifade edildiği için doküman analizi yönteminin bu çalışmada kullanılmasından vazgeçilmiştir.

Araştırmanın dış geçerliğini (aktarılabiliğini) artırmak için amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği kullanılarak katılımcılarla görüşmeler yapılmıştır. Bununla birlikte araştırma süreci, bu süreçte yapılanlar ve yaşananlar ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı, veri toplama süreci, verilerin çözümlenmesi ayrıntılı bir biçimde açıklanmış ve analiz süreçlerinde alanyazında yapılmış konu ile ilgili araştırmalarla yapılan karşılaştırmalarla analitik genelleme yapılmıştır.

Araştırmanın iç güvenirliliğini (tutarlılığını) artırmak için bulguların tamamı metin içinde yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Ayrıca görüşmede elde edilen veriler üzerinde kodlamalar yapılmış ve her bir uzman tarafından oluşturulan temaların eşleşip eşleşmediğine bakılmıştır. Analiz sonucunda görüşlerin yüksek düzeyde eşleştiği belirlenmiştir.

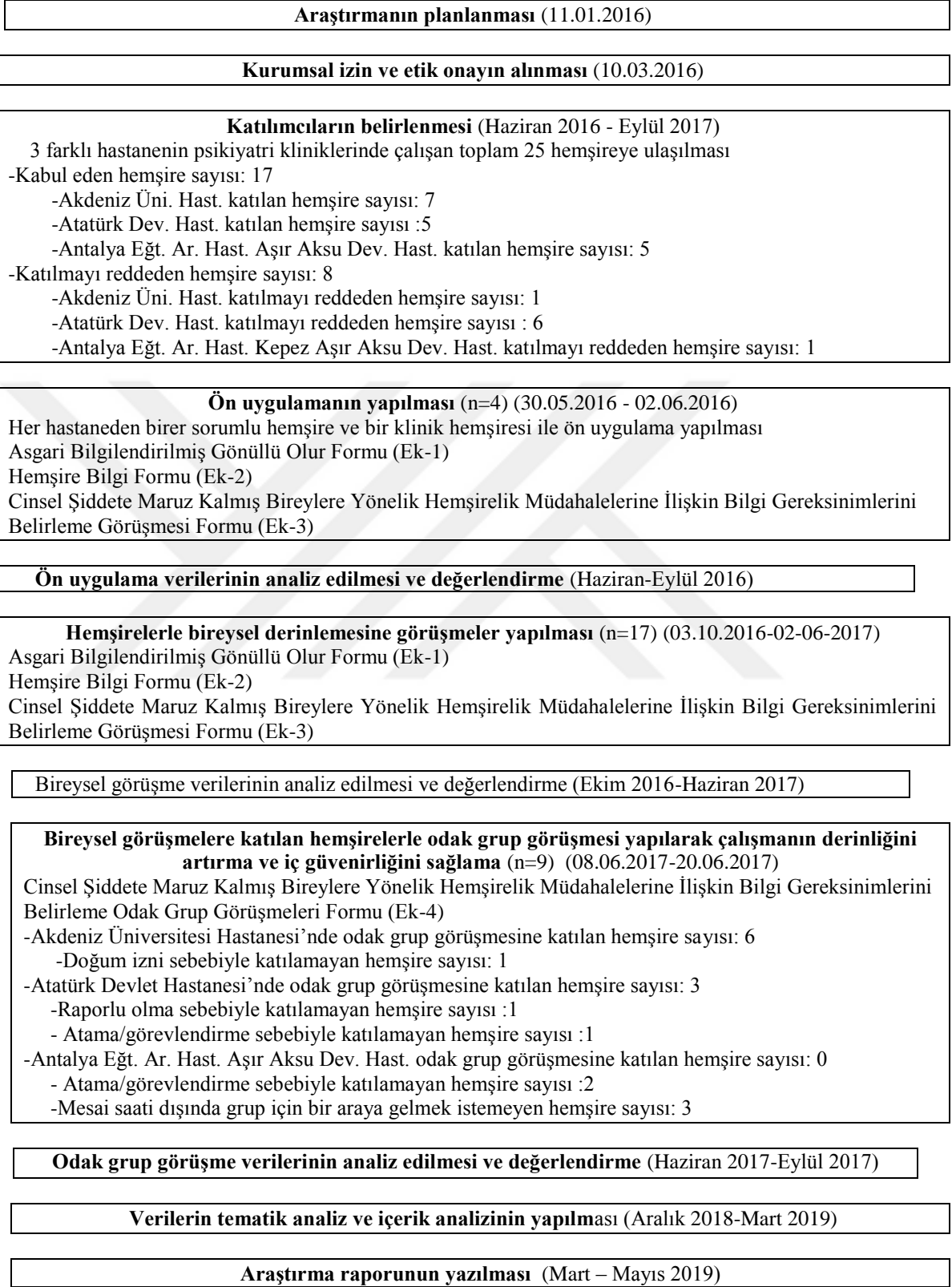
Araştırmanın dış güvenirliliğini (teyit edilebilirliğini) sağlamaya yönelik bir kaç önlem alınmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Öncelikle veri toplama aşamasında hemşirelerle yapılan bireysel görüşmelerde araştırmacı görüşmeci, odak grup görüşmelerinde ise tez danışmanı görüşmeci, araştırmacı gözlemci konumunda yer almıştır. İkinci önlem olarak veri kaynağı olarak araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin yöntem bölümünde evren ve örneklem özellikleri olarak açık bir şekilde tanımlanmış ve Tablo 3.1'de verilmiştir. Böylece benzer araştırma yapan diğer araştırmacılar örneklem oluştururken bu tanımlamaları dikkate alabilir. Üçüncü önlem olarak; insan davranışları ve algısını etkilemede önemli bir bileşen olarak kabul edilen ve sosyal ortam olarak tanımlanan (Yıldırım ve Şimşek, 2016) araştırma ortamını tanımlamak için araştırmanın yöntem bölümünde yer verilen, araştırma sürecinde kullanılan her üç kuruma ait kliniklerin özellikleri (Araştırmanın yeri) ile veri toplama aşamasında yapılan bireysel görüşmeler ve odak grup görüşmesi için kullanılan görüşme ortamları (Uygulama) tanımlanmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Tüm sonuçlar dikkate alındığında bu araştırmada yöntem olarak kalitatif araştırma yönteminin tercih edilmiş olması yarı yapılandırılmış bir form üzerinden görüşmelerin yapılmış olması, yöntem bilim açısından derin ve zengin veri akışını sağlamıştır.
- Hemşirelerin bilgi gereksinimlerinin sadece bilgi gereksinimi sorusu ile değil müdahaleleri üzerinden de irdelenmesi kuramsal bilgiye dayalı uygulamaların önemini ortaya koyma ve bilgi gereksinimleri daha derinlemesine ortaya çıkarma konusunda önemli bir yaklaşım olarak düşünülebilir.
- Bireysel görüşmelerden gelen verileri derinleştirmek ve iç geçerliliği sağlamak adına odak grup görüşmesi yapılmış olması veri derinliği ve zenginliği açısından katkı sağlamıştır. Hemşireler bireysel görüşmelerde ifade etmedikleri bazı konuları ya da noktaları odak grup görüşmelerinde ifade etmişlerdir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kepez Aşır Aksu Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan 17 hemşireden elde edilen veriler ile sınırlı olup, sonuçları genellenemez.



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde bireysel görüşmelerden ve odak grup görüşmelerinden gelen verilerin tamamı betimsel analize ve metafor sorularından gelen veriler içerik analizine göre değerlendirilmiştir. Bulgular aşağıda belirtilen dört kategori altında sunulmuştur. Bu kategorilerin altında ortaya çıkan ana temalar ve alt temalar Tablo 4.1.'de verilmiştir.

1. Hemşirelerin cinselliğe, cinsel şiddete ve cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu duruma ve bu bireylerle çalışmaya yönelik algıları
2. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri
3. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilkin bilgi gereksinimleri
4. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışma konusunda beklenti ve önerileri

Tablo 4.1. Hemşirelerin algıları, müdahaleleri, bilgi gereksinimleri, beklenti ve önerileri

Kategoriler	Ana Temalar	Alt Temalar
1. Algılar	Cinselliğin tanımı	Duyguların, duygusal ve fiziksel ifadesi
		Üremek
		Yaşamın gerekliliklerinden biri ve ihtiyaç
		Tatmin
		Mahrem bir durum
	Cinsel şiddetin tanımı	Cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeden herkesten gelebilen ve herkese uygulanabilen bir durum
		Rıza dışı birlikte olma
		Rıza dışı sözlü sözsüz bedene dönük eylemler söylemler
		Saldırıya uğrama
	Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durum	Öldürmeyen cinayet
		Sonbaharda rüzgarın düşürdüğü yaprak
		Kardelenler
		Kıyamet
		Buruşturulmuş, kenara atılmış bir kağıt parçası
		Kırılmış bir vazo
		Dağılmış bir mısır tarlası
		Girdap/ Karanlık
		Tamamen kırık dökük, parçalanmış bir ruh hali
		Ceylan
		Susuz kalmış bir gül
		Depremde mahsur kalmış kişi
		Gökyüzündeyken patlayıp yere çakılan balon
		Dağılmış bir çiçek demeti
		Çaresiz, korkan, yardıma ihtiyacı olan bir kedi yavrusu
		Kafese kapatılmış bir kuş
		Kendisini savunmayı öğrenebilecek uysal kedi
	Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma	Tamiri çok zor, bozulmuş bir mekanizma
		Cam fanus
Karda gezen vaşak		
Defibrilatör cihazı		
Ütü		

Tablo 4.1. “Devam” Hemşirelerin algıları, müdahaleleri, bilgi gereksinimleri, beklenti ve önerileri

1. Algılar	Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma	Yapıştırıcı
		Talan olmuş mısır tarlasında çalışan kişi
		Çıkmaz bir sokak
		Anne
		Koruyan avcı
		Su (can veren)
		Depremde mahsur kalan kişiyi kurtarmaya çalışan kişi
		Boşluk
		Çiçek demetini toplayan bağ
		Aslan
		Kelepçelenmiş olmak
		Veteriner
		2. Müdahaleler
Birinci dereceden aile, refakatçi, hastaneye getiren kişi, arkadaşlardan, akrabalarından öykü alma		
Görsel olarak hastanın yarası, ekimozu, bir travmaya dair bulgusu var mı diye kontrol etme		
Cinsel şiddet maruziyet şüphesini ayırt etmek için doktorla, ekiple paylaşma		
Sohbet havasında bilgi alma		
Hastayla iletişim kurulamadığı için, öyküyü daha sonra alarak formları doldurma		
Gözlemleyerek ruhsal değerlendirme yapma		
Olayı hatırlatmadan öykü alma		
Sosyal hizmet uzmanları ile bağlantı kurup öykü almak için yakınlarına ulaşmaya çalışma		
Sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların, doktorların raporlarını okuyarak bilgi alma		
Kanıt toplama	Hasta anamnez ve hemşire gözlem formlarının kanıt olarak kullanılması	
	Hastanın ilk başvurusunda kanıt olarak sperm, tırnak arası doku, saç gibi saldırganlık ait bulguları inceleme, doğrudan fizik muayene	
	Hastanın ilk başvurusunda kanıt olarak darpa ilişkin skar doku, ekimoz, morluklar ve tırnak izleri bakımından inceleme	
	Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin post dönem başvurularında kanıt olarak travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ispat etme	
	Kanıt toplama kliniğe gelmeden önce yapılmadıysa kadın doğum konsültasyonu isteme	

Tablo 4.1. “Devam” Hemşirelerin algıları, müdahaleleri, bilgi gereksinimleri, beklenti ve önerileri

Kategoriler	Ana Temalar	Alt Temalar
2. Müdahaleler	Hemşirelik girişimlerine karar verme	Ruhsal travmaya uğradığını düşünerek psikolojik boyuttaki gereksinimlerine yönelik müdahale etme
		Hasta gereksinimlerine ve hemşirelik girişimlerine gözleme dayalı karar verme
		Görüşme ile gereksinimlerini ortaya çıkarma
		Tedavisini uygulama, ilaç içip içmediğini kontrol etme
		Psikolojik gereksinimlerine müdahale amaçlı psikoloğa yönlendirme
		Hemşirelik girişimlerine donanım ve deneyimlerine göre karar verme
		Hemşirelik girişimlerine karar verirken hekimden, sorumlu hemşireden ve diğer ekip arkadaşlarından destek alma
		Bireyin gereksinimlerine yönelik sosyal hizmetlere yönlendirme
		Uykusunu düzenleme
		Kişiyi özgü, gereksinimine özgü müdahalelerde bulunma
		Hastanın taburculuk sonrası iş ve sosyal hayatına yönelik uygulamalar yapma
		İzolasyona ilişkin, kısa süreli etkinliklere katma, küçük görevler verme, odada tek başına izole olmasını engelleme
		Öncelikle vücuttaki yaraları tedavi etme
		Acil kontrasepsiyon hakkında bilgi verme
	İletişim ve görüşme becerileri	Görüşme ilkeleri
		Güven
		Görüşme ortamı ve şekli
		İletişim teknikleri
		Özel durumlarda iletişim
		Köprü oluşturma
	Yasal ve etik sorumluluklar	Mahremiyet ve gizliliği sağlama
		Adli olgu olarak değerlendirme
		Kişiyi koruma adına güvenlik önlemleri alma
		Yasal bildirim olarak bir üst sorumluya iletme
		Yasal bildirim olarak bir üst sorumluya iletme
		Adli süreçlerin takibinde-sorgulanmasında sosyal hizmet uzmanlarından destek alma
		Ekiple paylaşma
Onları klinikte ve dışarda yaşayabileceği tehlikelerden korumaya ve güçlendirmeye yönelik uygulamalar yapma		

Tablo 4.1. “Devam” Hemşirelerin algıları, müdahaleleri, bilgi gereksinimleri, beklenti ve önerileri

Kategoriler	Ana Temalar	Alt Temalar
2. Müdahaleler	Yasal ve etik sorumluluklar	Saygı duyma
		Adli olgu olarak bildirimde bulunma
		Adli süreçler konusunda yönlendirme, bilgilendirme
		Hastadan onam alma
		Yasal ve etik sorumluluk olarak gözlem yapma
		Hemşire gözlem formundaki kayıtların sözel olarak paylaşılması
3.Bilgi Gereksinimleri	Öykü alma	Öykü alırken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin
		Öykü alırken aile engelini aşabilmeye ilişkin
		Öykü alırken bireyi ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin
	Kanıt toplama	Kanıt toplama süreci
		Kanıtı tanıma
	Hemşirelik girişimlerine karar verme	CŞMK bireye yaklaşım ve müdahaleye ilişkin bilgi gereksinimi
		Hemşirelik girişimlerine karar verirken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin bilgi gereksinimi
	İletişim ve görüşme becerileri	Taburculuk eğitimi ve sonrası izlem ve rehberlikle ilgili bilgi gereksinimi
		Hemşirenin kendini tanıması ve duygularını yönetebilmesi konusunda
		Zarar vermeden yardımcı olma konusunda
		Kendini anlatamayan, iletişime kapalı hastaya yaklaşım konusunda
		Görüşme becerileri ve teknikleri konusunda
		Cinselliği konuşma konusunda
		Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin tepkilerini tanıma konusunda
		Konuya özel yapılandırılmış görüşme konusunda
	Yasal ve etik sorumluluklar	Adli süreçler, yasal boyut ve etik sorumluluklar
		Adli kurumlara bildirim yapıldığı şekli
		Yasal ve etik açıdan başvurulacak kurum ve kuruluşlar
		Yasal ve etik süreçlere uygun kayıt tutma
		Mahremiyet ve sır saklamanın sınırları
4. Beklenti ve Öneriler	Kurumsal	CŞMK bireylere yaklaşım konusunda eğitim verilmesi ve uygun çalışma ortamı sağlanması
		CŞMK bireylerle çalışırken bilinmesi gereken yasal ve etik sorumluluklara ilişkin tüm hastane genelinde bir talimat-prosedür oluşturulması
		CŞMK bireylere özgü hastanelerde ayrı bir klinik ya da departmanda hizmet verilmesi
		Konuya özgü değerlendirme formu olması

Tablo 4.1. “Devam” Hemşirelerin algıları, müdahaleleri, bilgi gereksinimleri, beklenti ve önerileri

Kategoriler	Ana Temalar	Alt Temalar
4. Beklenti ve Öneriler	Kurumsal	CŞMK bireylerin taburculuk sonrası kontrolleri, izlem süreci olması
		CŞMK bireylerle çalışan kişilerin yerlerinin değiştirilmemesi, branşlaşmaya gidilmesi
	Meslektaşlar	Kişisel gelişim ve eğitim almak
		Etik ilkeler çerçevesinde çalışma ve duyarlı olma
		Bütünün içinde yer alma, uyumlu çalışma
	Diğer çalışanlar	Destek hizmet personelinin eğitim alması
		Ekip çalışması
		İnsan odaklı davranma
	Eğitimciler	Eğitim ve bilgi güncelleme
		Lisans eğitim müfredatına konuya özgü ders içeriği eklenmesi
	Toplumsal	Toplumsal olarak bilinçlenmenin sağlanması
		Kadınların cinsel şiddete maruz kaldıkları zaman ne yapabilecekleri konusunda eğitilmesi
		Cinsel eğitim verilerek, toplumdaki cinselliğin ayıp günah algısının yıkılmasının sağlanması
		Sadece fiziksel değil, duygusal açıdan da sağlıklı bireyler yetişmesi için küçük yaşlarda cinsellik eğitimi verilmesi
		İlkokuldan liseye kadar, okullarda özel danışmanlar olmalı
		Cinsel danışmanlık ve eğitim merkezleri, konuya özgü poliklinikler, klinikler açılmalı
Sayısal ve niteliksel olarak yeterli barınma olanağının (sığınma evleri) artırılması		

4.1. Hemşirelerin Cinselliğe, Cinsel Şiddete, Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Duruma ve Bu Bireylerle Çalışmaya Yönelik Algıları

Bu bölümde, hemşirelerin cinselliğe, cinsel şiddete, cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu duruma ve bu bireylerle çalışmaya yönelik algıları, dört ana tema altında verilmiştir. Bunlar; “cinselliğin tanımı”, “cinsel şiddetin tanımı” ve “cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durum” ve “cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma”dır. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışmaya yönelik algıları iki ayrı metafor sorusuna verdikleri yanıtlar üzerinden incelenmiştir.

4.1.1. Hemşirelerin Cinsellik Tanımları

Tablo 4.2. Hemşirelerin cinsellik tanımları

Ana Tema: Cinselliğin Tanımı	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Duyuların, duygusal ve fiziksel ifadesi			√				√			√	√		√	√			
Üremek	√		√		√				√							√	√
Yaşamın gerekliliklerinden biri ve ihtiyaç					√			√	√			√		√			√
Tatmin	√		√			√										√	√
Mahrem bir durum		√		√	√									√			

Tablo 4.2’ de cinselliğin tanımı ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin altısı cinselliği **duyguların, duygusal ve fiziksel ifadesi** olarak ifade etmişlerdir:

“Cinsellik, bana göre karşılıklı iki kişinin birbirine duymuş olduğu güzel duyguların uygulamaya geçmesi, birbirlerine hem temas hem de duygusal olarak birbirlerine karşı duygularını ifade etme biçimi” (H11)

Hemşirelerin altısı cinselliği **üremek** olarak ifade etmişlerdir:

“Genelde Türk toplumu çocuk yapma anlamında kullanıyor.” (H3)

“Cinsellik bana göre doğurganlığın, üremenin sağlanması” (H15)

Hemşirelerin altısı cinselliği **yaşamın gerekliliklerinden biri ve ihtiyaç** olarak ifade etmişlerdir:

“Cinsellik yaşamın gerekliliklerinden biri.” (H9)

“Cinsellik bana göre fizyolojik bir ihtiyaçtır. Yemek içmek kadar doğal olan bir ihtiyaç ve evrensel bir şey olduğunu da düşünüyorum.” (H16)

Hemşirelerin beşi cinselliği **tatmin** olarak ifade etmişlerdir:

“...hem duygusal hem de fiziksel tatmindir.” (H1)

“Cinsellik bence hayatın çok önemli bir yönünü kapsayan, hayatın bir nevi anlamı ve mutluluğun anahtarı diyebiliriz.” (H17)

Hemşirelerin dördü cinselliği **mahrem** bir durum olarak ifade etmişlerdir:

" İki kişi arasındaki ve üçüncü bir kişinin bilmemesi gereken cinsel yaşanmışlıklar.” (H4)

4.1.2. Hemşirelerin Cinsel Şiddet Tanımları

Tablo 4.3. Hemşirelerin cinsel şiddet tanımları

Ana Tema: Cinsel Şiddetin Tanımı	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeden herkesten gelebilen ve herkese uygulanabilen bir durum	√	√	√			√			√		√		√				√
Rıza dışı birlikte olma	√		√					√		√	√			√	√		√
Rıza dışı sözlü-sözsüz bedene dönük eylemler-söylemler							√		√		√	√		√		√	√
Saldırıya uğrama	√	√	√	√	√			√					√				

Tablo 4.3.’ te cinsel şiddetin tanımı ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin sekizi cinsel şiddeti **cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeyen herkesten gelebilen ve herkese uygulanabilen durum** olarak ifade etmişlerdir:

“Genelde cinsel şiddeti çocuklar, kadınlar; eşlerinden, akrabalarından, en yakın çevrelerinden, en yakın arkadaşlarından görüyorlar.” (H2)

Hemşirelerin sekizi cinsel şiddeti **rıza dışı birlikte olma** olarak ifade etmişlerdir:

“Cinsel şiddet bir insanı istemeden, kadın veya erkek fark etmez her iki cinsiyetten olabilir, istemeden kendisine sahip olunması, cinsel birlikteliğin olması” (H1)

“Taciz, tecavüze uğrama, kişinin isteği dışında zorla yapılan birliktelik.” (H13)

Hemşirelerin yedisi cinsel şiddeti **rıza dışı sözlü-sözsüz bedene dönük eylemler-söylemler** olarak ifade etmişlerdir:

“Sözel tacizin de içinde olduğu ve istenilmeyen her hareket benim için cinsel tacizdir. İçinde ilişki olması gerekmiyor.” (H6)

“Sözle olabilir, bakışlarla, vücut diliyle olabilir...” (H10)

Hemşirelerin yedisi cinsel şiddeti **saldırıya uğrama** olarak ifade etmişlerdir:

“Cinsel şiddeti hem tecavüz olarak görüyorum hem de farklı olarak tecavüz girişiminde bulunmayıp ama o kişiye zarar vermiş olan darp olaylarını hatırlıyorum ... olayındaki hem tecavüz edip hem öldürmeleri gibi.” (H2)

“Hem ruhsal hem fiziksel anlamda saldırıya uğramasıdır.” (H4)

4.1.3. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Duruma ve Bu Bireylerle Çalışmaya Yönelik Algıları

Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Durumla İlişkili Ürettikleri Metaforlar

Tablo 4.4’ te “cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durum” ana teması altında hemşirelerin ürettikleri metaforlar ve ifadelere yer verilmiştir. Her bir hemşire özgün birer metafor üretmiş olup, 17 ayrı metafor kullanılmıştır. Bu metaforlar aynı zamanda alt tema olarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyle Çalışma ile İlişkili Ürettikleri Metaforlar

Tablo 4.5'te “cinsel şiddete maruz kalmış birey ile çalışma” ana teması altında hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforlar ve ifadelerine yer verilmiştir. Her bir hemşire özgün birer metafor üretmiş olup, 17 ayrı metafor kullanılmıştır. Bu metaforlar aynı zamanda alt tema olarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Durumla ve Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyle Çalışma ile İlişkili Ürettikleri Metaforların Karşılaştırılması

Tablo 4.6'da hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumla ve cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforlar karşılaştırılarak verilmiştir. Hemşire H2 CŞMK bireyin içinde bulunduğu durumunu yalnız, korumasız ve yardıma muhtaç “sonbaharda rüzgarın düşürdüğü yaprak” a benzetirken, CŞMK bireyle çalışma durumunda onu koruyabilmek için kendisini “cam fanus” a benzetmiştir. Hemşire H3 CŞMK bireyin içinde bulunduğu durumu zorlukla mücadele vererek hayat bulan “kardelenler”e benzetirken, CŞMK bireyle çalışma durumunda kendisini “vaşak” olarak görüp bireyi güçlendirmeyi hedeflemektedir. Hemşire H6 CŞMK bireyin içinde bulunduğu durumu “kırılmış bir vazo”ya benzetirken, CŞMK bireyle çalışma durumunda kendisini “yapıştırıcı”ya benzeterek kırılmışlığa karşı onaran pozisyonunda görmektedir. Hemşire H8 CŞMK bireyin içinde bulunduğu durumu içinden çıkılmaz bir duruma “girdap/karanlık”a benzetirken, CŞMK bireyle çalışma durumunu yine eylemsiz kaldığı “çıkamaz bir sokak”a benzetmektedir. Hemşirelerin her iki durum için kullandığı metaforların birbiriyle ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili ürettikleri metaforlar ve ifadeleri

Hemşire	Ana Tema: Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durum	Hemşire ifadeleri
Alt Temalar		
1	Öldürmeyen cinayet	“Ben cinsel şiddeti öldürmeyen cinayete benzetiyorum. Çünkü buna maruz kalan kişinin, erkek ya da bayan fark etmez, istemeden cinsel hayatına yani hem mahremiyetine hem cinsel kimliğine yönelik bir saldırı olarak görüyorum ve toparlanma arkasından tekrar hayata dönmenin çok zor olduğunu düşünüyorum. Onun için öldürmeyen cinayet diyorum.”
2	Sonbaharda rüzgarın düşürdüğü yaprak	“Bir yaprağa benzetiyorum; sonbaharda rüzgarın etkisiyle düşen yaprağa. Yere düşüp ömürlerini tamamlıyorlar. Cinsel şiddete maruz kalmış insanlar da hem toplum tarafından dışlanıyorlar hem kendilerini yalnız hissediyorlar, zarar görüyorlar. Bu sebeple onları yalnız, korumasız, yardıma muhtaç olarak görüyorum. Yaprak da sonbaharda artık ömrünü tamamlıyor, yere düşüyor, korumasız kalıyor. Kuruduğu için kırılıyor, dökülüyor, yok oluyor. Cinsel şiddete maruz kalmış insanlar da toplum içinde dışlandıkları için, yardım göremedikleri için onlar da bazen suicidal girişimlerle kendilerini yok edebiliyorlar.”
3	Kardelenler	“Kardelenler gibi aslında tekrar gün ışığına kavuşmak için o karı, o soğuğu, o yaşadıkları bütün ızdırabı geçiyorlar.”
4	Kıyamet	“Parçalanmış bir beden, ruh, yok olmuş bir dünya. O yüzden kıyamet dedim. Yok olma gibi geldi bana.”
5	Buruşturulmuş, kenara atılmış bir kağıt parçası	“Buruşturulmuş, kenara atılmış bir kağıt parçası gibi, kullanılmayacak, üzerini ne kadar düzeltsen de tekrar eski haline gelemeyecek kağıt parçası gibi mesela.”
6	Kırılmış bir vazo	“Kırılmış bir vazoya benzetebilirim, cam vazoya. Önceden tamamıyla bir bütündü. Bir yıpranmışlığı yoktu ama kırılmış bir vazoda önceki hali yok artık. Parçalanmışlık var, önceki bütün hali yok.”
7	Dağılmış bir mısır tarlası	“Diyelim ki birinin mısır tarlası var ve bu mısır tarlası talan olmuş bir şekilde. Bu belki doğa olaylarından ya da bir hayvan tarafından tamamen dağıtılmış durumda. Öyle benzetiyorum. Tabii bunun için emek vermek lazım, tekrar nasıl yapabiliriz diye. Sağlam olanları en azından toparlamaya çalışılabilir ya da daha özen gösterilerek daha iyi hale getirilebilir.”
8	Girdap/ Karanlık	“Bir girdapa benzetebilirim, karanlığa düşmüş. Suçluluk duygusu... Karanlığa, girdapa benzetebilirim.”

Tablo 4.4. “Devam” Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili ürettikleri metaforlar ve ifadeleri

Hemşire	Ana Tema: Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durum	Hemşire ifadeleri
	Alt Temalar	
9	Tamamen kırık dökük, parçalanmış bir ruh hali	“Tamamen kırık dökük parçalanmış bir ruh hali.”
10	Ceylan	“Hayvanlar aleminden düşünürsek, ceylana benzetirim. Çünkü ceylan görüldüğü gibi ince zarif bir hayvandır. Çünkü kırılğan, narindir.”
11	Susuz kalmış bir gül	“Mesela suyundan çıkarılmış bir çiçek, bir gül. Susuz kalmış bir güle benzetebilirim. Çünkü şiddete maruz kalmış bir birey, cinsel istismara maruz kalmış bir birey kendini çok kötü hisseder duygusal anlamda da fiziksel anlamda da. Kendini hem toplumdaki soyutlar, tamamen kapalı bir ortama girer, kendisini kapatır yalnız yaşar. Onun için de kurumuş bir gül gibi düşünüyorum.”
12	Depremde mahsur kalmış kişi	“Benzetebilecek kolay kolay bir şey yok. Bence en kötü şeydir. Depremde mahsur kalmış birisi olarak görsem, toprağı tırnakla kazmak gibi bir şey. Çok zor. Depremde mahsur kalmış bir kişi olarak görüyorum.”
13	Gökyüzündeyken patlayıp yere çakılan balon	“Bir balonda benzetebilirim gözyüzündeki. Balonun patlatılıp kişinin yere çakılması ve ömür boyu bunu içinde acı olarak yaşaması.”
14	Dağılmış bir çiçek demeti	“Bir çiçek demetine benzetiyorum. Hayatı düzenli giden bir kişinin böyle bir olaya maruz kaldığında o demetin düzeninin dağılmasına benzetiyorum. Dağılmış bir çiçek demeti olabilir. Çünkü bir çiçek demetinin bir güzelliği var. İnsanın da düzenli bir cinsel hayatı olduğunda her şeyi, içinde bulunduğu hayatı da düzenli olacaktır diye düşünüyorum. İstemediği bir şeye zorlanmak da bu düzeni, bu demetin güzelliğini bozacaktır. Genelde dışardan bakıldığında düzgün bir insan olarak gözükebilir; o çiçek de çiçektir aslında ama o düzeni o karmaşası o güzelliği bozulmuştur.”
15	Çaresiz, korkan, yardıma ihtiyacı olan bir kedi yavrusu	“Ben daha çok, hayvanları çok seviyorum ve onların da birçok açıdan şiddete maruz kaldığını düşünüyorum. Çok çaresiz kalmış ağzı var ama dili yok, ifade edemeyen korkan ama aslında yardım alması gerektiğini düşündüğüm bir kedi yavrusuna benzetebilirim.”
16	Kafese kapatılmış bir kuş	“Kafese kapatılmış bir kuşa benzetirim. Çok çaresizlik var orda.”
17	Kendisini savunmayı öğrenebilecek uysal kedi	“Onu ben uysal bir kediye benzetebilirim. Çünkü o an bu şiddete maruz kalan insan o an belki tepki gösteremeyebilir ama daha sonra böyle bir şiddetle karşılaştığı zaman tırnaklarını çıkartıp karşıya zarar verebilir. Yani kendisini savunmayı öğrenebilir.”

Tablo 4.5. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforlar ve ifadeleri

Hemşire	Ana Tema: Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforlar	Hemşire ifadeleri
	Alt Temalar	
1	Tamiri çok zor, bozulmuş bir mekanizma	“Bozulmuş bir mekanizma olarak düşünebilirim ve tamiri çok zor diye düşünüyorum. Yani nereye kadar dokunabildiğin hastaya ya da kişiye önemli, çok fazla dokunamıyorsun yani bir şeyde kalıyorsun tıkanmışlığı yaşıyorsun, onun için yani çok, yani çok başarılı olduğumuzu düşünmüyorum bu konuda.”
2	Cam fanus	“Kendimi de cam fanus gibi görüyorum. Onları cam fanusun içinde korumaya alıp, onlara yardımcı olmak için her yönden, hem psikolojik olarak hem bir anne hem bir abla olarak yaklaşıp elimden gelenin en iyisini yapmak için uğraşırım diye düşünüyorum.”
3	Karda gezen vaşak	“Bu süreçte de aslında kendimizi karda gezen bir vaşağa benzettim ben. Biraz onun yırtıcılığı demeyeyim de o kişiyi güçlendirmek ve destek olmak için, onu soğuktan korumak gibi, daha çok çevresinde gezen ve onu korumaya çalışan bir hayvana benzetim.”
4	Defibrilatör cihazı	“Kişiyi can veren tekrar hayata dönmesini sağlayan kişi. CPR gibi düşünebilirim, defibrilatör cihazı gibi.”
5	Ütü	“Onu düzeltmeye çalışmak için ütü olabilirim o zaman.”
6	Yapıştırıcı	“Cinsel şiddete maruz kalmış bir bireyle çalışırken kendimi bir yapıştırıcıya benzetebilirim. Çünkü onu kırılmış bir vazo olarak gördüğüm için kendimi de bir yapıştırıcı olarak göreyim onu tamamen eski haline dönüştüremem fakat yapıştırıcı ile kırılan parçalarını yerine yapıştırarak en olabilir eski haline getirmeye çalışabilirim.”
7	Talan olmuş mısır tarlasında çalışan kişi	“Ben mısır tarlasında çiftlik sahibi ya da orda çalışan bir birey olarak düşünürüm kendimi. Elimden geleni yapmaya çalışırım, sağlam kalanlar üzerinden gidebilirim ya da yıkılan talan olan mısırları nasıl değerlendirebileceğime bakabilirim. Daha yararlı hale nasıl getirebileceğimi düşünürüm.”
8	Çıkılmaz bir sokak	“Çıkılmaz bir sokağa benzetirim açıkçası.”
9	Anne	“O kişiye karşı koruma iç güdüsüyle yaklaşıyoruz. Anne gibi hissediyorum.”
10	Koruyan avcı	“Ben kendimi onu koruyan avcıya benzetirim. Çünkü avcı her zaman avlanmaz. Bölgedeki hayvanları bitkileri koruma amaçlı ilk önce oradadır. Onu koruyan avcı olarak benzetirim.”

Tablo 4.5. “Devam” Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforlar ve ifadeleri

Hemşire	Ana Tema: Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforlar	Hemşire ifadeleri
Alt Temalar		
11	Su (can veren)	“Hastam susuz kalmış bir gülse ben de onu canlandıracak olan su gibi düşünebilirim kendimi. Onu canlandıracağım, ona yardım edeceğim elimden geldiğince; onun bir kökünün bir yaprağının yeşermesini sağlayacak bir su olarak görebilirim.”
12	Depremde mahsur kalan kişiyi kurtarmaya çalışan kişi	“Depremde mahsur kalmış kişiyi kurtarmaya çalışan kişi olarak görürüm kendimi ama bu da kolay değil. Tırnakla toprak kazmak kadar zor bir şey olduğunu düşünüyorum. Belki kurtulmak bile zor olabilir bu psikolojiden, böyle bir darptan.. Bilmiyorum çok zor bir şey. Depremi yaşamak bile daha basit kalabilir.”
13	Boşluk	“Kendimi birşeye benzetemiyorum. Boşlukta hissedirim sadece. Boşluk olsun.”
14	Çiçek demetini toplayan bağ	“Gene aynı çiçek demetinden yola çıkarsak baktığımızda dağılmış bir çiçek demeti ve bunun bir düzene koyulmaya ihtiyacı var, tekrar aynı eski güzelliğine kavuşmaya ihtiyacı var. Bunu da bir yardımla, dışardan bir yardımla birilerinin o çiçek demetini eski haline getirerek o güzelliğine kavuşturma ihtiyacı var onu da biz ne kadar yardımcı olabilirsek o kadar kendi katkılarıyla yapabilir. Kendimi bir şeye benzetirsem o demeti toparlayan bağ gibi ifade edebilirim.”
15	Aslan	“Ben daha çok aslan olmak isterim, yani onu korumak, kollamak için. Ona bir daha bu şekilde zarar verilmesini engellemek için. Zarar verildiğinde onun yanında olabileceğimi hissettirecek bir güç olmak isterim, bir aslan olabilir.”
16	Kelepçelenmiş olmak	“Kelepçelenmiş olmaya benzetirim. Çaresizlik var, yapılabilecek çok fazla bir şey yok.”
17	Veteriner	“Veteriner olabilir. Ona yaklaşım tarzını daha iyi belirleyebilirsin. Çünkü veteriner sonuçta hayvanı tedavi eden, onun sıkıntılarını bilen hastalıklarını bilebilen onu yönlendirebilen bir bireydir. Yani onu daha iyi tanıyabilir. Tepkilerini daha iyi ölçebilir.”

Tablo 4.6. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumla ve cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili ürettikleri metaforların karşılaştırılması

Hemşire	Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili metaforlar	Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma ile ilişkili metaforlar
1	Öldürmeyen cinayet	Tamiri çok zor, bozulmuş bir mekanizma
2	Sonbaharda rüzgarın düşürdüğü yaprak	Cam fanus
3	Kardelenler	Karda gezen vaşak
4	Kıyamet	Defibrilatör cihazı
5	Buruşturulmuş, kenara atılmış bir kağıt parçası	Ütü
6	Kırılmış bir vazo	Yapıştırıcı
7	Dağılmış bir mısır tarlası	Talan olmuş mısır tarlasında çalışan kişi
8	Girdap/ Karanlık	Çıkamaz bir sokak
9	Tamamen kırık dökük, parçalanmış bir ruh hali	Anne
10	Ceylan	Koruyan avcı
11	Susuz kalmış bir gül	Su (can veren)
12	Depremde mahsur kalmış kişi	Depremde mahsur kalan kişiyi kurtarmaya çalışan kişi
13	Gökyüzündeyken patlayıp yere çakılan balon	Boşluk
14	Dağılmış bir çiçek demeti	Çiçek demetini toplayan bağ
15	Çaresiz, korkan, yardıma ihtiyacı olan bir kedi yavrusu	Aslan
16	Kafese kapatılmış bir kuş	Kelepçelenmiş olmak
17	Kendisini savunmayı öğrenebilecek uysal kedi	Veteriner

4.2. Hemşirelerin Cinsel Şidete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri

Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerinin, kavramsal çerçeveye dayalı olarak oluşturulan beş ana tema altında toplandığı belirlenmiştir. Bunlar “öykü alma”, “kanıt toplama”, “hemşirelik girişimlerine karar verme”, “iletişim ve görüşme becerileri”, “yasal ve etik sorumluluklar”dır.

4.2.1. Öykü Almaya İlişkin Müdahaleler

Tablo 4.7. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik öykü almaya ilişkin müdahaleleri

Ana Tema: Öykü Alma	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Genel yatan hastalar için doldurulan anamnez formuna ilişkin sorular yöneltilme	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√			
Birinci dereceden aile, refakatçi, hastaneye getiren kişi, arkadaşlardan, akrabalarından öykü alma	√			√				√				√	√		√	√	√
Görsel olarak hastanın yarası, ekimozu, bir travmaya dair bulgusu var mı diye kontrol etme	√							√	√		√	√			√		√
Cinsel şiddet maruziyet şüphesini ayırt etmek için doktorla, ekiple paylaşma					√			√	√	√	√						
Sohbet havasında bilgi alma								√	√			√	√				
Hastayla iletişim kurulamadığı için, öyküyü daha sonra alarak formları doldurma		√						√									√
Gözlemleyerek ruhsal değerlendirme yapma	√							√				√					
Olayı hatırlatmadan öykü alma									√								√
Sosyal hizmet uzmanları ile bağlantı kurup öykü almak için yakınlarına ulaşmaya çalışma													√				√
Sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların, doktorların raporlarını okuyarak bilgi alma		√						√									

Tablo 4.7’ de cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik müdahaleler kategorisinde öykü alma ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerden 13’ü öykü alırken **genel yatan hastalar için doldurulan anamnez formuna ilişkin sorular** yönelttiklerini ifade etmişlerdir:

“Bizim hasta ön değerlendirme formumuz var. Orda hem fiziksel hem ruhsal değerlendirme kısmı var. Ona göre, onu doldururken zaten hem fiziksel olarak hastayı

bir nevi değerlendirmiş oluyoruz, parametreleri var. Bir de ruhsal duygu durumunu, ruhsal değerlendirmesini yapıyoruz.” (H1)

Hemşirelerin sekizi CŞMK birey dışında **birinci dereceden aile, refakatçi, hastaneye getiren kişi, arkadaşlardan ve akrabalarından öykü aldıklarını** ifade etmişlerdir:

“Eğer ilk aşamada geldiyse hasta yakınlarıyla görüşme yapıyoruz; bilgi almak için, olayın nasıl geliştiği konusunda bilgi almak için.” (H1)

Hemşirelerin yedisi öykü alırken **görsel olarak hastanın yarası, ekimozu, bir travmaya dair bulgusu var mı diye kontrol ettiklerini** ifade etmişlerdir:

“Sadece görsel olarak, hastanın bir travması var mı, görünüşte bir darp almış mı, hani cinsel travmanın haricinde bir travması var mı? Genel bir fiziki değerlendirme yapıyoruz.” (H1)

“Bir de vital bulgularını alırken, damar yolu açarken EKG çekerken kollarına ve vücutlarına bakılıyor; darp var mı morluğu var mı iz var mı diye. Onlar sorgulanıyor. Bir morluğunu gördüğün zaman mesela, niye morardı, ne oldu?” (H8)

Hemşirelerden beşi, cinsel şiddete maruz kalma durumunun gerçekten yaşanmış bir olay mı yoksa hastanın klinik tanısıyla ilgili bir belirti mi şüphesini **ayırt etmek için doktorla, ekiple paylaştıklarını** ifade etmişlerdir:

“Doktoruyla görüşmesi sağlanır hastanın. Başından geçen olayın gerçek olup olmadığı değerlendirilir; hayalinde kurduğu bir olay mı yoksa gerçek bir olay mı?” (H5)

“...birbirimize teslim ederek nöbetlerde takip ediyoruz hastaları. Psikologlara söylüyoruz işte, servisteki psikologlar. Böyle bir problem var, dinler misiniz gerçek mi doğru mu diye anlatırsa sana diye.” (H8)

Hemşirelerin dördü **sohbet havasında bilgi aldıklarını** ifade etmişlerdir:

“...Diyoruz ki hadi bir çay içelim seninle, oturalım konuşalım ne var ne yok. Nelerden hoşlanırsın, arkadaşların ne, kimlerle yaşıyorsun? İlk önce onlardan başlıyoruz, sonra arkadaş çevren ne, nerde yaşarsın, neler yaparsın, okuyor musun, hangi şeylerden hoşlanıyorsun?..” (H8)

“...bu konuda sorgulayarak değil sohbet havasında bilgi alabiliyoruz.” (H9)

Hemşirelerden üçü **hastayla iletişim kurulamadığı için, öyküyü daha sonra alarak formları doldurduklarını** ifade etmişlerdir:

“Hasta görüşmeyi kabul ettiğinde dolduramadığımız kısımları sonradan doldurabiliyoruz.” (H2)

“Bir hafta sonra açılmaya başlayınca konuşuyoruz hastayla o zaman öğreniyoruz.” (H8)

Hemşirelerin üçü **gözlemleyerek ruhsal değerlendirme yaptıklarını** ifade etmişlerdir:

“...ruhsal olarak da hastayı gözlemleyerek, ne yaşamış ya da klinik içindeki tutumu, izole olmuş mu, soyutlamış mı kendini, depresif duygu durumu var mı? Ki muhtemel oluyor zaten. Dediğim gibi post travmatik stres bozukluğu gerçekten olmuş mu, onu değerlendirmek için yatıyor.” (H1)

Hemşirelerin ikisi **olayı hatırlatmadan öykü aldıklarını** ifade etmişlerdir:

“Hastayla konuşurken bir yerden bir ipucu aldığımızda onun üstünden giderek, hissettirmeden...” (H9)

“Hastaya yaşadığı sıkıntısını aşması için konuyla ilgili sorular sormak gerekiyor. Mesela yaşadığı bu tecavüz olayını, onu çok fazla yıpratmadan sorular sorarak, kıyısından köşesinden onun da anlatmasını sağlayacak şekilde yaşadığı zorlukları anlattırarak sorular sormak gerekiyor.” (H17)

Hemşirelerin ikisi **sosyal hizmet uzmanları ile bağlantı kurup öykü almak için yakınlarına ulaşmaya çalıştıklarını** ifade etmişlerdir:

“Yakınlarına telefonla ulaşıyoruz bir şekilde. Ulaşamazsak sosyal hizmet uzmanını devreye sokuyoruz. Bir şekilde yakınlarını çağırıp ilk bilgileri yakınlarından alıyoruz.” (H17)

Hemşirelerin ikisi hem bireylere tekrar sorarak travmayı hatırlatmak istemedikleri hem de cinsel şiddete maruz kalma durumuna ilişkin ipuçları yakalayabildikleri için **sosyal**

hizmet uzmanlarının, psikologların, doktorların raporlarını okuyarak bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir:

“Biz de hastaya zarar vermemek, tekrar hatırlatıp aynı şeyleri yaşatmamak için bazen anamnez formunu doktor bilgilerinden, bilgisayara girilen bilgilerinden alarak dolduruyoruz.” (H2)

“Sosyal açıdan da psikologlarımız hemen devreye giriyor, sosyal hizmetler giriyor. Nerde yaşıyor öğreniyorlar, sosyal yaşamının da öğreniyorlar. Biz de onlardan öğreniyoruz. Raporlarını okuyoruz, oradan öğreniyoruz.” (H8)

4.2.2. Kanıt Toplamaya İlişkin Müdahaleler

Tablo 4.8. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik kanıt toplamaya ilişkin müdahaleleri

Ana Tema: Kanıt Toplama	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Hasta anamnez ve hemşire gözlem formlarının kanıt olarak kullanılması	√		√		√			√	√	√	√					√	√
Hastanın ilk başvurusunda kanıt olarak sperm, tırnak arası doku, saç gibi saldırgan alet bulguları inceleme, doğrudan fizik muayene			√	√			√				√						√
Hastanın ilk başvurusunda kanıt olarak darpa ilişkin skar doku, ekimoz, morluklar ve tırnak izleri bakımından inceleme				√				√			√						√
Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin post dönem başvurularında kanıt olarak travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ispat etme	√		√														
Doğrudan fiziksel muayene sürecinde rol alma									√				√				
Kanıt toplama kliniğe gelmeden önce yapılmadıysa kadın doğum konsültasyonu isteme													√				√
Hamilelik testi								√									

Tablo 4.8.'de cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri kategorisinde kanıt toplama ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin dokuzu **hastanın anamnez ve hemşire gözlem formlarının kanıt olarak kullanılabilceğini** ifade etmişlerdir:

“Kanıt olarak yasal süreçte gelmesi lazım. Eğer hasta bahsettiyse anamnezine yazıyoruz. (H1)

“Ayrıca ilk buraya gelmiyor bu hastalar ama bizim aldığımız anamnezler de yol gösterici olarak yasal kayıtlara geçebilir.” (H11)

Hemşirelerin altısı **hastanın ilk başvurusunda kanıt olarak sperm, tırnak arası doku, saç gibi saldırgan a ait bulguların incelenebileceğini** söylemişlerdir:

“Saç olabilir.” (H2)

“Tırnak aralarında bir doku bir şey olur mu onlara bakılabilir. Sperm örneği olabilir.” (H7)

“Mesela cinsel istismarda, gerçekten buna maruz kaldıysa bunun tespiti için smear örnekleri gibi şeyler var; onlara yönlendirilebilir.” (H11)

Hemşirelerin dördü **hastanın ilk başvurusunda kanıt olarak darpa ilişkin skar doku, ekimoz, morluklar ve tırnak izleri bakımından incelenebileceğini** ifade etmişlerdir:

“Mesela hasta istismara uğradı, bununla ilgili vücudunda herhangi bir şey varsa, yarası varsa, beresi varsa ona göre işlem yapılabilir.” (H11)

“...hastanın vücudunda gördüğüm yara bere, skar dokusu, ekimoz yani bunları değerlendiririm kanıt olarak.” (H16)

Hemşirelerin ikisi **cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin post dönem başvurularında kanıt olarak travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ispat ettiklerini** ifade etmişlerdir:

“Adli süreçte de şöyle geliyor; bu olaydan dolayı hasta ruhsal olarak etkilenmiş midir, etkilenmemiş midir? O süreçte biz hastayı görmüş oluyoruz. Klinikte gözlemliyoruz.” (H1)

“Fiziksel etkilenmenin dışında duygusal şiddet de yaşadığı için buna ilişkin de biz asıl psikiyatri kliniği onları kanıtlamaya yönelik çalışırız. Sonrasında psikolojisi etkilenmiştir şeklinde biz ispat etmiş oluyoruz.” (H3)

Hemşirelerin biri acil serviste çalıştığı bir dönemde CŞMK bireyin **fiziksel muayene sürecinde rol aldığını**, biri ise böyle bir durumda karşılaşırsa fiziksel muayeneye yardımcı olabileceğini ifade etmişlerdir:

“Semt polikliniğinin acilindeydim ben. Orada doktor muayenesi esnasında yanında bulunuyorduk. Dahil olma şöyle; sırtını açma, bacaklarını falan şey yapma. Kendinde ve kendi açabiliyorsa doktor erkekse yanında bulunma, erkek de bayan da olsa ikinci bir şahıs olarak yanında bulunuyorduk. Biz de gözlemliyorduk. Daha sonra doktor imzalıyordu, bizim imzaladığımız ayrı bir yer oluyordu. Raporu değil de tutanağı imzalıyorduk.” (H9)

Hemşirelerin ikisi **kanıt toplama kliniğe gelmeden önce yapılmadıysa kadın doğum konsultasyonu istenebileceğini** ifade etmişlerdir:

“Genelde olgularda, bu tür kanıt toplamaların kliniğe gelmeden önce yapılacağını tahmin ediyorum. Ola ki yapılmadığında bir sıkıntı olduğunda, bizler kadın doğum konsultasyonu isteyip bu adli süreci tekrar başlatabiliyoruz.” (H13)

Hemşirelerin biri doğurganlık çağında olan bütün yatan hastalardan **hamilelik testi** istediklerini ifade etmiştir:

“Bayan hastaların hepsine bakılıyor. Ve doğurganlık çağındaki bütün hastalarımızdan yatar yatmaz hamilelik testi istiyoruz. Kim yatarsa yatsın istiyoruz, onları takip ediyoruz.” (H8)

4.2.3. Hemşirelik Girişimlerine Karar Vermeye İlişkin Müdahaleler

Tablo 4.9. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik girişimlerine karar vermeye ilişkin müdahaleleri

Ana Tema: Hemşirelik Girişimlerine Karar Verme	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Ruhsal travmaya uğradığını düşünerek psikolojik boyuttaki gereksinimlerine yönelik müdahale etme	√	√				√	√		√	√			√				
Hasta gereksinimlerine ve hemşirelik girişimlerine gözleme dayalı karar verme	√	√	√	√	√	√				√							
Görüşme ile gereksinimlerini ortaya çıkarma						√			√		√				√		√
Tedavisini uygulama, ilaç içip içmediğini kontrol etme									√	√		√			√		√
Psikolojik gereksinimlerine müdahale amaçlı psikoloğa yönlendirme								√			√		√		√		√
Hemşirelik girişimlerine donanım ve deneyimlerine göre karar verme	√							√						√			√
Hemşirelik girişimlerine karar verirken hekimden, sorumlu hemşireden ve diğer ekip arkadaşlarından destek alma	√												√	√			√
Bireyin gereksinimlerine yönelik sosyal hizmetlere yönlendirme								√				√		√			√
Uykusunu düzenleme	√		√			√											
Kişiyeye özgü, gereksinimine özgü müdahalelerde bulunma		√				√				√							
Hastanın taburculuk sonrası iş ve sosyal hayatına yönelik uygulamalar yapma			√										√				
İzolasyona ilişkin, kısa süreli etkinliklere katma, küçük görevler verme, odada tek başına izole olmasını engelleme	√	√															
Öncelikle vücuttaki yaraları tedavi etme												√	√				
Acil kontrasepsiyon hakkında bilgi verme			√														

Tablo 4.9.'da cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri kategorisinde hemşirelik girişimlerine karar verme ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin yedisi CŞMK bireylerin **ruhsal travmaya uğradığını düşünerek psikolojik boyuttaki gereksinimlerine yönelik müdahale ettiklerini** ifade etmişlerdir:

“Psikiyatri kliniğinde şu anda böyle cinsel şiddete maruz kalmış bireyler genelde psikolojik olarak desteğe ihtiyaç duyuyorlar. Konuşarak telkin etmeye ve destek olmaya çalışıyoruz, elimizden geldiğince.” (H7)

Hemşirelerin yedisi **hasta gereksinimlerine ve hemşirelik girişimlerine gözleme dayalı karar verdiklerini** ifade etmişlerdir:

“...Bu sırada hastamızı gözlüyoruz ve günlük akut sorunlarına müdahale ediyoruz.” (H1)

Hemşirelerin beşi **görüşme ile bireyin gereksinimlerini ortaya çıkardıklarını** ifade etmişlerdir:

“Hastalarımızla görüşme yapıyoruz. Bu görüşmelerde bireyin gereksinimlerini saptıyoruz ve ona göre müdahale ediyoruz.” (H6)

“İhtiyaçlarını ortaya çıkarmak için iletişim kuruyoruz.” (H11)

Hemşirelerin beşi bireyin **tedavisini uyguladıklarını ve ilaç içip içmediğini kontrol ettiklerini** ifade etmişlerdir:

“Hemşirelik girişimlerinde, hekim zaten hastaya tıbbi bir tedavi uyguluyor. Biz hemşireler olarak bu tedavisini üstleniyoruz. Düzgün ilaç içip içmediğini kontrol ediyoruz, ilaç içmediği zaman hekime bildiriyoruz. Özellikle bu hastaların ilaç içmesi çok önemlidir.” (H17)

Hemşirelerin beşi bireyin **psikolojik gereksinimlerine müdahale amaçlı psikoloğa yönlendirdiklerini** ifade etmiştir:

“...hastaların gereksinimlerini tıbbi açıdan psikolog gereksinimi olduğunu gördüğümüz zaman ona yönlendiriyoruz.” (H17)

Hemşirelerin dördü **hemşirelik girişimlerine donanım ve deneyimlerime göre karar verdiklerini** söylemişlerdir:

“...herkes bireysel kendi özelliklerine göre daha önceki yaşanmış tecrübelerine göre...” (H1)

“...yeterli bir bilgimiz, hastayla görüşme eğitimimiz olmadığı için bunlara artık kendi kafamızda doğrusunu tartarak karar veriyoruz.” (H14)

Hemşirelerin dördü **hemşirelik girişimlerine karar verirken hekimden, sorumlu hemşireden ve diğer ekip arkadaşlarından destek aldıklarını** ifade etmiştir:

“Girişimlere de karar verirken ekip çalışması neticede; psikoloğumuz, sosyal hizmet uzmanı, sağlık çalışanları ve hekimle birlikte herkes görüşünü bildirip eksik olan noktaları tamamlıyoruz.” (H13)

Hemşirelerin dördü **bireyin gereksinimlerine yönelik sosyal hizmetlere yönlendirdiklerini** ifade etmiştir:

“Hastadan aldığımız verileri değerlendirip sosyal destek gerekiyorsa sosyal hizmet uzmanlarından destek alıyoruz.” (H14)

Hemşirelerin üçü bireylerin tespit edilen uyku problemine yönelik **uykusunu düzenlediklerini** ifade etmiştir:

“Uyku problemleri çok fazla oluyor gereksinim anlamında. Uykusunu düzenlemeye çalışıyoruz.” (H3)

Hemşirelerin üçü **kişiye özgü, gereksinimine özgü müdahalelerde bulduklarını** ifade etmişlerdir:

“Genellikle servisin diğer hastalara göre belirli bir işleyişi var ama hastanın ihtiyaçlarına yönelik servis kurallarında değişiklik, esneklik yapabiliyoruz.” (H2)

“Saptadıktan sonraki süreçte problemi neyse, sıkıntısı, gereksinimi neyse ona göre karar veriyoruz... Bireyin gereksinimlerine göre hemşirelik girişimlerine ve uygulamaya karar veriyoruz.” (H6)

Hemşirelerin ikisi **hastanın taburculuk sonrası iş ve sosyal hayatına yönelik uygulamalar** yapabileceklerini ifade etmişlerdir:

“Taburcu olduktan sonra sosyal hayata uyumu konusunda kişiye destek olurum. Sosyal hizmet uzmanına danışıp gelecekteki yaşamına yönelik neler yapılabilir, bir bakım evi, huzur evine yerleştirilebileceğini bir kadın sığınma evine yerleştirilip orda hayatını sürdürebileceği konusunda destek alırdım.” (H13)

Hemşirelerin ikisi **izolasyona ilişkin kısa süreli etkinliklere katma, küçük görevler verme, odada tek başına izole olmasını engelleme** müdahalelerini gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir:

“Biz yavaş yavaş grup içine almaya, küçük görevler vererek, ya da etkinliklerde kısa süreli de olsa etkinliklere katarak bir şekilde grubun içine girmesini sağlıyoruz. Odasında izole olmasına engel olmaya çalışıyoruz.” (H1)

Hemşirelerin ikisi **öncelikle vücuttaki yaraların tedavi edildiğini** ifade etmişlerdir:

“Hemşire olarak bir şey yapmıyoruz. Sadece bedenen ya da yarası varsa bir müdahalesi yapılması gereken bir şey varsa hemşire olarak yapıyoruz...” (H12)

“Öncelikli olarak medikal tedaviye yöneliyoruz...” (H13)

Hemşirelerin biri **acil kontrasepsiyon hakkında bilgi verdiğini** ifade etmiştir:

“Yaşadığı sorunla ilgili sonrasında kontrasepsiyon nasıl desem gebelik durumu olmasın diye hangi tip yöntemleri uygulaması gerekiyorsa onlarla ilgili ona bilgi verme, onunla konuşma. Bunları engelleme tekrar yaşadığı bir tecavülden dolayı gebe kalmasını istemiyoruz sonuçta hastanın.” (H3)

Tablo 4.10. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik iletişim ve görüşme becerilerine ilişkin müdahaleleri

Ana Tema: İletişim ve Görüşme Becerileri	Hemşire																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Görüşme İlkeleri																	
Hemşire olarak kendini ve kliniği tanıtmaya	√	√		√			√										
Hastanın kliniğe ilk girişinden, taburcu olana kadar sürekli iletişim içinde olma						√			√								
Yargılamadan, suçlamadan yaklaşım						√			√								
Hastaya güler yüzle, sempatik ve arkadaşça yaklaşma									√								
İlk kime açıldıysa, aynı doktor veya hemşire ile bireysel görüşmelerine devam ettirmek				√													
Ulaşılabilir olma	√									√	√						√
İzinsiz fiziksel temastan kaçınma	√																
Bilgi verme										√	√						
Güven																	
Hasta kendini hazır hissettiğinde, güven bağı kurduğunda, anlattığı kadar bilgi alabilme	√			√			√			√					√		√
Güvende hissedeceği bir ortam oluşturma		√	√	√					√	√							
Yanında olduğunu hissettirme		√	√		√								√				
Hem cinsiyetle görüşmeden kaynaklanan rahatlatma						√	√										
Görüşme Ortamı ve Şekli																	
Hasta talebi doğrultusunda görüşme yapma	√	√	√	√		√				√	√					√	
Birebir, uygun ortam koşullarda bireysel görüşme yapma		√		√	√	√	√	√									
Spontan görüşme			√	√					√			√		√	√		
Planlı görüşme yapma		√		√	√	√	√							√			
Yüz yüze, göz teması kurarak iletişim			√	√													
İletişim Teknikleri																	
Dinlemek	√	√	√		√	√		√	√		√					√	
Empati kurma								√			√		√			√	
Soru sorma		√		√		√	√										
Telkin etme							√						√				
Kendisini ifade etmesini sağlama	√			√	√		√		√		√				√		√
Sözel ve sözsüz tepkilerini değerlendirme, sessiz iletişim kurma		√			√	√	√			√							
Dokunmak	√	√		√													
Tavsiyede bulunmama				√													
Özel Durumlarda İletişim																	
Öfkeli, agresif ve sıkıntılı olmadığı, sakin olduğu dönemde iletişim kurma					√		√			√							
Kaygısını yönetmeye yönelik görüşme yapma	√			√													
Ağlamasına izin vermek							√										
Köprü Oluşturma					√									√			√

4.2.4. İletişim ve Görüşme Becerilerine İlişkin Müdahaleler

Tablo 4.10.'da cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri kategorisinde iletişim ve görüşme becerileri ana temasına ilişkin altı alt temanın yer aldığı görülmektedir. Bu alt temalar “görüşme ilkeleri”, “güven”, “görüşme ortamı ve şekli”, “iletişim teknikleri”, “özel durumlarda iletişim” ve “köprü oluşturma”dır. Yanı sıra bu altı alt temanın altında başka alt temalar da belirlenmiştir.

Odak grup görüşmelerinde “dokunmak”, “bilgi verme”, “tavsiyede bulunmama” ve “ağlamasına izin vermek” temaları da ortaya çıkmıştır. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Görüşme ilkelerine ilişkin ifadeler şunlardır:

Hemşirelerin dördü **hemşire olarak kendini ve kliniği tanıttıklarını** ifade etmişlerdir:

“Önce hasta kabulümüzde kliniği tanıtıyoruz. Kliniği tanıtmaya, kendimizi tanıtmaya hastaya bir şekilde güven teşkil ediyor.” (H1)

Hemşirelerin ikisi **hastalarla kliniğe ilk girişinden, taburcu olana kadar sürekli iletişim içinde olduklarını** ifade etmişlerdir:

“Hastayla iletişim hasta kliniğe ilk girdiği anda başlıyor. İletişimimiz hasta klinikte yattığı tüm süreç boyunca devam ediyor. Sadece bire bir görüşmelerde değil, klinikte oldukları her an hastayla iletişimimiz devam ediyor.” (H6)

Hemşirelerin ikisi CŞMK bireylere **yargılamadan, suçlamadan yaklaştıklarını** ifade etmişlerdir:

“Onu aşağılayıcı ve ya onu suçlayıcı hiç bir cümle kullanmam. Onu suçlu olarak görmem.” (H6)

Hemşirelerden biri **hastaya güler yüzle ve arkadaşça yaklaştıklarını** ifade etmiştir:

“Hastaya güler yüzle onun güvenini kazanacak şekilde, anne şefkatiyle ya da yaşına göre arkadaşça yaklaşmak.” (H9)

Hemşirelerden biri birey **ilk kime açıldıysa, aynı doktor veya hemşire ile bireysel görüşmelerine devam etmesini sağladıklarını** ifade etmiştir:

“İlk başta doktoruyla görüşmeye gittiğinde orda söylediye tekrar tekrar doktor değiştirmesi ya da hemşire değiştirmesini istemiyoruz. Bir seferde görüşüp, görüşmeyi sürekli aynı kişiyle biz yürütüyoruz.” (H3)

Hemşirelerden dördü bireye **ulaşılabilir olduklarını hissettirdiklerini** ifade etmiştir:

“Hastanın güvende olmasına ilişkin istediği zaman ulaşılabilir olduğumuzu belirtiyoruz.” (H1)

“Konuşmak isterse konuşabileceği hissini vererek, canın sıkılırsa bir şey konuşmak istersen müsaitiz gelebilirsin şeklinde. O hissi ona verdiği zaman, sizi kendine yakın bulduğu zaman, size güveni olursa, sıkıntı yaşayacağını hissettiği an, hemşire odasının önünde oluyor.” (H17)

Hemşirelerden biri CŞMK bireylere temasta çok dikkatli olunması gerektiğini, bu yüzden bireye **izinsiz fiziksel temastan kaçındığını** ifade etmiştir:

“Bu tür hastalarda da fiziksel temasta çok dikkatli olmak gerekiyor. Zaten bir travma geçirmiş onun için cinsiyeti ne olursa olsun fiziksel temasta bulunmadan önce hastayla iyi bir iletişim kurmak gerekiyor. Temasta bulunmak zorunda kalırsak da ilk gelen hastaysa mutlaka hastadan izin alarak yapmak gerekiyor diye düşünüyorum.” (H1)

Hemşirelerden ikisi iletişim aracı olarak **bilgi vermeyi** kullandığını ifade etmiştir:

“Doktor zaten onun ilaç tablasını yazacak, biz onu uygulayacağız. Uygularken de dediğim gibi hastalar korkuyordur da herhangi bir girişim yapıldığında. Anlatırız işte, sana şunu su sebepten yapıyoruz diye, ilaçları veriyoruz biraz daha rahatlarsın diye. Yavaş yavaş hastayla beraber bir takım şeyleri yapmak daha iyi. Ben geliyorum iğne yapacağım sana, neden yapıyorsun iğneyi? O zaten bir şiddete maruz kalmış, benim bu eylemim de ona şiddet gibi gelmesin. Açıklarsak en azından bize de güvenir.” (H10)

“Diğer türlü iletişimde, onu rahatlatma konularında iyi kötü bir becerimiz var. Konuşabiliriz, rahatlatabiliriz, bilgi verebiliriz.” (H11)

Güven sağlamaya ilişkin ifadeler şunlardır:

Hemşirelerin altısı **hasta kendini hazır hissettiğinde, güven bağı kurduğunda, anlattığı kadar bilgi alabildiklerini** ifade etmişlerdir:

“Ona güven veririm önce. Bana güvenmesini sağlarım. Benimle konuşmak istemezse o an konuşmayabilir; konuşmaya asla zorlamam. Sonra uygun bir zamanda bana güvenden sonra kendisi konuşmak istediğinde benimle konuşabileceğini ona iletirim.” (H6)

Hemşirelerin beşi bireyler için **güvende hissedecekleri bir ortam oluşturduklarını** ifade etmişlerdir:

“Çünkü biz onlarla sadece görüşmelerde değil aşağıda uğraşı etkinliklerimizde de beraber olduğumuz için kısa sürede güven oluşuyor.” (H3)

“Onun burada güvenli bir ortamda olduğunu ona hissettirmek. Ona burda kimsenin zarar vermeyeceğini, güvenliğin olduğunu, onun burada koruma altında olduğunu hissettirmek. İletişim uygulamalarımız bunlar.” (H9)

Hemşirelerin dördü bireylerin **yanında olduğunu** hissettirerek destek olduklarını ifade etmişlerdir:

“Bu korku aşamalarında yardımcı, destek oluyoruz. Onların yanında oluyoruz.” (H2)

“...Yanlarında olduğumuzu hissettirmeye çalışıyoruz.” (H5)

Hemşirelerin ikisi bireylerin **hem cinsiyle görüşmeden kaynaklanan rahatlık duygusu yaşayabileceklerini** ifade etmişlerdir:

“Görüşmelerde hemcinsi birisiyle görüşmesi onu daha rahatlatacaktır diye düşünüyorum. Çünkü karşı cinsten birinden çekinebilir söylemek istediklerini söyleyemeyebilir.” (H6)

“En azından bir bayan, kendi cinsi tarafından destek olunabiliyor. Biraz daha güvenleri geliyor. Gerçekten mutlu da olabiliyorlar.” (H7)

Görüşme ortamı ve şekline ilişkin ifadeler şunlardır:

Hemşirelerin sekizi **hasta talebi doğrultusunda görüşme** yaptıklarını söylemişlerdir:

“Burada ilk yatışta hastayla görüşme yapmıyoruz genelde. Yani hasta kendisi görüşmek istiyorsa görüşme yapıyoruz.” (H1)

“...bize anlatmak isterse o zaman bazen yalnız görüşmeyi talep edebiliyorlar.” (H15)

Hemşirelerin altısı **bire bir, uygun ortam koşullarda bireysel görüşme yaptıklarını** ifade etmişlerdir:

“Fiziki koşulların uygun olması gerekiyor. Hastanın dikkatini dağıtacak herhangi bir ortamdan uzak. Yüksek ses olmayacak, karanlık olmayacak.” (H4)

“Bir odaya çekiliyoruz, başka kimse olmadan. Çünkü daha rahat olmaları kendilerini daha rahat ifade etmeleri açısından görüşme yapıyoruz.” (H5)

Hemşirelerin altısı planlı görüşme yapmadıklarını görüşmelerin **spontane** olduğunu ifade etmişlerdir:

“...plansız olarak nöbetlerde gün içerisinde, aktivitelerde falan hastayla öyle iletişime geçmeye çalışıyoruz.” (H9)

“Spontan geliyor. İletişim esnasındaki konuşmalar yönlendiriyor, şekil veriyor ne yöne kayacağına.” (H15)

Hemşirelerin altısı görüşmeleri **planlı yaptıklarını** ifade etmişlerdir:

“Görüşme talebinde bulunuyoruz. Görüşmenin hangi koşullar altında olacağını açıklıyoruz. Ne kadar sürede ve neden görüştüğümüzü belirtiyoruz.” (H4)

“Bazen diyoruz hastalarımıza bir dahaki nöbetimde seninle görüşme yapacağım diye önceden bilgi verebiliyoruz. O zaman hasta da bizimle görüşme yapacağı günü bekliyor. (H5)

Hemşirelerin ikisi bireylerle **yüz yüze, göz teması kurarak iletişim kurduklarını** ifade etmişlerdir:

“Öncelikle hastayla iletişim kurarken aramıza bir objenin girmesini istemiyoruz. Direk karşı karşıya, yüz yüze, göz teması kurarak.” (H4)

İletişim tekniklerine ilişkin ifadeler şunlardır:

Hemşirelerin dokuzu bireylerin anlatmak istediklerini sorgulamadan ve can kulağıyla **dinlediklerini** ifade etmişlerdir:

“Ama hasta görüşmek istediğinde en azından, anlatmak istediklerini, sorgulamadan, irdelenmeden, suçlayıcı olmadan sadece hastayı dinleyerek görüşme yapabiliyoruz.” (H1)

“O anki şikayetini ve ya daha önceki sıkıntıları neyse, başına ne geldiye can kulağıyla dinliyoruz.” (H5)

“Onlar da kendileri anlattıkları için dinledik. Dinledim mi, evet dinledim. Ama sadece dinledim. Sorgulamadım, soru sormadım. O bana anlattığı kadarıyla dinledim.” (H8)

Hemşirelerin üçü bireyin duygularını anlayarak, biri ise bireyi çocuğunun yerine koyarak **empati** yaptıklarını ifade etmişlerdir:

“Burada hastayla sohbet edip onun yaşadıklarına empati kurup onun duygularını daha iyi anlayarak ona yönelik sohbetimizi yapabiliyoruz.” (H11)

“Empati kuruyoruz, senin yaşında benim de çocuğum var şeklinde.” (H8)

Hemşirelerin dördü **soru sormaya** ilişkin açık uçlu, sosyo kültürel düzeylerine uygun ve formlar sınırlarında sorular yönelttiklerini ifade etmişlerdir:

“Genellikle bizim hemşirelik anamnez formlarındaki sorular haricinde çok özele girmiyoruz. Eğer hasta konuşursa, bu konuda iletişime geçerse, o zaman ancak sorabiliyoruz...Hasta tedirgin olacak mı, hasta çekingen davranınca ben de tedirgin oluyorum ve nasıl yaklaşacağımı bilemiyorum. Soracağım soruda bile acaba sorsam mı diye düşünüyorum ya da sormaktan vazgeçiyorum mesela.” (H2)

“Açık uçlu ve kapalı uçlu sorulara dikkat ediyoruz.” (H4)

“İletişim kurarken hastayla onun cevaplayabileceği tarzda, sosyo kültürel düzeyine uygun sorular sormamız gerekli diye düşünüyorum ben.” (H6)

Hemşirelerden ikisi bireyi **telkin ederek** destek olduklarını ifade etmişlerdir:

“Öncelikli olarak bireysel görüşme hastayı telkin etme, sakinleştirme onun yanında olduğunu hissettirmeye yöneliktir.” (H13)

Hemşirelerin sekizi **bireylerin kendisini ifade etmesini sağladıklarını** söylemişlerdir:

“Kendilerini daha rahat ifade etmeleri açısından görüşme yapıyoruz.” (H5)

“Anlatmak için bu hastalar bir fırsat arıyor. Çünkü o sorunla boğuşmak ona sıkıntı veriyor ve anlattığı zaman gerçekten rahatladığını söylüyor.” (H17)

Hemşirelerin beşi bireylerin **sözel ve sözsüz tepkilerini değerlendirdiklerini, sessiz iletişim kurduklarını** ifade etmişlerdir:

“Sözel ve sözsüz iletişimden yararlanıyoruz. Bazen hasta sadece sessiz iletişim kuruyor. Sadece bakışlarıyla duruşuyla bize yardım çığlığını gösterebiliyor.” (H2)

“Ben onun hareketlerinden ne söylemek istediğini anlamalıyım. Belki bana anlatmamıştır ama benim beden dilinden anlamam lazım.” (H10)

Hemşirelerden üçü iletişim tekniği olarak **dokunmayı** kullanıklarını söylemiştir:

“Ağladığı zaman dokunuyoruz.” (H2)

“Belki şöyle bir dokunmak ona iyi gelecektir; bu anlamda gerçek dokunmak.” (H4)

Hemşirelerden biri **tavsiyede bulunmaktan kaçındıklarını** ifade etmiştir:

“Tavsiyede bulunmayız mesela. Çünkü bize göre doğrudur.” (H4)

Özel durumlarda iletişim kurmaya ilişkin ifadeler şunlardır:

Hemşirelerden üçü bireylerle **öfkeli, agresif ve sıkıntılı olmadığı, sakin olduğu dönemde iletişim kurduklarını** ifade etmişlerdir:

“Bazı hastalar öfkeli agresif olabiliyorlar, o zamanlarda iletişime zaten geçilemiyor. Onların sakin olduğu bir zamanda iletişime geçilmesi gerekiyor.” (H5)

Hemşirelerden ikisi bireylerle **kaygısını yönetmeye yönelik görüşme yaptıklarını** ifade etmişlerdir:

“Anksiyetesi varsa mesela o an, anksiyetesini azaltacak, kendisini daha iyi ifade edebilmesi için anksiyetesini azaltacak teknikler ya da konuşmalar yapıyoruz.” (H4)

Hemşirelerden biri bireyin **ağlamasına izin vererek** görüşmeyi sürdürdüğünü ifade etmiştir:

“Ben bir keresinde ağlamakta olan bir hastama “görüşmeye devam edebilecek misiniz” diye sormuştum. “ Şu an kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Devam edemeyeceksiniz burada kesebiliriz, ya da siz kendinizi hazır hissediyorsanız devam edebiliriz görüşmeye.” Dediğimi hatırlıyorum. Tamam ağladı, ama sonra devam etmişti. Böyle bir görüşmem olmuştu.” (H7)

Hemşirelerden üçü doktor ile hasta arasında **köprü oluşturmayı** sağladıklarını ifade etmişlerdir:

“Hekimle arasındaki bağı kurma olabilir. Bu arada bence hemşire önemli bir görev üstleniyor. Çünkü bağ kuran ara bir istasyon gibi düşünebilirsiniz.” (H17)

4.2.5. Yasal ve Etik Sorumluluklara İlişkin Müdahaleler

Tablo 4.11. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik yasal ve etik sorumluluklara ilişkin müdahaleleri

Ana Tema: Yasal ve Etik Sorumluluklar	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Mahremiyet ve gizliliği sağlama	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√		√		√	√
Adli olgu olarak değerlendirme	√		√					√			√		√				√
Kişiyi koruma adına güvenlik önlemleri alma			√						√			√			√	√	√
Yasal bildirim olarak bir üst sorumluya iletme					√	√	√			√		√		√			
Adli süreçlerin takibinde-sorgulanmasında sosyal hizmet uzmanlarından destek alma								√					√				√
Ekiple paylaşma	√					√										√	
Onları klinikte ve dışarda yaşayabileceği tehlikelerden korumaya ve güçlendirmeye yönelik uygulamalar yapma			√				√						√				
Saygı duyma	√					√			√								
Adli olgu olarak bildirimde bulunma															√	√	
Adli süreçler konusunda yönlendirme, bilgilendirme									√				√				
Hastadan onam alma	√					√											
Yasal ve etik sorumluluk olarak gözlem yapma	√																
Hemşire gözlem formundaki kayıtların sözel olarak paylaşılması	√	√		√	√	√											

Tablo 4.11.'de cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri kategorisinde yasal ve etik sorumluluklar ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Odak grup görüşmelerinde ek olarak “hemşire gözlem formundaki kayıtların sözel olarak paylaşılması” teması ortaya çıkmıştır. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerden 14'ü bireylerin **mahremiyet ve gizliliğini sağladıklarını** ifade etmişlerdir:

“Dışardan herhangi bir kişiye bilgi vermiyoruz. Hastanın sadece görüşmek istediği kişilerle görüşmesini sağlıyoruz, onun haricindekilerin görüşmesine engel koyuyoruz.” (H1)

“Ben onun sırdaşı ya da arkadaşı değilim. Sadece bana söylediği için bende kalmasının doğru olduğunu düşünmüyorum...bize anlatacakları herşeyin dışardan herhangi bir insanın bilmeyeceğini, sadece sağlık çalışanlarının anlatacaklarını bileceğini söylüyoruz..” (H4)

“Mahremiyetine mutlaka dikkat edilmeli. Eğer mesela aynı odada, bizim hasta odalarımız ikişer kişilik, yanında bayan hasta yatıyor ama refakatçisi erkekse eğer cinsel istismara maruz kalmış kişi bir bayansa o erkek refakatçiden rahatsız olabilir...” (H6)

Hemşirelerden altısı cinsel şiddete maruz kalma durumunu **adli olgu olarak değerlendirdiklerine** ilişkin ifadelerde bulunmuşlardır:

“Adli her ne olursa olsun bütün adli vakaları aynı kabul ediyoruz.” (H1)

“Yasal olarak adli vaka olduğu için yatan hastanın yattığını takip eden ertesi günü mutlaka adli olgu evraklarının tam olup olmadığını kontrol ediyoruz.” (H13)

Hemşirelerden altısı CŞMK bireyler için **güvenlik önlemleri aldıklarını** ifade etmişlerdir:

“Mümkün olduğunca hasta koruyucu davranmaya çalışıyoruz. Kliniğimizi bazı kuralları var ve biz yasal boyutta ve etik boyutta olduğunu biliyoruz. Hastayı korumak namına bazı şeylerin yapıldığını biliyoruz.” (H3)

Hemşirelerden altısı cinsel şiddete maruz kalma durumunu **yasal bildirim olarak bir üst sorumluya ilettiklerini** ifade etmişlerdir:

“Doktoruna söylerim. Doktoru artık yasal olarak neler yapılması gerektiğini biliyor mu bilmiyorum.” (H12)

“Ve konu hakkında adli kurumların bilgisi yoksa onlara iletmek için bir üstüme iletirim. Onlara nasıl iletileceğini de bilmiyorum. Direkt biz mi arıyoruz, ne oluyor? Yani en

azından üstlerime danışarak böyle bir olayın olduğunu, adli kurumlara iletilmesini gerektiğini iletirim.” (H14)

Hemşirelerden üçü **adli süreçlerin takibinde-sorgulanmasında sosyal hizmet uzmanlarından destek aldıklarını** ifade etmişlerdir:

“Burada konu adli ve sosyal hizmet uzmanından yardım gereksinimimiz oluyor, soruyoruz. İhtiyaçlarımız daha çok, yasal konularda, sosyal hizmet alanlarında oluyor.” (H17)

Hemşirelerden üçü cinsel şiddete maruz kalma durumunu **ekiple paylaştıklarını** ifade etmişlerdir:

“Görüşmede ilk kez bize söylüyor olabilir. Böyle bir durumda hasta onayıyla birlikte ekiple paylaşılır...” (H6)

Hemşirelerden üçü **CŞMK bireyleri klinikte ve dışarda yaşayabileceği tehlikelerden korumaya ve güçlendirmeye yönelik uygulamalar yaptıklarını** ifade etmişlerdir:

“Hani onları burada ve dışarda yaşayabileceği tehlikelerden korumaya yönelik ve kendini güçlü hissetmesine yönelik şeyler yapmaya çalışıyoruz.” (H3)

Hemşirelerden üçü **bireylere saygı duyduklarını** ifade etmişlerdir:

“Hastalarla iletişim konusunda güler yüzlü, hastaya ön görülü, ön yargılı değil ön görülü, hastanın anlattığı her şeye saygı duyarak, dinleyerek çalışıyoruz.” (H9)

Hemşirelerden ikisi cinsel şiddete maruz kalma durumunu **adli olgu olarak bildirimde bulduklarını** ifade etmişlerdir:

“Adli bir vakaysa adli olgu bildiriminin yapılmasını sağlıyoruz.” (H15)

Hemşirelerden ikisi **adli süreçler konusunda yönlendirme ve bilgilendirme yaptıklarını** ifade etmişlerdir:

“Daha sonra da zaten gerekli mercilere hastayı yönlendiririz. Hastanın şikayette bulunması, suç duyurusunda bulunması gerektiği konusunda hastayla konuşuruz.” (H9)

Hemşirelerden ikisi CŞMK bireylere temas öncesinde ve bu durumu ekiple paylaşma konusunda **hastadan onam aldıklarını** ifade etmişlerdir:

“İzinsiz bir müdahale var. O yüzden tekrar izinsiz bir müdahaleyi yapmak istemem. Zaten adli süreçte çok da istemese de bir travmaya maruz kalıyor, tetkik yapılıyor, saç örneği alınıyor, sperm örneği alınıyor, zaten yeterince dokunuluyor, travmatize ediliyor hasta. Arkasından ben şahsen, müsaade alınmadan dokunulmasını istemem kendi adıma da olsa. Müsaade almadan dokunmuyorum... Hasta ilk defa dile getiriyorsa, sağlık ekibiyle paylaşıp paylaşmama konusunda kişinin onamını almak gerekiyor.” (H1)

Hemşirelerden biri **yasal ve etik sorumluluk olarak gözlem yaptığını** ifade etti:

“... hastayı gözlemliyoruz. Bu olayın kendisinde ruhsal ne gibi sıkıntıya neden olduğu ciddi bir depresyon ya da post travmatik stres bozukluğuna sebep olmuş mu olmamış mı?” (H1)

Hemşirelerden beşi **hemşire gözlem formundaki kayıtların doktorlar ile sözel olarak paylaşıldığını** ifade etmişlerdir:

“Bizim gözlemimizi soruyor hekimler. Bizim yazılı olarak koyduğumuzu okuyup, delil olarak adli süreçte kullanmıyorlar. Ama visitlerde biz gözlemlerimizi paylaşıyoruz.” (H1)

4.3. Hemşirelerin Cinsel Şidete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Hemşirelerin cinsel şidete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin, kavramsal çerçevede oluşturulan beş ana tema altında toplandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunlar “öykü alma”, “kanıt toplama”, “hemşirelik girişimlerine karar verme”, “iletişim ve görüşme becerileri”, “yasal ve etik sorumluluklar”dır.

4.3.1. Öykü Almaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Tablo 4.12. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik öykü almaya ilişkin bilgi gereksinimleri

Ana Tema: Öykü Alma	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Öykü alırken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin			√	√				√		√							
Öykü alırken aile engelini aşabilmeye ilişkin				√				√									
Öykü alırken bireyi ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin		√															

Tablo 4.12.'de cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimi kategorisinde öykü alma ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerden dördü **öykü alırken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin bilgi gereksinimleri olduğunu** ifade etmişlerdir:

“Bu durumu çok ifade ettikleri için ve burası psikiyatri kliniği, yataklı klinik, bu onların gerçekten bir durumu mu yoksa hastalıklarından dolayı mı çok emin olmakta bazen güçlük yaşıyoruz.” (H3)

“Bizim bazı hastalarımız diyor işte; bana çocukken tecavüz edildi. Ama gerçekten yapılmış mı, nerde doğru söylüyor, neresi hayal gücü bilemiyoruz.” (H10)

Hemşirelerden ikisi bireyle birebir görüşme yapamadıklarını ya da cinsel şiddet durumundan şüphelendiklerinde olayın ortaya çıkmaması için ailenin apar topar hastasını taburcu etmesi sebebiyle yeterince veri toplayarak durumu açıklaştıramadıklarını; dolayısıyla **öykü alırken aile engelini aşabilmeye ilişkin** güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir:

“Bir tane vardı mesela; biz onunla iletişim kurarken bile babası yanında. Babası onu gruptan soyutlamış durumdaydı.” (H4)

“Aile içinde bir cinsel saldırıya uğradığımı düşündüğümüz hastalarımız vardı ama hasta yakınları tarafından kapatıldı. İletişime geçtik, konuşmaya çalıştık ama her seferinde hastayı yalnız bırakmadılar...her seferinde kapattırdılar o konuyu ve hastalarını taburcu ettirip evlerine götürdüler.” (H8)

Hemşirelerden biri **öykü alırken bireyi ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin** bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmiştir:

“... fiziksel değerlendirme bize gelmiyor ama ruhsal değerlendime sosyal değerlendirme az çok bize geliyor. Ama bununla ilgili yeterince eğitim almadığımız için neyi gözlemleyeceğimizi neye bakacağımızı çok bilmiyoruz. Orada sıkıntı yaşıyoruz.” (H1)

4.3.2. Kanıt Toplamaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Tablo 4.13. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik kanıt toplamaya ilişkin bilgi gereksinimleri

Ana Tema: Kanıt Toplama	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Kanıt toplama süreci	√				√	√			√					√	√		
Kanıt tanıma														√			

Tablo 4.13.'te cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimi kategorisinde, kanıt toplama ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin altısı **kanıt toplama** süreci hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir:

“Kanıtların nasıl toplandığına dair de bir bilgiye sahip değilim.” (H6)

Hemşirelerin biri **kanıtı tanımadığını** ifade etmiştir:

“Kanıt derken burada neyi kastediyoruz bilmiyorum ama hastadan aldığımız bilgilerin doğruluğu ise bu; hastadan ziyade hasta yakınlarından aldığımız bilgilere daha çok güveniyoruz.” (H14)

4.3.3. Hemşirelik Girişimlerine Karar Vermeye İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Tablo 4.14. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik girişimlerine karar vermeye ilişkin bilgi gereksinimleri

Ana Tema: Hemşirelik Girişimlerine Karar Verme	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
CŞMK bireye yaklaşım ve müdahaleye ilişkin	√	√		√	√		√	√	√	√		√	√	√	√	√	
Hemşirelik girişimlerine karar verirken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin				√													
Taburculuk eğitimi ve sonrası izlem ve rehberlikle ilgili									√								

Tablo 4.14.'te cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimi kategorisinde, hemşirelik girişimlerine karar verme ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerin 13'ü **CŞMK bireye yaklaşım ve müdahaleye ilişkin bilgi gereksinimi** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Hastaya nasıl yaklaşacağımız konusunda sıkıntı yaşıyoruz. En büyük sıkıntımız da bu. Yani hastayla iletişim kurmakta bazen çok zorlanıyoruz.” (H1)

“Bu konuyla ilgili hiç çalışma yapmadığım için ne varsa, bütün bilgiler gereksinimdir.” (H4)

“...bu vakaya nasıl yaklaşacağımı bilmiyorum. Hastanın bu konuda, direk konuyu mu anlatmasını istemeliyim? Yoksa bu konuyu bir süre askıya mı almalıyım? Ne zaman görüşmeye başlamalıyım? Bilmiyorum. Çok eksiklerim olduğunu düşünüyorum.” (H14)

Hemşirelerin biri **hemşirelik girişimlerine karar verirken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin bilgi gereksinimi** olduğunu ifade etmiştir:

“...ayırt etmesi bizim için biraz zor bir süreç. Maddenin etkisiyle o tip uygunsuz ilişkiler yaşamış ya da hastalığın etkisiyle öyle uygunsuz ilişkiler yaşamış ama karşıdan bir şiddet görmemiş...cinsel şiddet boyutuna da geçmiş olabilir mi diye sorularımız oluyor. Bize tam kesin ifade edilmediği için müdahale edemiyoruz.” (H3)

Hemşirelerin biri **taburculuk eğitimi ve sonrası izlem ve rehberlikle ilgili bilgi gereksinimi** olduğunu ifade etmiştir:

“Taburculuk sonrası nasıl bir yol izlemeli, bu kişi ne yapmalı? Biz hastalara taburculuk eğitimi veriyoruz ama bu kişilere özgü, dışarda nasıl bir yol izleyebilir konusunda değil.” (H7)

4.3.4. İletişim ve Görüşme Becerilerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Tablo 4.15. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik iletişim ve görüşme becerilerine ilişkin bilgi gereksinimleri

Ana Tema: İletişim ve Görüşme Becerileri	Hemşire																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Hemşirenin kendini tanıması ve duygularını yönetebilmesi konusunda	√	√		√	√	√				√		√					√
Zarar vermeden yardımcı olma konusunda	√	√	√	√					√	√		√					
Kendini anlatamayan, iletişime kapalı hastaya yaklaşım konusunda	√							√	√	√	√		√				√
Görüşme becerileri ve teknikleri konusunda	√		√		√							√		√			
Cinselliği konuşma konusunda				√													√
Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin tepkilerini tanıma konusunda	√							√				√					
Konuya özel yapılandırılmış görüşme konusunda	√																

Tablo 4.15.’te cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleri kategorisinde, iletişim ve görüşme becerileri ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Odak grup görüşmelerinde, “cinsel şiddete maruz kalmış bireyin tepkilerini tanımaya ilişkin bilgi gereksinimi” ve “konuya özel

yapılandırılmış görüşmeye ilişkin bilgi eksikliği” alt temaları ortaya çıkmıştır. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

İletişim ve görüşme becerilerine ilişkin gereksinimlere yönelik bazı ifadeler şunlardır:

Hemşirelerden sekizi **kendini tanınması ve duygularını yönetebilmesi konusunda bilgi gereksinimleri** olduğunu ifade etmişlerdir:

“...kendi yargılarımız, kendi değerlerimiz, kendi kaygılarımız; bu bizim kişiliğimizle alakalıdır. Kendimiz bir bariyer belki de oluşturuyoruzdur....En fazla gösterdikleri duygu durumları ağlamaları, o zaman işte sessiz kalıp ağlamanın bizde yarattığı anksiyeteye dayanmamız gerekiyor aslında orada. Hastayla iletişim kuramamanın da bizde yarattığı anksiyeteye dayanamadığımız için görüşmeleri kısa tutabiliyoruz...” (H1)

“Şimdi hepimiz bir anneyiz, bir bireyiz, hepimiz önce öfkeleniyoruz ama bu öfke kime yarar yani. Burada o öfkeyi, kendi duygularını kontrol altına alacaksın ki karşındakine bir verimlilik olsun, bir faydası olsun. Önce benim nerede duracağımı bilmem gerekir. Ben güçlü olmalıyım, kendimi duygularımı kaptırmamam lazım.” (H10)

Hemşirelerden yedisi kırmadan, yanlış anlaşılardan, **zarar vermeden yardımcı olma konusunda bilgi gereksinimi** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Bazen söylediğimiz başka bir şey de onun için yanlış anlaşılırsa daha kötü bir etki oluşturabilir. Bilinçli olarak konuşmak gerekir hastalarla.” (H1)

“Acaba onu kırar mıyız, ona zarar verir miyiz diye korktuğumuz için açıkçası kafamızda bizim de soru işaretlerimiz oluyor, yaklaşırken çekiniyoruz.” (H’)

“...hani fayda veremeyeceğimi biliyorum, bilgi eksikliğimden dolayı. Zarar vermemek amacım.” (H4)

Hemşirelerden yedisi **kendini anlatamayan, iletişime kapalı hastaya yaklaşım konusunda bilgi gereksinimi** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Hasta kendini kapattığı için iletişim kurmakta zorlanıyoruz.” (H1)

“...birey ilk geldiği zaman anlatma taraftarı olmuyor. Şiddete uğrayan bir kişi genelde depresyonda oluyor, üzgün oluyor, bu konuyu açması biraz zaman alıyor. Diğer hastalarımızla iletişim kurmuyor.” (H17)

Hemşirelerden beşi **görüşme becerileri ve teknikleri konusunda bilgi gereksinimi olduğunu** ifade etmişlerdir:

“...bu bireylerle görüşme yürütürken nelere dikkat edilmesi gerekiyor; gibi bir başlıkta bilgi gereksinimim olabilir.” (H3)

“Ben on yıl psikiyatri servisinde çalışsam da görüşme becerisi kazanabileceğimi sanmıyorum. Öğrenmek gerekiyor, ipuçlarını da tekniklerini.” (H12)

Hemşirelerden ikisi **cinselliği konuşabilme konusunda zorlandıklarını** ifade etmişlerdir:

“Cinselliği konuşmak kadın kadına olsa bile zor geliyor. Toplumsal bir bakış açısından kaynaklanıyor.” (H3)

“Bunlar toplumda gizli kalmış yasak ayıp günah kavramıyla üzeri örtüldüğü için kişilerin kendini yeterince ifade edemediği ve edemeyeceğini düşünüyorum.” (H15)

Hemşirelerden üçü **cinsel şiddete maruz kalmış bireyin tepkilerini tanıma konusunda bilgi gereksinimleri** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Kısacası taciz ya da tecavüze uğramış bireyin ne yaşadığını anlamalıyız ki ona yardım edebilelim. Onun duygu ve düşünceleri ne, buna bağlı neler oluyor’ u bilmeliyiz.” (H1)

“...o kişinin duyguları, hissettikleri, ailesinin toplumun ona karşı tepkileri öğrenilebilir. Bunlara yönelik çalışma yapılsa ve eğitim içerikleri bu verilerle oluşturulsa doğru olur mu? Bilemeyiz çünkü ne yaşadıklarını.” (H7)

“Bir de daha çok istismara maruz kalan kişinin o anki düşünceleri nasıl olabilir? Onun tepkilerini bilmek daha önemli. Biz bir şekilde kendimiz az çok sağlıkçıyız bazı şeyleri yaşamışız ama onun o içindeki duyguya göre nasıl davranabiliriz.” (H11)

Hemşirelerden biri **konuya özel yapılandırılmış görüşmeye ilişkin bilgi eksikliği olduğunu** ifade etmiştir:

“Olaydan sonra, bu olay sadece travmatik değil, onun sonucundaki adli süreçlerde, ailedeki travmaları da ekleniyor. Bununla ilgili özel bir yapılandırılmış bir görüşmenin olması gerekir. Ama bunu bize nasıl yapacağımızı bilemiyoruz.” (H1)

4.3.5. Yasal ve Etik Sorumluluklara İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Tablo 4.16. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik yasal ve etik sorumluluklara ilişkin bilgi gereksinimleri

Ana Tema: Yasal ve Etik Sorumluluklar	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alt Temalar																	
Adli süreçler, yasal boyut ve etik sorumluluklar	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√				√	√
Adli kurumlara bildirim yapılaş şekli					√	√	√		√		√		√				
Yasal ve etik açıdan başvurulacak kurum ve kuruluşlar									√	√		√					
Yasal ve etik süreçlere uygun kayıt tutma	√						√			√							
Mahremiyet ve sır saklamanın sınırları										√							

Tablo 4.16.’da cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleri kategorisinde, yasal ve etik sorumluluklar ana temasına ilişkin ortaya çıkan alt temalar verilmiştir. Odak grup görüşmelerinde ek olarak “mahremiyet ve sır saklamanın sınırları” alt temaları ortaya çıkmıştır. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Hemşirelerden 13’ü **adli süreçler, yasal boyut ve etik sorumluluklar hakkında bilgi gereksinimleri olduğunu** ifade etmişlerdir:

“...yasalar nedir, kanunlar nedir, neyi nereye kadar izin veriyor....Bu hastalar bize gelmeden önce ne tür aşamalar geçirdiğine dair çok bilgimiz olmuyor. O adli süreçten ne gibi bir travmaya maruz kaldığını bilmiyoruz.” (H1)

“Yasal sorumluluklar hakkında bilgim yok açıkçası ne yapılıyor? Taciz ve tecavüzlerde yapılacak ne var? bilmiyorum... Acilde psikiyatri doktoru mu değerlendiriyor? Devlet hastanelerinde adli tıp falan var mı?....Sadece doktorla paylaşırız muhtemelen. Yasal olarak nereye gideceğimizi bilmiyoruz. Ben onun onayını almadan gidip yasal süreç başlatabilir miyim?” (H12)

Hemşirelerden altısı **adli kurumlara iletmek için bildirim yapıpı şekline ilişkin bilgi gereksinimleri** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Yasal olarak bir işlem, aile ile nasıl görüşülür, nasıl haber verilir bunları bilmiyorum.” (H7)

“Ve konu hakkında adli kurumların bilgisi yoksa onlara iletmek için bir üstüme iletirim. Onlara nasıl iletileceğini de bilmiyorum. Direk biz mi arıyoruz, ne oluyor?” (H14)

Hemşirelerden üçü **yasal ve etik açıdan başvurulacak kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi gereksinimleri** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Bu insanlardan böyle birşey öğrendiğimiz zaman nereye başvurmamız gerektiği konusunda herhangi bir kurum, kurul var mı?” (H9)

“Birisini tacize uğradım nereye başvurmam gerekiyor diye sorsa, ne yapacağımı bilmiyorum. İlk önce hastaneye mi başvurulur, emniyete mi başvuruluyor bilmiyorum açıkçası.” (H12)

Hemşirelerden üçü **yasal ve etik süreçlere uygun kayıt tutma konusunda bilgi gereksinimleri** olduğunu ifade etmişlerdir:

“Yani bunlar resmi doküman oluyor. Neyi biz yazacağız, neyi yazmayacağız, hangi ifadeler kullanılacak, bunların hepsi önemli yani. Bu tür şeyler bazen adli vaka da oluyor. O yüzden ne yazacağımız ne yazmayacağımız konusunda eğitilsen daha iyi olur.” (H10)

Hemşirelerden biri **mahremiyet ve sır saklamının sınırları konusunda bilgi gereksinimi** olduğunu ifade etmiştir:

“Hasta bana belki gizli bir şeyler söyledi, ne derecede başkalarıyla paylaşabilirim? Doktoruyla mutlaka paylaşılacak ama ne kadarı paylaşılacak? ...o konuda nerde durabiliriz, nereye kadar gidebiliriz? Ben de tereddüt ederim.” (H1)

4.4. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma Konusunda Beklenti ve Önerileri

Bu bölümde hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışma konusunda beklenti ve önerileri kategorisi altında temaların “Kurumsal”, “Meslektaşlar”, “Diğer çalışanlar”, “Eğitimciler” ve “Toplumsal” olmak üzere beş ana tema altında toplandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu temalar altında toplanan alt temalar Tablo 4.17’de verilmiştir. Odak grup görüşmelerinde ek olarak sayısal ve niteliksel olarak yeterli barınma olanağının (sığınma evleri) artırılması önerisi ortaya çıkmıştır. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Kurumsal beklenti ve öneriler şunlardır:

Hemşirelerden 14’ü **CŞMK bireylere yaklaşım konusunda eğitim verilmesi ve uygun çalışma ortamı sağlanması** gerekliliğini ifade etmiş ve bu yöndeki beklentisini dile getirmiştir:

“Kurumsal olarak yapılması gereken bize uygun bir çalışma ortamı, uygun eğitim sağladığında bu tür vakalara yardımcı olabileceğimizi düşünüyorum.” (H14)

Hemşirelerden dördü **CŞMK bireylerle çalışırken bilinmesi gereken yasal ve etik sorumluluklara ilişkin tüm hastane genelinde bir talimat-prosedür oluşturulması gerektiğini** ifade etmişlerdir:

“Evet kurumsal olarak prosedür ve talimatın olması gerektiğini düşünüyorum.” (H1)

Hemşirelerden üçü **CŞMK bireylere özgü hastanelerde ayrı bir klinik ya da departmanda hizmet verilmesini** önermişlerdir:

“Kesinlikle ayrı bir departman kurulmalı; çocuklar için ve büyükler için. Büyük bir sorun bu, bedene gelen bir yara iyileşip geçiyor ama ruhun yarası geçmiyor. Onun için ayrı bir departman kurulup gerçekten bunlara sonrasında çok iyi destek olup bunu da devam ettirmek gerekiyor.” (H12)

Hemşirelerden ikisi **konuya özgü değerlendirme formu olması** gerektiğini ifade etmişlerdir:

“Bunun için yapılandırılmış özel bir görüşme ya da veri alma formu, onunla ilgili bir şey, veri alma formu eksikliğimiz var. Böyle bir şeyimiz yok.” (H1)

Hemşirelerden ikisi **CŞMK bireylerin taburculuk sonrası kontrolleri, izlem süreci olması** gerektiğini ifade etmişlerdir:

“...taburculuk sonrasında da kişinin gelmesi konusunda telkinde bulunmak gerekebilir. Yaklaşık iki yıldır buradayım ve bu şekildeki hastalarımız, sosyal endikasyonlu hastalarımız bakım evlerine yerleşmiş ve orada hayatlarını daha iyi bir şekilde devam ettirdiklerini düşünüyorum.” (H13)

Hemşirelerden biri **CŞMK bireylerle çalışan kişilerin yerlerinin değiştirilmemesi, branşlaşmaya gidilmesini** önermiştir:

“Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışma konusunda hemşirelik hizmetlerine maruz kalan böyle kişilerle kliniklerde veya çalışılan yerlerde çalışanların çok fazla değiştirilmemesi, genelde aynı kişilerin çalışmasını önerebilirim.”(H6)

Meslektaşlardan beklentiler şunlardır:

Hemşirelerden dördü **eğitimlerle kişisel gelişimin sağlanması** gerektiğini ifade etmişlerdir:

“Kendimizi geliştirmeliyiz diye düşünüyorum. Hemşirelik mesleğini geliştirebiliriz.” (H2)

Hemşirelerden dördü **etik ilkeler çerçevesinde çalışma ve duyarlı olmanın** gerekliliğini ifade etmişlerdir:

“İlk önce etiğe uymalarını isterdim.” (H8)

Hemşirelerden üçü **bütünün içinde yer almak ve uyumlu çalışmak** gerektiğini ifade etmişlerdir:

“Dediğim gibi bu bir bütün. Neler yapmamız gerektiği konusunda bu bütünün içinde yer alalım ve bunları uygulamaya dönüştürelim.” (H15)

“Meslektaşlarım da bu konuda yeterli donanıma sahip olduğunda hepsi üzerine düşeni yapacaktır. Onlardan da bu konuda uyum içinde çalışmayı beklerim.” (H14)

Diğer çalışanlardan beklentiler şunlardır:

Hemşirelerin ikisi **CŞMK bireylere ve diğer hastalara yaklaşım konusunda destek hizmet personelinin eğitim alması** gerektiğini ifade etmişlerdir:

“Bazen eleman yetersizliğinde takviye personel geliyor. Burada çalışmadığı için ve klinik işleyişini ya da klinikle ilgili diğer hasta profilini bilmediği için, nasıl davranacaklarını bilmiyorlar. Bu hastalara çok irdeleyici, nasıl oldu, ne zaman oldu gibi deşici sorular sorabiliyorlar. Ya da cinsel şiddete maruz kalmış bireylerde bazen farklı, daha çok cinsel isteği olduğu bireylerle de karşılaşıyoruz. O zaman da bu tür personele özellikle erkek personele yaklaşımda, personel nasıl davranacağını bilemeyebiliyor. Bu da gerçekten sıkıntı yaratıyor klinikte. Bunun için personellerin de özellikle eğitim alması gerektiğini düşünüyorum bu konuda.” (H1)

Hemşirelerden biri **ekip çalışması olması** gerektiğini ifade etmiştir:

“Diğer çalışma arkadaşlarım konusunda ekip çalışması olduğunu düşünüyorum. Yani onları ayırt etmek istemiyorum. Gerek güvenlik gerek temizlik çalışanları olarak onların da bu ekip içerisinde olduğunu düşünüyorum.” (H13)

Hemşirelerden biri **insan odaklı davranmanın** gerekliliğini ifade etmiştir:

“Bizim servisimizde Şu anda yok ama daha insan odaklı davranmaları gerekiyor tabi.
(H9)

Eğitimcilerden beklentiler Şunlardır:

Hemşirelerden 11’i **eğitim ve bilgi g¼ncelleme konusunda destek beklediklerini** ifade etmişlerdir:

“Özellikle eğitimcilerin bu konuda daha donanımlı ve hakim olduklarını d¼Őündüğ¼m için bu konuda eğitim vermeliler...özellikle bu konuda acil, adli ve tabii ki psikiyatri kliniklerinde eğitimcilerin bu konuda bize destek vermesi gerektiğini d¼Őünüyorum.”
(H1)

Hemşirelerden ikisi **lisans eğitim müfredatına konuya özg¼ ders içeriği eklenmesi gerektiğini** ifade etmişlerdir:

“Tabii ki eğitimciler de lisans eğitimi sırasında, öğrencilik döneminde bu konularda eğitimlerini arttırsalarsa, bu konulara yönelik derslerde eğitimler verilerse yeni yetiŐen neslin bu konularda daha bilinçli olacağını, hemşirelik mesleği ve toplum adına daha yararlı olacağını d¼Őünüyorum.” (H2)

Toplumsal alanda öneriler Şunlardır:

Hemşirelerden üç¼ **toplumsal olarak bilinçlenmenin sağlanması** gerektiğini ifade etmişlerdir.

“B¼y¼k çaplı panellerde bilinçlendirme toplantıları yapılabilir.” (H5)

Hemşirelerden ikisi **kadınlarda cinsel Şiddete maruz kaldıkları zaman ne yapabilecekleri konusunda eğitilmesi** gerektiğini ifade etmişlerdir:

“Toplumda kadınlar buna maruz kaldıkları zaman susmamalı, ne yapabilecekleri konusunda eğitilmelidirler.” (H17)

Hemşirelerden biri **cinsel eğitim verilerek, toplumdaki cinselliğin ayıp g¼nah algısının yıkılmasının sağlanması** gerektiğini ifade etmiştir:

“Özellikle cinselliğin ayıp olmadığı, günah olmadığı öncelikle ekarte edilmesi gerektiğini düşünüyorum. İyi bir cinsel eğitim, seks, kadının organını tanması açısından işte eğer cinsel hayatı varsa bununla ilgili, buna yönelik bir eğitim olmalı diye düşünüyorum.” (H16)

Hemşirelerden biri **sadece fiziksel değil, duygusal açıdan da sağlıklı bireyler yetiştirilmesi için küçük yaşlarda cinsellik eğitimi verilmesi** gerektiğini ifade etmiştir:

“Cinselliğin gayet doğal olması gereken birşey olduğunu bireylere eğitimin öncelikle küçük yaşta verilmesi gerektiğini düşünüyorum.” (H15)

Hemşirelerden biri **ilkokuldan liseye kadar okullarda özel danışmanlar olması** gerektiğini ifade etmiştir:

“Çocukluktan, gençlikten itibaren okullarda özel danışmanlar olabilir. Mesela ortaokullarda, liselerde psikolojik danışmanlar var ama ilkokulda yok. İlkokul çağından da olmalıdır. Çünkü bu tarz tacize maruz kalan çocuklar bunu ilk kiminle paylaşıyor, genelde psikolojik danışmanlarla paylaşıyor. Tacize uğradıysa, bir şeye maruz kaldıysa ilk olarak onlara anlatıyor. Ondan sonra olaylar çocukluk döneminde ortaya çıkıyor.” (H17)

Hemşirelerden biri **cinsel danışmanlık ve eğitim merkezleri, konuya özgü poliklinikler, klinikler açılmasını** önermiştir:

“Mutlaka büyük illerde cinsel danışmanlık, eğitim merkezleri kurulmalıdır. Bununla ilgili poliklinikler açılmalıdır. Yani cinsel şiddete maruz kalmış kişinin nasıl davranması gerektiğini, ona bir yol çizebilecek klinikler, yardım kuruluşları olmalı; destek sağlanmalıdır.” (H17)

Hemşirelerden ikisi **sayısal ve niteliksel olarak yeterli barınma olanağının (sığınma evleri) artırılması** önerisinde bulunmuşlardır:

“Sığınma evlerindeki hizmet yeterli mi? Bu sığınma evleri ihtiyaçlarını çok da karşılamıyor bence.” (H12)

Tablo 4.17. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışma konusunda beklenti ve önerileri

Beklenti ve Öneriler	Hemşireler																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Kurumsal																	
CŞMK bireylere yaklaşım konusunda eğitim verilmesi ve uygun çalışma ortamı sağlanması	√	√	√		√	√	√	√	√	√	√		√	√	√	√	
CŞMK bireylerle çalışırken bilinmesi gereken yasal ve etik sorumluluklara ilişkin tüm hastane genelinde bir talimat-prosedür oluşturulması	√		√					√						√			
CŞMK bireylere özgü hastanelerde ayrı bir klinik ya da departmanda hizmet verilmesi												√		√		√	
Konuya özgü değerlendirme formu olması									√		√						
CŞMK bireylerin taburculuk sonrası kontrolleri, izlem süreci olması				√									√				
CŞMK bireylerle çalışan kişilerin yerlerinin değiştirilmemesi, branşlaşmaya gidilmesi						√											
Meslektaşlar																	
Kişisel gelişim ve eğitim almak		√	√										√				√
Etik ilkeler çerçevesinde çalışma ve duyarlı olma			√					√	√						√		
Bütünün içinde yer alma, uyumlu çalışma														√	√	√	
Diğer çalışanlar																	
Destek hizmet personelinin eğitim alması	√								√								
Ekip çalışması													√				
İnsan odaklı davranma									√								
Eğitmciler																	
Eğitim ve bilgi güncelleme	√		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
Lisans eğitim müfredatına konuya özgü ders içeriği eklenmesi		√	√														
Toplumsal																	
Toplumsal olarak bilinçlenmenin sağlanması					√											√	√
Kadınların cinsel şiddete maruz kaldıkları zaman ne yapabilecekleri konusunda eğitilmesi					√												√
Cinsel eğitim verilerek, toplumdaki cinselliğin ayıp günah algısının yıkılmasının sağlanması															√		
Sadece fiziksel değil, duygusal açıdan da sağlıklı bireyler yetişmesi için küçük yaşlarda cinsellik eğitimi verilmesi									√								
İlkokuldan liseye kadar, okullarda özel danışmanlar olmalı																	√
Cinsel danışmanlık ve eğitim merkezleri, konuya özgü poliklinikler, klinikler açılması										√		√					
Sayısal ve niteliksel olarak yeterli barınma olanağının (sığınma evleri) artırılması					√											√	√

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, psikiyatri kliniği hemşirelerinin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerini ortaya koyan bulguların tartışmasına yer verilmiştir. Tartışma aşağıda verilen dört temel başlık altında sunulmuş olup; dört temel başlık tüm verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan dört temel kategoriye, alt başlıklar ise ana temaları temsil etmektedir.

5.1. Hemşirelerin cinsellik, cinsel şiddet, cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu duruma ve bu bireylerle çalışmaya ilişkin algıları

5.1.1 Hemşirelerin cinsellik tanımları

5.1.2 Hemşirelerin cinsel şiddet tanımları

5.1.3 Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu duruma ve bu bireylerle çalışmaya yönelik algıları

5.2. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri

5.2.1 Öykü alma

5.2.2 Kanıt toplama

5.2.3 Hemşirelik girişimlerine karar verme

5.2.4 İletişim ve görüşme becerileri

5.2.5 Yasal ve etik sorumluluklar

5.3. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleri

5.3.1 Öykü alma

5.3.2 Kanıt toplama

5.3.3 Hemşirelik girişimlerine karar verme

5.3.4 İletişim ve görüşme becerileri

5.3.5 Yasal ve etik sorumluluklar

5.4.Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışma konusunda beklenti ve önerileri

5.1. Hemşirelerin Cinselliğe, Cinsel Şiddete ve Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Duruma ve Bu Bireyle Çalışmaya Yönelik Algıları

Cinselliği ve cinsel şiddeti tanımlama biçimi ile cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin içinde bulunduğu durum ve bu bireylerle çalışmaya ilişkin metaforik tanımlamalar, hemşirelerin algılarını ve tepkilerini ortaya koymada önemli araçlardır. Aynı zamanda hemşirelerin bu algı ve tepkileri, cinsel şiddete maruz kalmış bireye yönelik müdahalelerini, bilgilerini ve bilgi gereksinimlerini açıklamada da anlamlı ve önemli bir bağlam oluşturabilir. Bu bağlam doğrultusunda burada, tüm hemşirelerin cinsellik ve cinsel şiddete ilişkin bakış açılarını ifade eden; cinsellik ve cinsel şiddeti tanımlama biçimlerine, cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili metaforlara, bu bireylerle çalışma ile ilişkili metaforlara, bu metaforların karşılaştırılmasına ve hemşirelerin duygusal tepkilerine ilişkin sonuçlar tartışılmıştır.

5.1.1. Hemşirelerin Cinsellik Tanımları

Cinselliğin tanımlanma biçimi, bireylerin cinseliği algılama ve anlamlandırma biçimini etkileyen ve cinsel şiddete maruz kalan bireylere müdahalede önemli bir faktördür. Cinsellik, cinsel sağlık, cinsel şiddet gibi konuları ele alan genel literatür bilgisi ve yapılan çalışma sonuçları cinsellekle ilgili farklı algıların olduğunu ortaya koymaktadır (French, 2009; Bozdemir ve Özcan, 2011). Bu çalışmada hemşirelerin cinselliği, “duyguların, duygusal ve fiziksel ifadesi”, “üremek”, “yaşamın gerekliliklerinden biri ve ihtiyaç”, “tatmin” ve “mahrem bir durum” olarak tanımladıkları ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin cinselliği iki kişinin karşılıklı duygusal etkileşiminin sonucunda ortaya çıkan fiziksel bir eylem ve fizyolojik bir süreç olarak tanımladıkları ve bir kısmının cinselliği çocuk doğurma ve üreme eylemiyle ifade ederek, yine cinselliğin fizyolojik işlevine atıfta buldukları; ancak üreme temasının subliminal olarak bir taraftan neslin devamlılığı anlamında da kullanılan bir tema olarak da düşünülebilir. Bu tanımlamanın DSÖ'nün “biyopsikososyal bütünlükle birlikte iletişim ve sevginin paylaşımını artıran bir sağlıklılık hali” olarak tanımladığı cinsellik ve cinsel sağlık tanımlarıyla benzer bileşenleri içerdiği söylenebilir (WHO, 2010).

Cinselliğin bazı hemşireler tarafından “mahrem bir durum” olarak tanımlanması, cinselliğin mahremiyetle, özel ve kişisel bir alanla ve mit niteliğindeki kültürel değerlerle örüntülenmiş bir bakış açısını yansıttığını da söyleyebiliriz. Bahar (2018) kalitatif yöntem kullanarak yaptığı çalışmada, cinsellik kavramının ilk bakışta, insanların cinsel davranış, eylem ve yönelimlerine atıfta bulunan “mahrem” bir kelime olarak algılandığı vurgulamıştır.

Maslow (1963) ’un evrensel olarak kabul gören gereksinimler hiyerarşisinde, en alttaki fizyolojik gereksinimleri içerisinde yer alan cinsellik (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010), bu araştırmada da bazı hemşireler tarafından yaşamın gerekliliklerinden biri ve ihtiyaç olarak tanımlanmıştır. Araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu cinselliğin bazı hemşireler tarafından mahrem, bazı hemşireler tarafından yaşamın gerekliliği ve ihtiyaç olarak görülmesidir. Bu yönüyle bu iki sonuç, cinselliğin fizyolojik ve kültürel boyutlarını birleştiren bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Nitekim iki hemşire cinselliğin toplum tarafından hem mahrem bir durum, hem de doğal bir ihtiyaç olarak tanımlandığını ifade etmişlerdir. Hemşireler tarafından cinselliğin doğal bir ihtiyaç olarak algılanması, hastalarla çalışırken hemşirelik müdahaleleri ve hastaların kendilerini ifade etmelerini sağlama açısından kolaylaştırıcı bir faktör olarak önemli olabilir (Gölbaşı ve Evcili, 2013). Moons ve arkadaşları (2010) ve Zeng ve arkadaşları (2011) ’nın hemşirelerin hastaları ile cinselliği değerlendirirken, cinselliğe yönelik kendi tutumlardan kaynaklanan rahatsızlık ve güvensizlik hissi yaşadıkları belirlenmiştir (Aktaran: Gölbaşı ve Evcili, 2013). Bu durum hemşirelerin cinsellekle ilgili alguları, değerleri ve bilgileriyle ilişkili olup genellikle bireysel engeller içerisinde yer almaktadır (Gültürk ve ark., 2018). Ancak hastaların hemşireler tarafından bu konuyu konuşma noktasında gerekli açıklık sağlanırsa, rahatlıkla kendilerini ve içinde buldukları durumu ifade edebildikleri literatürde vurgulanmaktadır (Hallaç ve Öz, 2011; Townsend, 2012).

Bazı hemşirelerin cinsellik tanımları incelendiğinde, cinselliği fiziksel ve duygusal haz duyma olarak ifade etmeleri, cinsellikte fiziksel ve/ veya duygusal etkileşimin varlığıyla birlikte tatmin olma bileşenine de vurgu yapmaktadır. Yanı sıra iki hemşirenin cinselliği mutluluğun anahtarı ve yaşamın bir nevi anlamı olarak ifade etmeleri; mutluluk, anlam

ve haz duyma ilişkisini felsefi ve psikolojik dayanakları olan varoluşsal bir kavram olarak tanımlanmış olduğu söylenebilir. May (1969)'e göre, varoluşumuzu onaylamanın en yapıcı yolu “sevgi” ile oluşan sağlıklı yetişkin ilişkileri kurmaktır. Bu sevgi ilişkisi cinsel doyum üzerine kuruludur ve sürekli birliktelik arzusunu, içten bir dostluğu ve karşılık beklemeden verilen adanmışlığı içerir (Engin, 2014). Ayrıca Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin Cinsel Haklar Bildirgesi'nde cinselliğin mutluluk kaynağı olarak algılanmasına ilişkin “Cinsel zevk, otoerotizm dahil olmak üzere, fiziksel, psikolojik, akli ve mental mutluluk kaynağıdır” tanımı yer almaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Web Sitesi, Cinsel Haklar Bildirgesi, 26 Ağustos 1999. <http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/52/cinsel-siddet>, Erişim tarihi: 1 Mayıs 2019).

Cinsellik, French (2009) tarafından “bireyin duygusal, mental ve fiziksel olarak erkeklik ve dişiliği deneyimleme ve gösterme becerisi olup, sahip olunan cinsel organların işlevlerini, cinselliği algılama ve ifade etme biçimini içeren bir durum” olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada dikkat çekici başka bir durum; literatürde cinsellik kadınlık, erkeklik ve beden algısı ile ilişkili olarak tanımlanırken (Özsoy ve Bulut, 2017; Bahar, 2018); bu araştırmada böyle bir tanımlamanın yapılmamış olduğu görülmektedir. Bu yönüyle bu bulgunun literatürden farklılık gösterdiği söylenebilir.

Sonuç olarak hemşireler, cinselliği fiziksel zemin üzerinden duygusal birliktelik, duyguların ifadesi ve tatmin için bir araç; yaşamı anlamlı kılma ve neslin devamlılığını sağlayan üreme için biyopsikososyal ve varoluşsal bir gereklilik olarak tanımlamaktadırlar. Cinselliğin tanımlanmasıyla ilgili olarak hem literatür hem bu araştırmanın sonuçları dikkate alındığında; cinselliğin biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla tanımlandığı, bu nedenle gerek hemşireler gerek hastaların cinselliği tanımlama ve anlamlandırma biçimlerinin dikkate alınması önemli olabilir.

5.1.2. Hemşirelerin Cinsel Şiddet Tanımları

Hemşirelerin cinsel şiddete ilişkin tanımları “rıza dışı birlikte olma”, “rıza dışı sözlü-sözsüz bedene dönük eylemler-söylemler” ve “saldırıya uğrama” olarak ortaya çıkmıştır. Cinsel şiddetin hemşireler tarafından eylemin oluş biçimine (rıza dışı), türüne (sözlü ve sözsüz taciz, tecavüz ve ölüme kadar giden bir çizgi), kaynağına (cinsiyet ayrımı

gözetmeyen ama daha çok erkeklerden, yakın ya da uzak, tanıdık ya da tanımadık farketmeyen, herkesten gelebilen) ve hedefine (cinsiyet ayrımı gözetmeyen, fakat daha çok kadınlar ve çocukların maruz kaldığı bir durum) yönelik tanımladıkları ortaya çıkmıştır. Cinsel şiddet, cinsel saldırı ve cinsel suçlarla ilgili yapılan çalışmalarda ; şiddetin kaynağının eş, baba, kardeş, amca, dede gibi aile içi tanıdık ya da tanımadıkları aile dışı kişiler olduğu (Akkaya ve ark., 2012); daha sıklıkla 16 yaş üstü erkekler olmak üzere (Akkaya ve ark., 2012; Subaşı Baybuğa ve ark., 2012) düşük bir oranla kadınların da fail olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, Adalet İstatistikleri, Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri, 2017. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070, Erişim tarihi: 21 Mayıs 2019). Cinsel şiddet daha çok kadın ve çocukların maruz kaldığı (Kar ve Özdemir, 2018; Yenerer Çakmut, 2018) ancak, yaş, ırk veya cinsiyet ayırt etmeksizin herkesin başına gelebilen bir toplum sağlığı sorunudur (WHO, 2014; Kolburan ve Demir, 2018). Cinsel şiddet eyleminin oluş biçimi ve türüne bakıldığında ise rıza dışı (Kar ve Özdemir, 2018) ve zor kullanılarak (Çakır ve ark., 2014) yapılan, cinsel içerikli sözler ve davranışlar, cinsel taciz, tecavüz (Kar ve Özdemir, 2018) ve hatta ölüme sebebiyet verebilen (Tülü ve Erden, 2013) en ağır fiziksel saldırı türlerinden birisidir (Cantürk ve Koç, 2010).

Hemşirelerin kullandığı cinsel şiddet tanımlarının, yukarıdaki çalışma sonuçlarıyla birlikte, TCK'nın cinsel saldırı ve DSÖ'nün cinsel şiddet tanımlarıyla da örtüştüğü söylenebilir (TCK, 2014; WHO, 2014). Buna göre cinsel şiddetin hemşireler tarafından tanınan ve tanımlanan bir durum olduğunu söyleyebiliriz. Cinsellik ve cinsel şiddete ilişkin hemşireler tarafından ortaya konulan tanımsal zeminin, cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken şiddeti tanıma, riskleri değerlendirme, tanılama ve müdahalelere karar vermede hemşirelerin önemli bir donanımı olduğu düşünülebilir.

5.1.3. Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireyin İçinde Bulunduğu Duruma ve Bu Bireylerle Çalışmaya Yönelik Algıları

Metaforlar (zihinsel imgeler) bireylerin şeyler, durumlar ve olgular hakkındaki tanımlamalarını, algılarını ve yorumlamalarını benzetmeler kullanarak ortaya çıkarmak için kullanılan araçlardır (Kale ve Çiçek, 2015). Bu nedenle bu çalışmada hemşirelerin

CŞMK bireylerin içinde bulunduğu durum ve CŞMK bireylerle çalışmaya yönelik ürettikleri metaforlar incelenmiştir.

Hemşirelerin kullandıkları metaforlarda ortaklaşma olmadığı; ancak kullanılan metaforların belli temalar altında toplandıkları ortaya çıkmıştır. Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumu dağılmış, kırılmış, parçalanmış, geri döndürülemez ya da toparlanması zor bir duruma (öldürmeyen cinayet, kıyamet, buruşturulmuş, kenara atılmış bir kağıt parçası, kırılmış bir vazo, girdap/ karanlık, tamamen kırık dökük, parçalanmış bir ruh hali) benzetmeleri cinsel şiddete maruz kalmanın bireyde fiziksel ve ruhsal boyutta yıkıcı bir travma etkisi yarattığını göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin kullandığı bazı metaforların (sonbaharda rüzgarın düşürdüğü yaprak, ceylan, susuz kalmış bir gül, depremde mahsur kalmış kişi bu durum çaresiz, korkan, yardıma ihtiyacı olan bir kedi yavrusu, kafese kapatılmış bir kuş) narin, kırılğan, çaresiz ve yardıma ihtiyaç gerektiren bir durum içindeki bireyi tanımladığı görülmektedir. Bu da cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin incinebilir gruplar içerisinde değerlendirildiğini göstermektedir. Az olmakla birlikte güçlenerek büyüme, mücadele gerektiren durum (kardelenler, kendisini savunmayı öğrenebilecek uysal kedi) gibi metafotik benzetmeler ortaya çıkmıştır. Bu benzetmeler bireylerin içinde bulunduğu travmatik ve acı veren durumdan büyüyerek, güçlenerek ve mücadele ederek başa çıkabileceklerini düşündüklerini göstermektedir. Cinsel şiddet gibi travmatik bir olaya maruz kalan birey bireyler fiziksel ve ruhsal olarak etkilenebilirler. Bu etkilenme bireyden bireye değişen, genellikle yıkıcı, maladaptif tepkiler ortaya çıkarmakla birlikte; adaptif, ileriye götüren, büyüme ve güçlenmeyle sonuçlanan başa çıkma şeklinde de olabilir (Shakespeare-Finch ve ark., 2003; WHO, 2014; Şimşek Arslan, 2017).

Hemşirelerin CŞMK bireylerle çalışma durumuna ilişkin ürettikleri metaforlar incelendiğinde, kendilerini yaşam veren, kurtaran, koruyan, iyileştiren, düzelten, güçlendiren (cam fanus, karda gezen vaşak, defibrilatör cihazı, ütü, yapıştırıcı, talan olmuş mısır tarlasında çalışan kişi, anne, koruyan avcı, susuz kalmış güle su veren-can veren, depremde mahsur kalan kişiyi kurtarmaya çalışan kişi, çiçek demetini toplayan bağ, aslan, veteriner) olarak betimledikleri görülmektedir. Bu betimlemelerle hemşirelerin kendi rol ve sorumluluklarına atıfta buldukları düşünülebilir. Hemşirelik

bakımının temel amacı, bireyin güçlenmesi, iyileşmesi ve yaşamda kalabilmesine yardım etme, destekleme, iyileştirme ve güçlendirmedir (Özcan, 2006; Hallaç ve Öz, 2011; Freitas ve ark., 2018).

Ayrıca hemşirelerin kullandığı bazı metaforlarda CŞMK bireyle çalışma konusunda eylemsizlik halinin (tamiri çok zor, bozulmuş bir mekanizma, çıkmaz bir sokak, boşluk, kelepçelenmiş olmak) ortaya çıktığı görülmektedir. Burada ortaya çıkan eylemsizlik hali, aynı hemşirelerin CŞMK bireyin içinde bulunduğu duruma ilişkin ürettiği metaforlarla karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; bu benzetmenin hemşirenin kendi algı, inanç ve engelleriyle ilişkili olduğu söylenebilir (Kıyak ve Akın, 2010; Gölbaşı ve Evcili, 2013). Gömbül'ün (2000) yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin şiddet sorununun çözümsüz olduğuna yönelik inançlarının, kendi hemşirelik rol ve sorumluluklarını yerine getirmede olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Her bir hemşirenin gerek CŞMK bireyin içinde bulunduğu durum gerekse bu bireylerle çalışmaya yönelik ürettiği metaforlar karşılaştırıldığında, her iki durum için kullanılan metaforların birbiriyle doğrudan ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Bu ilişkinin üç farklı özellikte olduğu görülmektedir. Birinci özellik, her iki durum için kullanılan metaforların çoğunluğunun ilişkisi negatif yönlü olup, anlamsal açıdan olumlu bir yaklaşımı (kırılmaya karşı onarma); ikinci özellik ilişkinin pozitif yönlü anlamsal olarak olumlu bir yaklaşımı (mücadele vereni güçlendirme) ve üçüncü özellik ilişkinin pozitif yönlü anlamsal olarak olumsuz bir yaklaşımı (içinden çıkılamaz bir duruma karşı eylemsiz kalma) göstermektedir.

Metaforlar arasında ortaya çıkan bu ilişkiler hemşirelerin tepkilerini tanımlamaktadır. Hemşireler bu tür zor hasta durumları, incinebilir gruplarla çalışırken olayla ilgili bilgileri algıları doğrultusunda yaklaşma-yaklaşma, kaçınma-kaçınma, yaklaşma-kaçınma tepkisi gösterebilir (Aydın, 2013). Cinsel şiddete maruz kalan bireylere bakım veren hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin CŞMK bireylerle çalışma durumunu “solucan konservesi açmaya” ve “pandoranın kutusunu açmaya” benzettikleri ifade edilmiştir. Bu durum hemşirelerin ne olduğunu bilmedikleri bir konuda hazırlıksız yakalanmaktan kaçındıkları şeklinde yorumlanmıştır (Ross ve ark., 2010). Ebelerin aile içi şiddete yönelik algıları ve deneyimlerine ilişkin yapılan kalitatif bir araştırmada bazı

ebeler hazır olmadıkları için şiddet konusunu ele almadıklarını ifade etmişlerdir (Mezey ve ark.; 2003). Araştırmanın bu yöndeki sonuçlarının yapılan araştırmalar ve literatürle de örtüştüğü söylenebilir. Sonuç olarak hemşirelerin cinsel şiddeti, cinsel şiddete maruz kalmış bireyi ve kendi hemşirelik algısını ortaya koyduğu, bu doğrultuda da bu bireylerle çalışmaya ilişkin rollerini, sorumluluklarını ve müdahalelerini şekillendirdiğini söyleyebiliriz.

5.2. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri

Hasta bakımında problem çözme yöntemi olarak kullanılan hemşirelik süreci hemşire ve hasta henüz karşı karşıya gelmeden başlar ve yoğun hasta hemşire etkileşimini gerektirir. Bu etkileşim veri toplama yöntemlerinden hemşirelik öyküsü alma ile başlar ve bakım süreci boyunca devam eder. Bu süreç gelişi güzel değil bilgi temelli, sistematik problem çözme yöntemi kullanmayı gerektirir (Biol, 2004). Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken genel hemşirelik bilgisinin yanı sıra konuya özel bilginin kullanımı da önemlidir (Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015). Bu bağlamda bu bölümde cinsel şiddet olgularıyla çalışırken öykü alma, kanıt toplama, hemşirelik girişimlerine karar verme, iletişim ve görüşme becerileri, yasal ve etik sorumluluklara ilişkin müdahalelere yönelik sonuçlar tartışılacaktır.

5.2.1. Öykü Almaya İlişkin Müdahaleler

Hemşireler bireylerin doğrudan iletişim kurabildiği ve mahrem öykülerini anlatabildiği kişilerdir (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009). Hemşirelik öyküsü bütüncül, kapsamlı ve açıklayıcı hastaya ait bilgileri elde etmeye yarayan veri toplama yöntemlerinden birisidir. Öykü alma hemşirenin mesleki bilgileri temelinde yapılandırılmış bir form aracılığıyla sistematik bir şekilde, iletişim ve görüşme becerilerini kullanmasını gerektiren; hastayla etkileşimin başlatılmasında ve müdahalede süreç boyunca devam eden önemli bir unsurdur (Helman ve Clark, 2014).

Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik öykü almada; hasta, hasta yakınları, klinikte kullanılan genel anamnez formu, diğer ekip üyelerinin raporlarını kullanarak bilgi almaktadırlar. Ayrıca iki hemşire sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla

hasta yakınlarına ulaşmaya ve bilgi almaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Öykü alırken bireyin gözlemleyerek var olan fiziksel bulguları değerlendirdiklerini, alınan öykü ışığında cinsel şiddet maruziyet şüphesini ayırt etmek için doktorla ve ekiple paylaşarak durumunu anlamaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin, hastalar hakkında bilgi almak için çoklu veri kaynaklarını kullanarak veri zenginliğini sağlamaya ve bu yolla hastanın içinde bulunduğu durumu anlamaya çalışmaları önemli bir öykü alma müdahalesi olarak düşünülebilir. Bu durum literatürde bilgi arama davranışları arasında tanımlanan “zincirleme” aşamasında danışılan kaynaklar içerisinde yer alan referansları takip etmek olarak vurgulanmaktadır (Aktaran: Soylu, 2016).

Hemşirelerin sohbet havasında, olayı hatırlatmadan, görüşme ve gözlem yoluyla bilgi aldıkları ortaya çıkmıştır. Ross ve arkadaşları (2010)’nın cinsel şiddete maruz kalmış bireylere bakım veren hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada; hemşireler bireylere doğrudan cinsel şiddete ilişkin soru sormaktan çekindiklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde bunun yerine sohbet havasında, ipuçlarını değerlendirerek öykü aldıklarını iletmışlerdir. Hastaya dokunma ya da tedavisine ilişkin uygulamaların cinsel travmayı hatırlatarak bireyde ani tepkiler (irkilme), ağlama, göz temasından kaçınma gibi sözsüz ip uçları oluşturabildiğini gözlemlemiş; bunun gibi normal olmayan durumlarda sezgileriyle hastanın cinsel travma durumuna dair hipotez oluşturduklarını söylemişlerdir. Bu sezgisel algının ise hemşirenin hastayı gerçekten tanıdığına ve bir şeylerin doğru görünmediğini hissettiğinde ortaya çıktığını ifade etmişlerdir (Ross ve ark., 2010; Temel ve Şişman, 2013). Oflaz ve arkadaşları (2010)’nın travma sonrası stres bozukluklarının belirtilerini tanımayla ilgili yaptıkları çalışmada hemşirelerin %10.6 olayı hatırlatmamaya çalıştıkları ortaya çıkmıştır.

5.3.2. Kanıt Toplamaya İlişkin Müdahaleler

CŞMK bireylerden kanıt toplama süreci ve kanıtlar özel bir aşama olup, bireyin durumunu, olayın ayrıntılarını ve birey üzerindeki fiziksel ve ruhsal etkileri ortaya çıkarmada önemlidir. CŞMK durumuna özgü fiziksel ve ruhsal durum muayenesi yaparak kanıt oluşturma hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Özden ve Yıldırım, 2009; T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına

Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910; Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015; Bulechec ve ark., 2017).

Hemşireler kanıtın fiziksel bulgularından darpa ilişkin, hastaları skar doku, ekimoz, morluklar ve tırnak izleri bakımından incelediklerini ifade etmişlerdir. Gömbül ve Buldukoğlu(1997)'nin yaptıkları bir çalışmada, şiddete maruz kalan bireylerle karşılaşan hemşirelerin fiziksel şiddeti darp izleri nedeniyle daha kolay tanıdıklarını; kadınların uğradıkları şiddeti gizleme çabaları olsa da, fiziksel ve davranışsal tepkilerinden bu durumu tespit edebildiklerini ifade etmişlerdir. Kadına yönelik şiddet konusunda yapılan bir çalışmada hemşire ve ebelerin genel olarak şiddet belirtilerini tanımada bilgilerinin %64,3 ile kısmen yeterli olduğu ortaya çıkmıştır (Kıyak ve Akın, 2010). Çalışmanın bu sonucu yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Hemşirelerin kliniğe yatışı yapılan doğurganlık çağındaki tüm kadınlardan hamilelik testi istedikleri ve CŞMK bireylere kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi verdikleri ortaya çıkmıştır. Bu müdahaleler, Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde “Kriz müdahale” girişimleri arasında yer alan “Taciz ve tecavüz sonrası yönetimi (bireyin psikolojik olarak desteklenmesi, rehabilitasyonu, acil kontrasepsiyon, kanıt toplama vb)” (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910), NIC’te yer alan “Tecavüz Travma Tedavisi” girişimindeki aktiviteler (Bulechec ve ark., 2017) ve SANE eğitim rehberi (International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015) ile örtüşmektedir.

Daha önce acil serviste çalışırken cinsel şiddet vakası ile karşılaşmış iki hemşire, doğrudan fiziksel muayene sürecinde rol aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler kanıt toplama kliniğine gelmeden önce yapılmadıysa kadın doğum konsültasyonu istenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Kanıt toplama her ne kadar psikiyatri kliniğine yatış yapılmadan önceki aşamada yapılan bir işlem olsa da, hastanın kliniğe yatış nedenine göre (adli izlem ya da psikiyatrik ikincil bir sorun) psikiyatri kliniğinde yatarken hastada kanıt oluşturan unsurlar olabilir ve kanıt toplanmaya devam edilmesi gerekebilir. Bu bağlamda hemşirelerin kanıt toplama süreci ve kanıtlar konusunda rol ve sorumlulukları söz konusudur (Özden ve Yıldırım, 2009).

Hemşireler hasta anamnez ve hemşire gözlem formlarını, cinsel şiddete maruz kalmaya bağlı oluşan travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini, sperm, tırnak arası doku, saç gibi saldırgan a ait bulguları kanıt olarak değerlendirmektedirler. Literatürde kanıtlar saç, tükrük, ısırma izleri, giysi gibi fiziksel kanıtlar ve ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ortaya çıkan kendine zarar verme, intihar girişimi gibi travma etkileri fiziksel olmayan kanıtlar olarak tanımlanmışlardır (Özden ve Yıldırım, 2009). Bununla birlikte hasta anamnez ve hemşire gözlem formları yasal kayıt olup, hastanın beyan ettiği adli durumuna ilişkin açılmış bir davada mahkeme tarafından kanıt olarak isteneceği yasayla bildirilmektedir (Alpkan, 2018). Bu durumda hemşireler kanıta ilişkin ya da kanıta dayalı bir uygulamalarının olmadığını ifade etmelerine rağmen kanıtları tanıma yönündeki bilgilerinin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

5.2.3. Hemşirelik Girişimlerine Karar Vermeye ve Uygulamaya İlişkin Müdahaleler

Hemşireler hemşirelik girişimlerine karar verirken görüşme ve gözlem yöntemini kullanmaktadırlar. Literatürde psikiyatri hemşireliği kuramcılarında Peplau, Orlando, Travelbee görüşmeyi ve gözlemi veri toplama ve müdahalede önemli bir araç olarak psikiyatri hemşirelerinin temel aktiviteleri olarak vurgulamaktadırlar (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009; Velioğlu, 2012; Pektekin, 2013; Sabancıoğulları ve ark., 2014). CŞMK bireylerle yapılan çalışmalarda gözlemin ve görüşmenin sıklıkla kullanıldığı ifade edilmektedir (Ross ve ark., 2010). Bu bağlamda çalışmanın bu yöndeki sonuçları literatürle örtüşmektedir. Hemşireler psikiyatri kliniklerinde yoğunlukla gerçekleştirmiş oldukları bu iki müdahaleyi CŞMK bireylerle çalışırken de kullanmayı önemsemişlerdir.

Hemşireler cinsel şiddete maruz kalma durumuna özgü uygulamalarının ve izledikleri prosedürlerin olmadığını, kendi donanım ve deneyimlerine göre karar vermektedirler. Yapılan iki çalışmada, hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireyleri geçmiş deneyimlerine bağlı sezgilerinden yola çıkarak tanıdıkları ve müdahalelerini bu yolla uyguladıklarını ifade etmişlerdir. (Gömbül ve Buldukoğlu, 1997; Ross ve ark., 2010). Hemşire kuramcılardan Benner (1984) kuramında, hemşirelerin her zaman bilinçli farkındalıkla hareket etmediklerini, klinik deneyimleri ve hastalarla çalışmadan elde ettikleri bilgileri önsezileriyle kullandıklarını ve bunun da onların deneyimlerinden gelen

yetkinliklerini gösterdiğini vurgulamıştır (Aktaran: Koç ve ark., 2018). Bu anlamda hemşirelerin kendi donanım ve deneyimlerine göre müdahalelerini belirlemeleri bilinçli farkındalıkla olmasa bile literatürler uyumlu olduğu görülmektedir. Ancak deneyimlerin CŞMK bireyler çalışmaktan gelen deneyimler olmaması, bilinçli farkındalıkla ve bilgi temelli müdahaleler olmadığı; bu nedenle hemşirelerin konuya özgü müdahaleler konusunda bilgi gereksinimleri olduğu düşünülebilir. Nitekim bu yönde ifadesi olan hemşirelerin hepsi aynı zamanda doğrudan bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşireler hastaların farklı gereksinimlerine göre müdahaleleri belirlemede hekimden, sorumlu hemşireden ve diğer ekip arkadaşlarından destek aldıklarını ve yönlendirdiklerini ifade etmektedirler. Bireyin psikolojik gereksinimlerine müdahale amaçlı psikoloğa ve ekonomik veya sosyal gereksinimleri için sosyal hizmetlere yönlendirmektedirler. Hemşirelerin diğer ekip üyelerinden destek almaları ve gerektiğinde yönlendirmeleri önemli bir hemşirelik faaliyeti olmakla birlikte; hemşirelerin doğrudan ifadelerine bakıldığında, hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi diğer bilim alanındaki uzmanlara yönlendirmelerinin kendini CŞMK bireylerle çalışmada uzman olarak görmediği söylenebilir. Doğrudan araştırmanın bu sonucuyla ilişkili olmasa da Gömbül ve Buldukoğlu (1997)'nin yaptıkları çalışmada hemşirelerin, hemşireliği şiddete yönelik olarak karı koca ilişkilerine müdahale edebilecek güç ve statüde bir meslek olarak görmedikleri belirlenmiştir. Bu anlamda hemşirelerin CŞMK bireylerle çalışırken müdahalelerinde mesleki rol ve sorumlulukları kapsamında daha fazla ve doğrudan sorumluluk almaları ve gerektiğinde ekip iş birliği içinde çalışmalarını önemlidir. Bu bağlamda hemşirelere rol ve sorumlulukları konusunda eğitim verilmesi önerilebilir.

Hemşireler hastaların içe kapanma, izolasyon tepkilerine karşı kısa süreli etkinliklere katma, küçük görevler verme, odada tek başına izole olmasını engelleme, uyku sorunlarına yönelik uykusunu düzenleme, ilaç içip içmediğini kontrol etme, bedenen bir yarası veya bu konuda tedaviye ihtiyacı varsa ona müdahale etme, tedavi etme, taburculuk sonrası iş ve sosyal yaşama yönelik uygulamalar yapma gibi girişimlerde bulunmaktadır. Gerek hemşirelik gerek psikiyatri hemşireliği doğası ve felsefesi

gereği birey merkezli, bireye özgü ve hümanistik yaklaşım temelli yardım etme sanatı (Biol, 2004; Oflaz, 2008; Varcarolis ve Halter Jordan, 2010) olduğu dikkate alındığında; çalışmadaki hemşirelerin bireyin tepkilerine ve duruma özgü müdahalelerde bulunmaları literatürle uyumlu yaklaşımlar olarak düşünülebilir.

5.2.4. İletişim ve Görüşme Becerilerine İlişkin Müdahaleler

Hemşireler hasta, hasta yakını ve ekip arkadaşları ile sürekli iletişim halindedir. Hemşireler öykü alma, bireyin gereksinimlerini tanımlama, gereksinimine ilişkin müdahale etme, bilgilendirme ve rehberlik etme gibi hemşirelik bakımının tüm aşamalarında; bireyin kendisini ifade etmesini ve güven duygusu sağlayarak iletişimi yardım edici bir araç olarak kullanırlar (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015; Parlayan ve Dökme, 2016).

Hemşirelerin CŞMK bireylerle çalışırken, hemşire olarak kendini ve kliniği tanıtmaya, hastanın kendisini ifade etmesini sağlama, sözel ve sözsüz tepkilerini değerlendirme, sessiz iletişimi kullanma, ulaşılabilir olma, güler yüzle, sempatik ve arkadaşça yaklaşma, kliniğe ilk girişinden, taburcu olana kadar sürekli iletişim içinde olma, bilgi verme, açık uçlu, sosyokültürel düzeyine uygun soru sorma ve tavsiyede bulunmama literatürde geçen genel psikiyatri hemşireliği görüşme ilkeleriyle (Fortinash ve Holoday Worret, 2008; Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Morrissey ve Callaghan, 2011) uyumlu olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin CŞMK bireylere yargılamadan, suçlamadan yaklaştıkları ve cinsel şiddete maruz kalma durumu hakkında birey ilk kime açıldıysa, aynı doktor veya hemşire ile bireysel görüşmelerine devam etmesini sağladıkları ortaya çıkmıştır. Hemşirenin yargılayıcı ve suçlayıcı olmayan yaklaşımları bireyle güven ilişkisi kurmasını sağlarken; bireyin saldırıya ilişkin kendini sorumlu, suçlu hissetmesini engeller (Helman Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015). Cinsel şiddete maruz kalma adli bir durum olması nedeniyle mağdurlar gerek sağlık kuruluşlarında, gerekse adli makamlarda olayı tekrar tekrar anlatarak travmatize olmaktadır (Yücel Beyaztaş ve ark., 2009; Temel ve Şişman, 2013; Kar ve Özdemir, 2018). Hasta bu durumunu ilk kiminle paylaştıysa aynı doktor veya hemşire ile bireysel görüşmelerine devam etmesini sağlamanın, CŞMK bireyler için, travmanın oluşmasını/tekrarlamasını engellemeye yönelik önemli bir

müdahale olduğu söylenebilir. Nitekim primer hemşirelik modeli anlayışı özellikle psikiyatrik çalışma ortamlarında önemli bir model olarak kabul edilir. Primer hemşirelik modeli birey merkezli ve hastanın ilk başvurusu ve klinik yatışıyla başlayan ve zaman içerisindeki diğer başvuruları ya da yatışları olduğunda bakımın primer planlayıcısı olarak aynı hemşire ile devam etmeyi gerekli kılan bir hemşirelik bakım modelidir (Olgun, 1994; Mattila ve ark., 2014). Bu bağlamda araştırmanın bu sonuçları, literatürde yer alan hem genel psikiyatri hemşireliği görüşme ilkeleri hem de CŞMK bireylere yönelik yaklaşımlar ile örtüşmektedir.

Hemşireler uygun zamanda, birebir, uygun ortam koşullarında, yüz yüze ve göz teması kurarak görüşme yapmaktadırlar. Hemşirelerden beşi görüşmelerinin planlı, altısı spontan ve dördü sohbet havasında olduğunu ifade etmişlerdir. Görüşmeler hastanın gereksinimine yönelik ve hasta talebi doğrultusunda gerçekleşmektedir. Hemşirelik Yönetmeliğine göre; ruh sağlığı hemşiresi, hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığını değerlendirerek, planladığı hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarını ele aldığı planlı ve düzenli görüşmeler yapar (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910). Ross ve arkadaşları (2010) 'nın çalışmasında hemşireler bireylere doğrudan “cinsel şiddete uğradın mı?” diye sormalarının anlamlı olmadığını; gerçek bir cevap almanın ancak bireyle bir kaç saat ya da bir kaç hafta içinde kurduğu ilişkide, “biraz daha anlatabilirsin” diyebileceği bir sohbet havasında mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmanın bu sonuçları görüşme zamanı, görüşme ortamı ve şekline ilişkin genel psikiyatri hemşireliği literatür bilgisiyle uyumludur (Özcan, 2006; Varcarolis ve Halter Jordan, 2010). Hemşirelerin sohbet havasında görüşme yaptıklarını ifade etmeleri Ross ve arkadaşları (2010)'nın yaptıkları çalışmada vurguladıkları CŞMK bireylere özgü olay ve kişinin içinde bulunduğu duruma ilişkin ipuçlarını yakalamak amacıyla sohbet havasında ya da başka konular üzerinden iletişim ve görüşmenin yürütülmesinin önemli olduğu bilgisiyle örtüşmektedir. Burada kullanılan bu görüşme yönteminin rastgele bir yöntem değil bilinçli, amaçlı ve kasıtlı olarak kullanılması önemli bir yaklaşımdır. Dolayısıyla etkileşim kuramcılarının da vurgu yaptığı yardım edici/terapötik ilişkinin en temel ilkelerinden biri olarak gösterilen amaçlı ve planlı etkileşimler CŞMK bireylerle çalışırken de dikkate alınması gereken bir unsur olarak düşünülmelidir.

Hemşirelerden üçü bireyin duygularını anlayarak, biri çocuğunun yerine koyarak empati yaptıklarını ve hemşirelerden ikisi bireyleri telkin ederek rahatlatmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler hastaların acısını azaltmak düşüncesiyle hastayı telkin ve teselli etmeye çalışsalar da; hemşirenin görevi hastaya yaşadığı acıları unutturmak değil, hastanın acılarını anlamak, acılarından anlam bularak başetmesine yardım etmektir (Özcan, 2006; Oflaz, 2008). Hemşirelerin hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında hastaları daha iyi anladıkları ve hastaların gereksinimlerini daha doğru saptayabildikleri bilgisi literatürde yer almaktadır (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015). Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerden H8'in bireyi çocuğunun yerine koyarak yaptığı empati tanımı literatür bilgisiyle örtüşmemektedir. İki hemşirenin müdahalesi olan telkin ve teselli etmek literatürde iletişimi engelleyen, tedavi edici olmayan teknikler olarak yer almaktadır (Özcan, 2006). Hemşirelerin ifade ettikleri bu müdahalelerinden iletişim teknikleri ve empati konusunda bilgi gereksinimleri olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin CŞMK bireyleri sormadan, sorgulamadan, irdelemeden ve suçlayıcı olmadan dinledikleri ortaya çıkmıştır. Hemşirelerden H8 bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir; “Dinledim mi, evet dinledim. Ama sadece dinledim. Sorgulamadım, soru sormadım. O bana anlattığı kadarıyla dinledim.” Hemşirelerden H1 ise dinleme sürecinde hastanın sessiz kaldığı süre için; “Hastayla iletişim kuramamanın bizde yarattığı anksiyeteye dayanamadığımız için görüşmeleri kısa tutabiliyoruz.” ifadesinde bulunmuştur. Hemşirelerden H2 soru sorarken tedirgin olduğunu, bazen soracağı sorudan bile vazgeçtiğini ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin en çok ne sorması gerektiği ya da doğru soruyu sorup sormadığı konusunda kaygı yaşadıkları, sadece dinlediklerinde bir şey yapmıyormuş hissine kapıldıkları ortaya çıkmıştır (Bonham, 2004). Literatürde ise terapötik olan dinleme, bakım verenin daha az konuştuğu ve daha çok dinlediği bir süreç olarak yer alırken, çalışmalarda hastalar için kendi öykülerini anlatmanın daha önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Han ve Stevenson, 2008; Morrissey ve Callaghan, 2011). Araştırma sonuçlarının hem konuya ilişkin hemşirelerin tepkisi hem de müdahaleleriyle alanyazın ve araştırma sonuçlarıyla örtüştüğü söylenebilir. Hemşirelerden H8'in dinleme ile ilgili ifadesi dikkate alındığında aslında bu yöndeki müdahalesinin bilinçli farkındalıkla değil, ne yapacağını çok fazla bilememekten kaynaklı olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum cinsel şiddete maruz kalmış

bireylerle görüşme konusundaki literatür bilgisiyle örtüşmektedir. Aktif ve empatik bir dinleme olması hastayla iletişimin devamlılığı ve açıklıktırmda önemli bir hasta hemşire ilişkisi ögesidir. Ancak cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle görüşme konusundaki literatür bilgisi sessizliğin kullanımı, tepki vermeden öylece dinlemenin de yararlı bir iletişim tekniği ve görüşme ilkesi olduğundan söz etmektedir (Morrissey ve Callaghan, 2011; Helman ve Clark, 2014).

Araştırmamızda hemşirelerden üçü bireylerle iletişim kurmada dokunmayı araç olarak kullandığını ifade ederken, bir hemşire izin almadan fiziksel temasta bulunmadığına dikkat çekmiştir. Sözsüz iletişim, terapötik iletişimde önemli bir bileşen olup; psikiyatri hemşireliğinde hasta hemşire arasındaki engelleri kaldırmak ve güveni oluşturmak için dokunmayı bir araç olarak kullanılmaktadır. Ancak dokunma eyleminden önce mutlaka bireyden izin alınmalıdır (Morrissey ve Callaghan, 2011). Literatür ve bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre değerlendirdiğimizde, hemşirelerin dokunmayı bir iletişim aracı olarak kullandığı ve hastadan izin alınarak temas edilmesinin önemimin farkında oldukları söylenebilir.

Hemşireler; hasta kendini hazır hissettiğinde ve güven bağı kurduğunda bilgi alma, yanında olduğunu hissettirme ve güvende hissedeceği bir ortam oluşturma müdahaleleri bireylerle güven ilişkisi kurmada kullandıklarını ya da kullanabileceklerini ifade etmişlerdir. Yanı sıra hemşireler hastalarla sürekli birlikte bulunduğu için kısa sürede güven sağlandığını ve bakım veren olarak hem cinsiyle görüşmenin CŞMK bireyleri rahatlatıldığını iletmişlerdir. Travmatik olay yaşayan kişilerin yardım arama ve yardımı kabul etmede güçlük yaşama, başkalarından şüphe duyma gibi davranışlardan dolayı, hasta hemşire ilişkisinin başlangıcında güven ilişkisi kurma en yaşamsal adımdır (Oflaz, 2008; Helman ve Clark, 2014). Bununla birlikte literatürde hemşirelerin hastalarla kurduğu ilişkide aynı cinsiyetten olmanın avantajını kullanabilecekleri vurgulanmaktadır (Onat Bayram ve Kızılkaya Beji, 2009; Helman ve Clark, 2014). Çalışmaya katılan hemşirelerin, literatüre benzer şekilde güvenli ilişki kurmaya öncelik ve önem verdiği söylenebilir.

Hemşirelerden bazıları cinselliği konuşmakta zorlandıklarını ifade ederken, bazıları ise bireyde bu konuları hem cinsiyle görüşmeden kaynaklanan rahatlık duygusunun

oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin cinselliğe yönelik tutumları, hastaların rahatsızlık yaşacağı düşüncesi gibi engeller sebebiyle hastalar ve hemşireler açısından cinsellik konuşulması zor konulardan biri olarak görülmektedir (Gölbaşı ve Evcili, 2013). Nakopoulou ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir çalışmada hemşireler cinselliği konuşmanın cinsiyet farklılığından dolayı her iki tarafta rahatsızlık oluşturacağını belirtmişlerdir (Aktaran: Gölbaşı ve Evcili, 2013). Bunun yanında kadın hemşire olma iletişimde yardım edici bir araç olarak görülebilir. Hemşirenin kendisini kadın bir hemşire olarak hastayla, özellikle CŞMK bireyler için, iletişimde bir araç olarak gördüğünü söyleyebiliriz.

5.2.5. Yasal ve Etik Sorumluluklara İlişkin Müdahaleler

Cinsel şiddete maruz kalma adli bir durum olup, maruz kalan bireyin adli olgu olarak değerlendirilmesini ve bu kapsamda adli süreçlerin başlatılarak sürecin yasal ve etik ilkeler zemininde ilerlemesini gerektirir. Ancak bu yasal süreçlerle birlikte etik ilkelerin gözetilmesi de önemli bir sorumluluktur.

Hemşirelerden altısının konuyu adli olgu olarak değerlendirdiği, ikisinin adli olgu olarak bildirimde bulunduğu, ancak altısının bu bildirim şeklini daha çok bir üst sorumlu olarak tanımladığı doktora iletme şeklinde yaptıkları ve üçünün adli süreçlerin takibinde-sorgulanmasında sosyal hizmet uzmanlarından destek aldıkları ortaya çıkmıştır. Arıkan ve arkadaşları (2000)'nin yaptığı bir çalışmada çocuk ihmali ve istismarı vakalarını hemşirelerin %69'u polise, %17,2'si psikoloğa ve %13,8'i de sosyal hizmet kurumlarına iletceklerini belirtmişlerdir (Arıkan ve ark., 2000). Acil servis ve çocuk servisinde çalışan 25 hemşire ile yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin beşi sadece doktora, ikisi sadece polise, yedisi hem doktora hem polise haber verdiklerini ve bir kişi hiç birşey yapmadığını belirtmiştir (Kaş Güner ve ark.; 2016). TCK 5237 Kanun Numaralı Madde-280'de görevini yaptığı sırada suç işlendiğine dair bir belirti ile karşılaşan sağlık mesleği mensuplarının, bireyin karar verme yetisi varsa onayı alınarak, bu durumu yetkili makamlara bildirmesi, aksi durumda 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir (TCK, 2014). Araştırmanın bu sonuçlarının yapılmış araştırma sonuçlarıyla örtüştüğü söylenebilir. Yanısıra hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik kurumsal bir prosedür veya talimat olmadığını ifade etseler de,

sadece iki hemşirenin sağlık çalışanı olarak doğrudan bildirimde bulunması dikkat çekicidir. Bu sonucun kaynağı konusunda, bildirim sorumluluğu açısından hemşirelerin kendilerini hangi konumda gördüğü ile ilişkili net bir ifade olmaması; kurumsal bir prosedür gereği mi yoksa hemşirenin eksikliği ve/veya yetersizliği ile ilişkili bir durum nedeniyle mi olduğu konusunda ayırmda olmak eldeki veriler ışığında mümkün görünmemektedir.

Hemşirelerin CŞMK bireyle çalışırken mahremiyet ve gizliliği sağlama, hastadan onam alma, kişiyi koruma adına güvenlik önlemleri alma ve saygı duyma gibi etik ilkelere dikkat ettikleri görülmektedir. Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunması, kendisi ya da ailesi ile ilgili paylaştığı bilgilerin gizliliğinin sağlanması ve yapılacak bütün işlemlerde bireyden onam alınması, hem yasal ve etik sorumluluklar, hem de terapötik güven ilişkisi geliştirmek için vazgeçilmez olduğu literatürde yer almaktadır (Helman ve Clark, 2014; International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015). Araştırma sonucu bu yönüyle literatürle örtüşmektedir.

5.3. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Bu bölümde cinsel şiddet olgularıyla çalışırken öykü alma, kanıt toplama, hemşirelik girişimlerine karar verme, iletişim ve görüşme becerileri, yasal ve etik sorumluluklara ilişkin bilgi gereksinimlerine yönelik sonuçlar tartışılacaktır.

5.3.1. Öykü Almaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerden öykü almaya ilişkin bilgi gereksinimlerinin, öykü alırken olayın gerçekliğini ayırt etme, hastalarla görüşürken aile engeli sebebiyle bilgi almada güçlük yaşama ve ruhsal-sosyal değerlendirme konusunda bilgi gereksinimleri olduğu görülmektedir. Buna göre hemşirelerin öykü almada yeterli veri elde etme ve elde ettiği verileri doğrulama konusunda zorluk yaşadıklarını söyleyebiliriz. Bu zorlukların kaynağı hemşirelerin hem cinsel şiddete maruz kalma hem genel psikiyatrik semptom, psikopatoloji ve hemşirelik bilgisi ile ilgili bilgi eksikliğine bağlı ortaya çıktığı düşünülebilir. Erim ve Öncü (2014) şiddete uğradığı beyan eden bir

bireyin beyanının gerçek olup olmadığını ayırt etmek ve emin olmak için öncelikle psikiyatrik problemle ilişkisine bakılması gerektiğini; çünkü psikotik özellikli hastalığa sahip bir hastanın düşünce bozukluğuna bağlı beyanı olabileceği dikkate alınmalı, öyle olsa bile şiddete uğramış olabileceğinin akılda tutulmasını gerektiğini vurgulamaktadırlar. Wilson (1996) “elde olan bilginin geçerliğini ve doğruluğunu saptamak için duyulan gereksinim” i bilgi gereksiniminin işlevlerinden biri olarak tanımlamıştır (Aktaran: Özenç Uçak, 1997). Hemşireler için hastayla ilgili elde edilen bilgilerin ve/veya ipuçlarının doğru ve gerçek olduğundan emin olma önemli bir kriterdir (Biol, 2004). Bu bağlamda hemşirelerin öykü almaya ilişkin bilgi gereksinimlerini ifade eden sonuçlar literatürle uyum göstermektedir diyebiliriz.

5.3.2. Kanıt Toplamaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere ilişkin kanıtı tanıma ve kanıt toplama süreci hakkında doğrudan bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde hemşirelerin bakım ve tedavi görevlerini yerine getirirken kanıtları tanımayı, korumayı ve kaydetmeyi bilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Özden ve Yıldırım, 2009). Bu bağlamda hemşireler için kanıtları tanıma ve kanıt toplama süreci yeni ve özel bir bilgi olup Wilson (1996)’nın tanımladığı bilgi gereksiniminin işlevlerinden biri olarak ifade ettiği “yeni bilgi için duyulan gereksinim”le (Aktaran: Özenç Uçak, 1997) uyumlu olduğu söylenebilir.

5.3.3. Hemşirelik Girişimlerine Karar Vermeye ve Uygulamaya İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Hemşirelik girişimleri hasta gereksinimleri doğrultusunda belirlenen kısa vadeli, uzun vadeli amaçları ve bu amaçları gerçekleştirmek için belirlenen hemşirelik aktiviteleri olarak tanımlanabilir. Hemşirelerin CŞMK bireye yönelik hemşirelik girişimlerine karar verme ve uygulamaya ilişkin; dört hemşire dışında hemşirelerin tamamının CŞMK bireye yaklaşım konusunda bilgi gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin ifadelerine bakıldığında, hasta ile iletişim kurma, nasıl davranacağı, ne söyleyeceği, görüşmeye başlama zamanı gibi konular gereksinim olarak ifade edilmiştir. Hatta hemşirelerden H4 ve H14 özellikle “bu konuda ne kadar bilgi varsa hepsi gereksinimimdir” ifadesi ile eğitim ve bilgi gereksinimlerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin taburculuk sonrası izlem ve rehberlikle ilgili bilgi gereksinimleri ortaya çıkmıştır. Bu gereksinimi taburculuk sonrası hastaların güvenliği ve sosyal gereksinimlerine yönelik kurumsal ve bireysel destek kaynaklarına yönlendirme ve rehberlik yapma olarak ifade etmişlerdir. Burada ifade edilen bilgi gereksinimlerinin, hemşirelerin savunuculuk ve danışmanlık rollerine atıfta bulunan ve koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında yer alan hemşirelik rollerine ilişkin olduğu söylenebilir. Hemşireler her alanda şiddeti tanılama, değerlendirme, bireye danışmanlık yapma ve gerekli yerlere yönlendirme açısından anahtar pozisyonadadır (Yaman Efe, 2009; Varcarolis ve Halter Jordan, 2010). Dolayısıyla bu durum onlara mesleki bir sorumluluk yükler; hemşireler bu sorumlukla bilgi gereksinimlerini ifade etmişlerdir diyebiliriz.

5.3.4. İletişim ve Görüşme Becerilerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireyin tepkilerini tanımak/anlamak, bu bireylerle çalışırken hemşire olarak duygularını yönetebilmek ve zarar vermeden yardımcı olma konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir. CŞMK bireylerle çalışırken bireyin tepkilerini tanımak/anlamak ve kendi duygularını yönetebilmenin önemiyle ilgili hemşirelerden H1 “kendi yargılarımız, kendi değerlerimiz, kendi kaygılarımız; bu bizim kişiliğimizle de alakalıdır. Kendimiz bir bariyer belki de oluşturuyoruzdur; bunun da farkında da değildir....taciz ya da tecavüze uğramış bireyin ne yaşadığını anlamalıyız ki ona yardım edebilelim. Onun duygu ve düşünceleri ne, buna bağlı neler oluyor’ u bilmeliyiz.” ifadesinde bulunmuştur. Hemşire H2 zarar vermeden yardımcı olma konusunda “Acaba onu kırar mıyız, ona zarar verir miyiz diye korktuğumuz için açıkçası kafamızda bizim de soru işaretlerimiz oluyor, yaklaşırken çekiniyoruz... Gerçekten cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yaklaşırken hepimizde bir çekinme oluyor” ifadelerinde bulunmuşlardır.

Ross ve arkadaşları (2010)’nın yaptıkları bir çalışmada hemşireler hastanın cinsel şiddet öyküsünü ortaya çıkarmaktan korktuklarını, bunu solucan konservesi açmaya ve Pandora’nın kutusu açmaya benzettiklerini ifade etmişlerdir. Hemşireler bireyin cinsel şiddete maruz kalma durumunu öğrendikleri zaman, yasal sorumluluk altına girme ve bireye zarar verme riski nedeniyle; bireyi sorgulamadan sadece dinlediklerini ya da bireyin kendisini ifade etmesini engellediklerini iletmışlerdir. Cinsel şiddet maruziyetini

ifade etmek ise birey için yeniden travmatize olma, yaşamını yeniden yapılandırma, önemli kararlar alma, mahremiyet kaybı, fiziksel ve duygusal olarak zarar görme, damgalanma ve dışlanma risklerini getirebilir. Bu nedenlerle birey ve hemşire arasında karşılıklı alınması gereken riskler olan kişilerarası bir ilişki gelişir. Hemşireler bu ilişkide, kendilerini ve bireyleri “tehlikeli bir vadide cılız bir köprüde buluşan ve sağlam bir zemine birlikte yolculuk eden iki kişi” ye benzetmişlerdir. Hemşireler CŞMK bireyle çalışırken, hemşire ve hasta arasında, bakımın gerçekleştiği bağlamı sağlayan riskli bir ilişki kurduklarını ifade etmişlerdir.

Ayrıca araştırmamızda hemşirelerden üçü hastaların kendilerine ifade ettiği ancak hekimlerine ifade edemedikleri şeyler olduğunda, doktor ile hasta arasında “ara bir istasyon gibi bağ kurmayı” sağladıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle hemşirenin kendi ulaşılabilirliğini, hastanın hekime ulaşma noktasında bir araç olarak kullandığını söyleyebiliriz. Bu yönüyle hemşirenin bu açıklığı önemli bir yaklaşım olarak görülebilir. Hemşire ve hastanın başlangıçta ayrı ayrı bireysel korkuları ve kaygıları nedeniyle terapötik bir ilişki kurmaları güç olabilir (Demiralp ve Sarıkoç, 2016). Araştırma sonuçları, Ross ve arkadaşları (2010)’nın araştırma sonucu ve literatür bilgisi ile karşılaştırıldığında; hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışırken kendi duygularının farkında olması (Demiralp ve Sarıkoç, 2016) ve bireyin içinde bulunduğu durumu, tepkilerini tanıması önemli bir gereksinimdir diyebiliriz.

Hemşireler hastaların öfkeli agresif ve sıkıntılı olmadığı dönemde iletişim kurduklarını, hastaların kaygısını yönetmeye yönelik görüşme yaptıklarını ancak; hastalar kendilerini anlatamadığında ve kendisini iletişime kapattığında, ağladığında ve hasta yakınlarıyla hastanın içinde bulunduğu durumla ilgili iletişimi başlatma ve ne söyleyecekleri ve nasıl yaklaşacakları konusunda zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Akgün Çıtak ve arkadaşları (2011)’nın yaptıkları çalışmada hemşirelerin; %84’ü söylenen, kızan ve bağırın; %81.6’sı tedaviyi reddeden ve %84’ü sürekli bir şeyler isteyen hastalarla iletişimde güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Acar ve Buldukoğlu (2016)’nın hemşirelik ve tıp öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada, tıp öğrencileri en çok iletişim kurulamayan hastayı zor hasta olarak tanımlarken; hemşirelik öğrencileri tedaviyi reddeden ve duygusal sorunu olan hastaları zor hasta olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Zor hasta

durumları, kaynağı her ne olursa olsun, hemşirenin çalıştığı her alanda karşılaşılabilecek özel durumlar olup; iletişim becerileri ve tekniklerini kullanmayı gerektiren klinik durumlardır. Bu nedenle hemşireler bu becerilere sahip olmalı ve kullanmalıdırlar (Özcan, 2006; Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Akgün Çıtak ve ark., 2011; Acar ve Buldukoğlu, 2016). Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin özel durumlarda iletişim teknikleri konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu söyleyebiliriz.

5.3.5. Yasal ve Etik Sorumluluklara İlişkin Bilgi Gereksinimleri

Hemşirelerin hemen hemen hepsi genel bir ifade ile “adli süreçler, yasal boyut ve etik sorumluluklar” hakkındaki bilgi gereksinimlerini dile getirmişlerdir. Yanı sıra bazı hemşireler bilgi gereksinimlerini adli kurumlara bildirim yapıldığı şekli, yasal ve etik açıdan başvurulacak kurum ve kuruluşlar, yasal ve etik süreçlere uygun kayıt tutma, hastaneye ait konuya özgü standartlar, prosedürler, talimatlar, mahremiyet ve sır saklamanın sınırları olarak özelleştirmişlerdir. Bu temalardan da anlaşılacağı üzere hemşirelerin hem olaya ve hastaya yönelik, hem de kendi rol ve sorumlulukları kapsamında olan yasal süreçler, prosedürler ve talimatlarla ilgili bilgi gereksinimlerini ifade ettiklerini söyleyebiliriz. Bahar (2008)’in yaptığı çalışmada, araştırma sonuçlarına benzer bir şekilde, hemşirelerin adli hemşirelik konusunda bilgi eksiklikleri olduğu, çalıştıkları kurumda adli olgularda konuya özgü standart protokollerin bulunmadığı ve kendilerinin de bu konulardaki yasal düzenlemelerden haberdar olmadıkları belirlenmiştir (Aktaran: Özden ve Yıldırım; 2009). Hemşirelerden H10 CŞMK bireyle etik ilkelerden mahremiyet ve sır saklamanın sınırlarını çizme konusunda güçlük yaşadığını, bu nedenle bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Yasal boyutta talimatlar, standartlar ve prosedürler iş akışlarıyla ilgili olup, hemşirelerin CŞMK bireylere yaklaşımlarında kolaylaştırıcı ve rehber niteliğinde olduğu düşünülebilir (International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis, 2015). Bu anlamda hemşirelerin bu klinik rehberlere duyduğu gereksinim hastaya zarar vermeme ve hasta savucunuluğu açısından dikkate alınması gereken önemli unsurlardır. Aynı zamanda bu talimatlar ve prosedürler hemşirenin bireye özgü standardize edilmiş bakım sunmasında önemli olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak yasal ve etik boyutta ifade edilen hemşire gereksinimleri karşılanmadığı taktirde belirsizliğe yol açabilir. Bu belirsizlik ve bilgi eksikliği de hastanın zamanında, uygun, güvenli, terapötik ve adli yardım almasında olumsuz bir faktör oluşturabilir.

5.4. Hemşirelerin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylerle Çalışma Konusunda Beklenti ve Önerileri

Hemşirelerin çalıştıkları kurum yönetiminden-hemşirelik hizmetleri yönetiminden, meslektaşlarından, diğer çalışma arkadaşlarından, eğitimcilerden ve toplumsal bağlamda beklentileri ve konuya ilişkin önerileri bulunmaktadır. Hemşireler en çok CŞMK bireylere yaklaşım konusunda kurumsal olarak eğitim planlanması ve CŞMK bireylerle çalışırken bilinmesi gereken yasal ve etik sorumluluklara ilişkin tüm hastane genelinde bir talimat-prosedür oluşturulması önerisinde bulunmuşlardır. Gömbül ve Buldukoğlu (1997)'nin yaptıkları çalışmada hemşirelerin şiddetin biyopsikososyal belirtileri, şiddetin sağlık üzerine etkileri, empati, kayıp ve krize müdahale konularında eğitim ihtiyaçları ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçlarına göre hemşirelik eğitim müfredatında bu konuların yer almasını önermişlerdir. Kaş Güner ve arkadaşları (2016)'nın yaptıkları çalışmada hemşirelerden %84'ü istismar ile ilgili eğitimin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. İstismar ve ihmal konularıyla ilgili düzenlenecek hizmet içi eğitimlerin, sürecin hızlı işlemesine ve hemşirenin görevini daha az psikolojik yük altına girerek gerçekleştirmesini sağlayacağını vurgulamışlardır. Özsoy ve Bulut (2017) 'un cinsel sağlık dersi verilen hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada; cinsellikle ilgili mitlere inanışın yaygın olduğu, ancak cinsellikle ilgili verilecek eğitimin, gençlerde cinsellikle ilgili yanlış inanışları, tabuları, önyargıları azaltabileceği görülmüştür. Özellikle hemşirelerin bütüncül bakım sunabilmesi için, kendine ve bakım verdiği bireylere ilişkin cinsellikle ilgili mitlerin farkında olması gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmamız ve diğer çalışma sonuçları incelendiğinde; hemşirelerin cinsellik, şiddete/cinsel şiddete maruz kalmış bireyi tanıma, iletişimi başlatma ve sürdürme, öykü alma, kanıt toplama ve kanıtlar, müdahale etme, yasal prosedürler ve etik ikilemler konularında eğitim talebi olduğu, dolayısıyla bilgi gereksinimlerini ifade ettikleri söylenebilir.

Hemşireler meslektaşlarından ve diğer çalışma arkadaşlarından etik ilkeler çerçevesinde, uyumlu, duyarlı ve insan odaklı çalışmayı ve çalışırken ekip olmayı ve bir bütünün

içinde yer almayı beklemektedirler. Hemşireler, kliniğe destek için gelen personellerin artmış cinsel isteği olan psikiyatri hastalarına nasıl davranılacağını bilemediklerini veya CŞMK bireylere “nasıl oldu, ne zaman oldu” gibi irdeleyici, deşici sorular sorabildiklerini ifade etmişler; bu nedenle özellikle destek hizmet personellerinin CŞMK bireylere ve psikiyatri hastalarına yaklaşım konusunda eğitim alması gerektiği önerisinde bulunmuşlardır. Hemşireler tarafından ifade edilen bu öneriler literatürde de vurgulandığı gibi terapötik ortamın oluşmasında holistik, bütüncül ve ekip anlayışının vazgeçilmez bir unsur olduğu ve her meslek ve/vaya uzmanlık alanlarına özgü bilginin yanı sıra ortak bilginin kullanımını gerektirmektedir (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010; Townsend, 2012).

Cinsel şiddete maruz kalmayı toplumsal bir sorun olarak gören hemşireler, kadınların cinsel şiddete maruz kalındığı zaman yapılması gerekenler konusunda eğitilmesi, toplumsal olarak bilinçlenmenin sağlanması, sadece fiziksel değil, duygusal açıdan da sağlıklı bireyler yetişmesi için küçük yaşlarda cinsellik eğitimi verilmesi, cinsellik eğitimiyle toplumdaki ayıp günah algısının yıkılmasının sağlanması, ilkokuldan liseye kadar, okullarda özel danışmanlar olması, cinsel danışmanlık ve eğitim merkezleri olması, sayısal ve niteliksel olarak yeterli barınma olanağının (sığınma evleri) artırılması önerilerinde bulunmuşlardır. Cinsellik 3-5 yaş döneminden itibaren çocuğun kendi bedenini cinsiyete özgü ayrımların farkında olunmaya başlandığı ve ailede başlayan okul ve toplum içerisindeki sosyalizasyonla şekillenen değerlerle oluştuğu düşünüldüğünde ve cinsellikle ilgili şiddet eğilimlerinin tüm bu gelişmelerle birlikte erken yaşam dönemindeki doyurulmamış gereksinimlerin ileri yaş dönemlerinde ortaya çıkardığı ruhsal sorunlara bağlı olarak oluştuğu bilgisi hemşirelerin toplumsal bilinç oluşturma konusundaki önerilerini anlamlı hale getirmektedir diyebiliriz (Varcarolis ve Halter Jordan, 2010).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, psikiyatri klinik hemşirelerinin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilen önemli sonuçlar ve öneriler aşağıda verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Hemşirelerin cinselliğe, cinsel şiddete ve cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu duruma ve bu bireylerle çalışmaya yönelik algılarına ilişkin sonuçlar

- Cinsellik hemşireler tarafından duyguların, duygusal ve fiziksel ifadesi, üremek, yaşamın gerekliklerinden biri ve ihtiyaç, tatmin ve mahrem bir durum olarak tanımlanmıştır.
- Cinsel şiddet hemşireler tarafından cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeyen herkesten gelebilen ve herkese uygulanabilen durum, rıza dışı birlikte olma, rıza dışı sözlü-sözsüz bedene dönük eylemler-söylemler ve saldırıya uğrama olarak tanımlanmıştır.
- Hemşireler CŞMK bireylerle çalışmaya ilişkin rol ve sorumluluklarına yönelik benzetmelerde kendi rol ve sorumlularını yaşam veren, güç veren onaran olarak tanımlamışlardır.

6.1.2. Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahaleleri ve bilgi gereksinimlerine ilişkin sonuçlar

Öykü Alma

- Hemşireler CŞMK bireylerden öykü alırken hasta, hasta yakınları, ekip üyeleri ve genel klinik formlarını kullanarak çoklu veri kaynaklarına başvurumaktadırlar.
- Hemşireler öyküde hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarına ilişkin bilgi alırken, görüşme ve gözlem yöntemini kullanmaktadırlar.
- Hemşireler öykü almaya ilişkin görüşme yaparken ipuçlarını yakalamak için doğrudan olayla ilgili olmayan sorular sorarak durumu anlamaya çalışmaktadırlar.

- Hemşireler hastanın cinsel şiddete uğrama şüphesini ayırt etmek amacıyla bireysel görüşmelere ek olarak durumu ekiple paylaşmakta ve onların da gözlem ve görüşmelerinden yararlanmak istemektedirler.
- Hemşirelerin öykü almada cinsel şiddete maruz kalmış bireye özel ve duruma özgü yapılandırılmış bir form kullanmadıklarını ve müdahalelerinde özel bir yaklaşım sergilemede sınırlı kaldıkları belirlenmiştir.
- Hemşirelerin öykü alırken olayın gerçekliğini ayırt etmeye ilişkin, öykü alırken aile engelini aşabilmeye ilişkin, bireyi ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin bilgi gereksinimleri vardır.

Kanıt Toplama

- Hemşirelerin kliniğe yatışı yapılan doğurganlık çağındaki tüm kadınlardan hamilelik testi istedikleri ve CŞMK bireylere kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi verdikleri ortaya çıkmıştır.
- Hemşireler kanıtın fiziksel bulgularından darpa ilişkin, hastaları skar doku, ekimoz, morluklar ve tırnak izleri bakımından incelemektedirler.
- Hemşireler hasta anamnez ve hemşire gözlem formlarını, cinsel şiddete maruz kalmaya bağlı oluşan travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerini, sperm, tırnak arası doku, saç gibi saldırgan a ait bulguları kanıt olarak değerlendirmektedirler.
- Hemşirelerin kanıt toplamanın, kanıtların ve kanıt toplama sürecinin ne olduğuna ilişkin tanımsal, içerik ve işleyiş açısından bilgi gereksinimleri vardır.

Hemşirelik Girişimlerine Karar Verme

- Hemşireler hemşirelik girişimlerine karar verirken görüşme ve gözlem yöntemini kullanmaktadırlar.
- Hemşireler cinsel şiddete maruz kalma durumuna özgü uygulamaları ve izledikleri prosedürler olmadığı için, böyle durumlarda kendi donanım ve deneyimlerine göre karar vermektedirler.
- Hemşireler hastaların farklı gereksinimlerine göre müdahaleleri belirlemede hekimden, sorumlu hemşireden ve diğer ekip arkadaşlarından destek almaktadırlar.

- Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireylerin gereksinimlerine müdahale konusunda bireyi çoğunlukla uzman olarak gördükleri diğer ekip üyelerine yönlendirdiklerini belirtmişlerdir.
- Hemşireler hastaların içe kapanma, izolasyon tepkilerine karşı kısa süreli etkinliklere katma, küçük görevler verme, odada tek başına izole olmasını engelleme, uyku sorunlarına yönelik uykusunu düzenleme, ilaç içip içmediğini kontrol etme, bedenen bir yarası veya bu konuda tedaviye ihtiyacı varsa ona müdahale etme, tedaviyi uygulama ve izleme, taburculuk sonrası iş ve sosyal yaşama yönelik girişimlerde bulunmaktadırlar.
- Hemşirelerin taburculuk sonrası mağdurların izlem ve rehberliğiyle ilgili bilgi gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır.

İletişim ve Görüşme Becerileri

- Hemşirelerin bireylerle güven ilişkisi kurmaya yönelik uygulamaları; hasta kendini hazır hissettiğinde, güven bağı kurduğunda bilgi almak, yanında olduğunu hissettirmek, güvende hissedeceği bir ortam oluşturmaktır.
- Hemşireler CŞMK bireylere yargılamadan, suçlamadan yaklaşmakta ve cinsel şiddete maruz kalma durumu hakkında birey ilk kiminle paylaştı ise, aynı doktor veya hemşire ile bireysel görüşmelerine devam etmesini sağlamaktadırlar.
- Hemşireler uygun zamanda, birebir, uygun ortam koşullarında yüz yüze ve göz teması kurarak görüşme yapmaktadırlar. Görüşmeler hastanın gereksinimine yönelik, hasta talebi doğrultusunda olup; planlı, spontan veya sohbet havasında gerçekleşmektedir.
- Hemşireler CŞMK bireyleri sormadan, sorgulamadan, irdelemeden ve suçlayıcı olmadan dinlemekte, empati yapmakta ve dokunmayı araç olarak kullanmaktadırlar.
- Hemşireler hastaların öfkeli agresif ve sıkıntılı olmadığı dönemde iletişim kurduklarını, hastaların kaygısını yönetmeye yönelik görüşme yaptıklarını ancak; kendini anlatamayan ve iletişime kapalı hastayla iletişime geçme konusunda zorlandıklarını ortaya koymaktadırlar.

- Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireye yaklaşım konusunda bilgi gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin bireye yaklaşım konusundaki gereksinimlerinin, hasta ile iletişim kurma, nasıl davranacağı, ne söyleyeceği, görüşmeye başlama zamanı gibi konularla ilgili gereksinimler olduğu ortaya çıkmıştır.
- Hemşireler CŞMK bireyleri sormadan, sorgulamadan, irdelemeden ve suçlayıcı olmadan dinlemekte, empati yapmakta ve dokunmayı araç olarak kullanmaktadırlar. Ancak hemşirenin empati kurma şekli dikkate alındığında empati ve iletişim teknikleri açısından bilgiye gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır.
- Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireyin tepkilerini tanımak/anlamak, bu bireylerle çalışırken hemşire olarak duygularını yönetebilmek ve zarar vermeden yardımcı olma konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.
- Hemşireler hastaların öfkeli agresif ve sıkıntılı olmadığı dönemde iletişim kurduklarını, hastaların kaygısını yönetmeye yönelik görüşme yaptıklarını ancak; kendini anlatamayan ve iletişime kapalı hastayla, ağlayan bireyle ve hasta yakınlarıyla iletişime geçme konusunda zorlanmaktadırlar.

Yasal ve Etik Sorumluluklar

- Hemşireler adli olgu olarak bildirim şeklini daha çok bir üst sorumlu olarak tanımladığı doktora iletme şeklinde yapmakta ve adli süreçlerin takibinde-sorgulanmasında sosyal hizmet uzmanlarından destek almaktadırlar. Sağlık personeli olarak doğrudan bildirimde bulunmaları sınırlıdır.
- Hemşireler CŞMK bireyle çalışırken mahremiyet ve gizliliği sağlama, hastadan onam alma, kişiyi koruma adına güvenlik önlemleri alma ve saygı duyma gibi etik ilkelere dikkat etmektedirler.
- Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle ilgili adli süreçler, yasal boyut ve etik sorumluluklar hakkında bilgi gereksinimleri olduğunu dile getirmişlerdir.

6.2.Öneriler

Uygulayıcılar için;

- Cinsel şiddete maruz kalmış bireylere bakım rehberlerinde yer alan güvene dayalı iyileşme ve hastaların primer hemşire ile daha rahat iletişime geçtiğinin belirlenmesi sebebi ile psikiyatri kliniklerinde primer hemşirelik modeli anlayışı ile çalışma sisteminin oluşturulması,
- Hemşirelerin CŞMK bireyle çalışırken kendini tanınmasının ve duygularını yönetmesinin önemli görülmesi nedeniyle; uygulama alanında kendini tanıma, tepkilerini tanıma, genel müdahalelere yönelik birey odaklı, ekip işbirliği içinde çalışma konusunda duyarlı olunması,
- Hemşirelerin CŞMK bireylere yönelik yasal müdahaleler konusunda bilgi gereksinimi tariflemesi nedeniyle; cinsel şiddete maruz kalmayı adli olgu olarak değerlendirme, yasal olarak bildirim yapma ve hastayı hakları konusunda bilgilendirme konularında yetkinlik sağlamaları,
- Hemşireler CŞMK bireylerle sadece psikiyatri kliniklerinde değil, psikiyatri dışı bütün ortamlarda da hem eylem sonrası akut dönemde hem de uzun dönemde karşılaşmakta olduklarından, bu bireylerle çalışma konusunda gerekli bilgi, beceri ve tutumlarını gözden geçirerek hazır oluşlarını sağlamaları,
- Psikiyatri kliniklerinde ise akut dönemin ardından ortaya çıkan ruhsal sorunlar nedeniyle bu hastalarla daha çok karşılaşmalarına bağlı olarak CŞMK bireylerin uzun dönemdeki psikososyal sorunlarına yönelik hemşirelik müdahaleleri konusunda yetkinlerinin artırılması,
- Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmaya ilişkin öykü alma, kanıt toplama, müdahaleler, görüşme ve adli süreçlerde ortaya çıkan bilgi gereksinimleri doğrultusunda; uygulama alanında adli hemşirelik ve adli psikiyatri hemşireliği uzmanlık alanlarının yasal olarak tanımlanması önerilebilir.

Eğitimciler için;

- Hemşirelerin öykü alırken cinsel şiddete maruz kalma durumunu ayırt etmede, bireylere soru sormada, bireyden gelen verilerin yasal ve etik boyutunu yönetmede güçlük yaşamaları sebebiyle; öykü alma, öykü alırken soru sorma,

yasal süreçler ve etik ilkeler konusunda duyarlı ve hassas yaklaşım sergileyebilmeleri ve yaşadıkları etik ikilemleri çözümleyebilmeleri için eğitimler verilmesi,

- Hemşireler, nelerin kanıt kapsamında ele alınacağını ve kanıt toplama süreçlerinin nasıl işlediğini bilmediklerini belirttikleri için; verilecek eğitimler kapsamında kanıt toplamaya ilişkin, kanıt toplamanın, kanıtların, ve kanıt toplama sürecinin ne olduğuna ilişkin tanımsal, içerik ve işleyiş çerçevesinde konuların yer alması,
- Hemşireler cinsel şiddete maruz kalmış bireye yönelik hemşirelik müdahaleleri kapsamında hizmet içi eğitim taleplerini dile getirip, eğitimcilerden bu konuda destek beklediklerini belirttikleri için; eğitimciler ve uygulama alanındaki hemşirelerin iş birliği yaparak eğitim konusunda birbirlerini desteklemeleri,
- Hemşireler hizmet içi eğitim taleplerinin yanı sıra, okul dönemi ve meslek yaşamları boyunca CŞMK bireylere yönelik eğitim almadıklarını ifade ederek, lisans müfredatına da cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik eğitimlerin eklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sebeple lisans ve lisans üstü eğitim müfredatına konuya özgü ders içeriği eklenmesi,

Kurumlar için;

- Psikiyatri kliniği hemşirelerinin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik ortaya çıkan bilgi gereksinimleri doğrultusunda öykü alma, kanıt toplama, kanıtlar, iletişim ve görüşme becerileri, yasal ve etik sorumluluklar ve müdahaleler konusunda hizmet içi eğitimler verilmesi,
- Cinsel şiddete maruz kalma durumunun akut ve kronik dönem etkileri nedeniyle hemşirelerin, travmaya müdahale ve krize müdahalede danışmanlık becerilerini geliştirmek üzere eğitimlerin verilmesi,
- Hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının da CŞMK bireylere nasıl yaklaşacaklarını bilemediklerini belirtmeleri nedeni ile sadece hemşirelere değil diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte eğitimlerin organize edilmesi,
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda CŞMK bireylerle çalışırken izlenmesi gereken talimatların var olmadığını ve bunun gibi talimatlara ihtiyaç duyduklarını belirtilmeleri nedeniyle; hastanelerde CŞMK bireylerle çalışırken izlenmesi

gereken prosedürlere yönelik talimatların oluşturulması ve tüm personele ulaştırılması,

Araştırmacılar için;

- Hemşirelerin cinsel şiddete maruz kalmış bireye yaklaşım, yasal ve etik müdahaleler konusundaki bilgi gereksinimleri olduğu dikkate alınarak, bu bilgi ve becerileri artırmaya yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi ve bu program sonuçlarının deneysel çalışmalarla değerlendirmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Acar G. Buldukoğlu K. Öğrencilerin hastalarla iletişimde karşılaştıkları güçlükler ve zor hasta algıları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016;7(1): 7-12.

Alpkan L R. Adli Psikiyatri. İçinde: Karamustafalıoğlu K O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018.

Akgün Çıtak E, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin “zor hasta” olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011;1: 35-44.

Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*. 2015;1(1): 1-7.

Akkaya H, Karbeyaz K, Toygar M. Eskişehir'de erkek çocuklar ve adölesanlarla ilgili cinsel saldırı olguları. *Adli Tıp Dergisi*. 2013;27(3): 147-157.

Akköz Çevik S, Başer M. Adli hemşirelik ve çalışma alanları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;21(2): 143-152.

Aksel E Ş. Cinsel istismar mağduru çocukla görüşme. *Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics*. 2018;4(1): 58-64.

Amerikan Psikiyatri Birliği. The Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fifth Edition (DSM-5): Çeviren Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Beşinci Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.

Atman C Ü. Kadına yönelik şiddet; cinsel taciz / ırza geçme. *sted*. 2003;12(9): 333-335.

Aydın A. Hemşirelerin Kişilerarası Duyarlılık ve Çatışma Çözme Yaklaşımları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz)

Bahar M. Y Kuşuğında Cinsellik Algısı İncelemesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Özcan Demir)

Bayram S, Duman R N, Demirtaş B. Üç insan, bir olay, üç farklı travmatik deneyim süreci. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi. 2018; 1(1): 165-182.

Bilican Gökkeya V, Ayan S. Sosyal öğrenme kuramı ve aile içi şiddet. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;10(48): 389-394.

Bilgiç S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu ile Uyum Bozukluğunun Klinik Açından Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Enstitüsü, 2011, Eskişehir (Danışman: Prof.Dr.Cem Kaptanoğlu)

Biol L. Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaacılık; 2004.

Bonham P. Communicating as a Mental Health Carer. Cheltenham: Ashford Colour Press; 2004

Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2011;5(4): 37-46.

Bulehec G M, Butcher H K, Dochterman J M, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC) Sixth Edition. Elsevier Inc; 2013; Çeviren: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Altıncı Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2017.

Burkhardt M A, Nathaniel A K. Çağdaş Hemşirelikte Etik; Çeviren: (Ecevit Alpar Ş, Bahçecik N, Karabacak Ü. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2013

Büyükyılmaz A, Demir Ç. Türkiyede kadına yönelik aile içi şiddetin belirleyeni: multinomial logit model yaklaşımı. Ege Akademik Bakış Dergisi. 2016;16(3): 443-450.

Cantürk N, Koç S. Adli tıp kurumunda değerlendirilen cinsel suç sanıklarının sosyo-demografik özellikleri ve psikiyatrik profilleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2010;63(2): 49-53.

Carpenito-Moyet L J. Handbook of Nursing Diagnosis: Çeviren Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.

Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır A B. Cinsel Suçlarda Muayene. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;1(4): 48-52.

Cogdill K W. Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. Journal of Medical Library Association. 2003;91(2): 203-215

Çakır U, Gündüz N, Turan H, Güleş E, Aker T. Kadın majör depresif bozukluk hastalarında cinsel travmaya bağlı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili bilişler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15: 200-206.

Daş Z. Vaka yönetimi ve bakım protololu. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;3(2): 11-17.

Demiralp M, Sarıkoç G. Psikiyatrik acillerden biri: cinsel şiddet ya da saldırı gören birey ve yardım etme. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(4): 363-368.

Engin E. Psikiyatrik ve psikososyal kuramlar ve kavramlar: İçinde Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2014, s: 23-55.

Erim B R, Öncü F. Kadına Yönelik Şiddete Psikiyatrik ve Hukuki Yaklaşım: İçinde, N. Uygur Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu. İkinci Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2014, s: 312-331.

Fortinash K M, Holoday Worret P A. Psychiatric Mental Health Nursing. Fourth Edition. St. Louis. Missouri: Mosby Elsevier; 2008.

Freitas R d, Moura N d, Feitosa R, Guedes M, Freitas M. d, Silva L d. Nursing process based on the Joyce Travelbee Model. J Nurs UFPE Online. 2018;12(12): 3287-3294.

French K. Sexual Health. First Published. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2009.

Gorman L M, Sultan D F. Psychosocial nursing for general patient care. Çeviren: Öz F, Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.

Gökulu G, Uluocak Ş, Bilir O. Kadına yönelik şiddetin yaygınlığı ve risk faktörleri: Çanakkale Türkiye'de bir saha araştırması. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2014;9(8): 499-516.

Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(3): 182-189.

Gölge Z B, Yavuz M F, Korkut S, Kahveci S. Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. Adli Tıp Bülteni. 2013;18(3): 82-91.

Gömbül Ö, Buldukoğlu K. Hemşirelerin kadın ve kadına yönelik eş şiddetine ilişkin görüşleri. Kriz Dergisi. 1997;5(2): 103-114.

Gömbül Ö. Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2000;1: 19-37.

Gültürk E, Akpınar A, Şen Ş R, Balcı H. Cinselliğin değerlendirilmesi: Hemşirelerin cinsellikle ilgili tutum ve inançları. FNG & Bilim Tıp Dergisi. 2018;4(1): 63-70.

Güneş F. Feminist kuramda ataerki tartışmaları üzerien eleştirel bir inceleme. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;7(2): 245-256.

Gürses İ, Kılavuz M A. Erikson'un psiko-sosyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2011;20(2), 153-166.

Hallaç S, Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2011;3(4): 595-610.

Han F, Stevenson M. Comprehension monitoring in first and foreign language reading. *University of Sydney Papers in TESOL*. 2008;3: 73-110.

Hashempour L. Hemşirelerin Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları. 1. Uluslararası Öğrenciler Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara: 2015; s:99-104.

Helman N A, Clark S. The ABCs of caring for sexual assault patients. *Nursing Made Incredibly Easy!*. 2014;12(4): 32-39.

İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(2): 80-84.

International Association of Forensic Nurses Leadership. Care. Expertis. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guidelines. *Sexual Violence*. 2015

Kale E, Çiçek Ü. Hemşirelerin kendi mesleklerine ilişkin metafor algıları. *Sağlık ve Hmeşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015;3(2):142-152.

Kar H, Özdemir Ç. Kadına yönelik cinsel şiddet. *Türkiye Klinikleri J Foren Med Special Topics*. 2018;4(1): 17-25.

Karamustafalıoğlu K O, Eryılmaz G. Travma ve etkenle ilgili tetikleyici bozukluklar. İçinde: Karamustafalıoğlu K O. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2018.

Kargın M, Çelebi E. Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* 2014;(10): 15-17.

Kaş Güner C, Yavuz H. Ö. Dörtbudak Z. Çocuk istismarı-ihmal vakalarıyla karşılaşan hemşirelerin görüş ve uygulamaları. *Kastamonu Sağlık Akademisi*. 2016;1(1): 39-55.

Kıyak S. Akın B. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 2010;2: 5-16.

Kocaman, G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Dergisi. 2003;2: 61-69.

Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;9(1): 49-54

Koç Z, Çınarlı T, Şener A, Keskin Kızıltepe S. Patricia Benner: Hemşire uygulamalarında klinik bilgelik ve beceri edinimi. ACU Sağ Bil Der. 2018;9(1): 1-12.

Kolburan G, Demir S C. Cinsel taciz: hukuki ve psikolojik bir değerlendirme. Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics. 2018;4(1): 26-32.

Krug E G, Dahlberg L L, Mercy J A, Zwi A B, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33: 159-174.

Levine P A, Frederic A. Kaplanı Uyandırmak Travmayı İyileştirmek. İstanbul: Butik Yayıncılık; 2013.

Mattila E, Pitkanen A, Alanen S., Leino K, Loujos K, Rathenen A, Aalto P. The effects of the primary nursing care model: a systematic review. J Nurs Care. 2014;3(6), 1-12.

Messing J T, Campbell J C, Snider C. Validation and adaptation of the danger assessment-5: A brief intimate partner violence risk assessment. Wiley J Adv Nurs, 2017;73: 3220–3230.

Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewle S. Midwives' perception and experiences of routine enquiry for domestic violence. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2003; 110: 744-752.

Morrissey J, Callaghan P. Communication Skills for Mental Health Nurses. First Published. Glasgow: The McGraw-Hill Education; 2011

Oflaz F. Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(3): 70-76.

Oflaz F, Özcan C T, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H. Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(1): 1-6.

Olgun (Günay) N. Primer Hemşirelik Yönetiminin Hasta Bakımı ve Hemşirelerin İş Doyumuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Doktora Tezi, 1994, İstanbul: (Danışman:Yard. Doç. Dr.Birsen YÜRÜGEN)

Onat Bayram G, Kızılkaya Beji N. Sağlık çalışanlarının cinsel şiddet mağduru kadına yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2009;17(1): 41-47.

Özaşçılar M. Şiddet davranışının nedenlerini açıklamada biyolojik temelli kuramların rolü. Türk Psikoloji Yazıları. 2016;19: 16-28.

Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. Ankara: Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu; 2006.

Özden D, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 73-81.

Özenç Uçak N. Bilgi gereksinimi ve bilgi arama davranışı. Türk Kütüphaneciliği. 1997;11(4): 315-325.

Özsoy S, Bulut S. Cinsel sağlık bilgisi dersinin hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitleri üzerine etkisi. KASHED. 2017;3(2): 54-67.

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2015.

Parlayan M A, Dökme S. Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin belirlenmesi. KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;13(2): 265-283.

Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.

Ross R, Draucker C, Martsolf D, Adamle K, Chiang-Hanisko L, Lewandowski W. The bridge: providing nursing care for survivors of sexual violence. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2010;22: 361-368.

Sabancıoğulları S, Açıl A A, Hallaç S. Akut psikiyatrik bakımda bir profesyonel kontrol yöntemi: hemşirelik gözlemleri. Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(1): 79-91.

Sarı A. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalar İçin Hemşire Gözlem Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir: (Danışman: Doç.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman) .

Shalton G. Appraising Travelbee's human-to-human relationship model. J Adv Pract Oncol. 2016;(7): 657-661.

Shakespeare-Finch J, Smith S, Gow K, Embelton G, Baird L. The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. Traumatology. 2003;9(1): 58-71.

Soylu D. Günlük Bilgi Gereksinimi ve Bilgi Arama Davranışları Üzerine Bir Çalışma: Adnan Ötüken İl Halk Kütüphanesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara: (Danışman: Prof. Dr. S. Serap Kurbanoglu)

Subaşı Baybuğa M, Irmak Z, Talas M S, Savran M B. Adli tıp şube müdürlüğüne başvuran fiziksel ve cinsel şiddet mağduru kadın olguların değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(3): 173-180.

Şimşek Arslan B, Buldukoğlu K. Ruhsal hastalık deneyiminden büyümek mümkün müdür? Psikiyatri hemşireliği bakış açısından bir gözden geçirme. Sakarya University Journal of Holistic Health. 2018;1(1): 16-27

Tanhan F. Şiddetin soy kütüğüne ilişkin psikolojik bir betimleme. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi. 2014;10: 12-14.

Taylor W. Collecting evidence for sexual assault: the role of the sexual assault nurse examiner (SANE). *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2002;78(1): 91-94.

Temel M, Şişman F N. Kadına Yönelik Cinsel Saldırılarda Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(2): 85-90.

Terakye, G. Hasta Hemşire İlişkileri. Dördüncü Baskı. Aydoğdu Ofset. Ankara: 1995.

Townsend, M. C. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Sixth Edition. F.A. Davis Company. Pennsylvania: Çeviren Özcan C T, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Altıncı Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016.

Tutar H. İş yerinde psikolojik şiddet sarmalı: nedenleri ve sonuçları. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2004;2(2): 101-128

Türk Ceza Kanunu, Ankara: Adalet Yayın Evi; 2014

Türkçapar, H. Bilişsel Davranışçı Terapiler. İçinde: Karamustafaloğlu K O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2018.

Tülü İ A, Erden G. Türkiye’de cinsel suçlular ile ilgili suç analizi: cinsel saldırı suçlularının psikolojik profi lleri, bilişsel çarpıtmaları ve psikopati düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25(1): 19-30

Utlu, N. Hastane ortamında hemsirelerin etik yaklasimi ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*. 2016;8(29): 17-35.

Varcarolis E M, Halter Jordan M. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. Sixth Edition. Missouri: Saunders Elsevier. 2010.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.

World Health Organization. Developing Sexual Health Programmes. WHO/RHR/HRP: 2010.

World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention. Geneva: 2014.

Yaman Efe Ş. Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde “Değişim Modelinin” Kullanılması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2(3): 130-135.

Yaman Efe Ş. Acil servis hemşirelerinin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin rol ve sorumlulukları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2012;26(1): 49-54.

Yenerer Çakmut Ö. Cinsel suçlarda hukusal boyut. Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics. 2018;4(1): 65-72.

Yıldırım A. Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Dördüncü baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.

Yılmaz S, Terzioğlu F. Kadına yönelik şiddet. Sağlıkla Dergisi. 2014;10: 32-34.

Yücel Beyaztaş F, İmir Yenicesu G, Bütün C, Yılmaz R. Sivas ağır ceza mahkemelerinde karara bağlanan 18 yaş üstü mağdurlara yönelik cinsel saldırı olgularının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Foren Med. 2009;6(2): 53-59.

EKLER

Ek-1

Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Görüşmesi Formu

1. Cinsellik size göre neyi ifade etmektedir?
2. Cinsel şiddeti nasıl tanımlarsınız?
3. Cinsel şiddete maruz kalmış bireyin içinde bulunduğu durumu bir şeye nesneye, objeye vs. benzetmek isterseniz neye benzetirsiniz? Neden ?
4. Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle çalışmayı bir şeye, nesneye, objeye vs. benzetmek isterseniz neye benzetirsiniz? Neden ?
5. Cinsel şiddete maruz kalmış bireyle karşılaştığınızda hemşire olarak ne tür müdahaleler yapıyorsunuz?
6. Cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - I. Bireyden öykü almada fiziksel, ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ siz neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - II. Kanıt toplama ve kanıtların değerlendirilmesine ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ siz neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - III. Bireyin gereksinimlerini/sorunlarını nasıl belirliyorsunuz/ siz neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - IV. Hemşirelik girişimlerine karar verme ve uygulamaya ilişkin neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - V. İletişim becerilerine ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ siz neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - VI. Görüşme becerilerine ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ siz neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
 - VII. Yasal ve etik sorumluluklara ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ siz neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?

7. Cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışma konusunda beklentileriniz ve önerileriniz neler olur?
- ✓ Ek olarak iletmek istediğiniz ve bilgi gereksiniminiz olan bir alan, durum var mı? Açıklar mısınız?



Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerini Belirleme Odak Grup Görüşmeleri Formu

1. Cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimleriniz nelerdir?

- I. Bireyden öykü almada fiziksel, ruhsal ve sosyal değerlendirmeye ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
- II. Kanıt toplama ve kanıtların değerlendirilmesine ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
- III. Bireyin gereksinimlerini belirlemeye ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
- IV. Hemşirelik girişimlerine karar verme ve uygulamaya ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
- V. İletişim ve görüşme becerilerine ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?
- VI. Yasal ve etik sorumluluklara ilişkin uygulamalarınız nelerdir/ neler yapıyorsunuz? Bu konuda bilgi gereksinimleriniz nelerdir?

2. Bu alanlar dışında iletmek istediğiniz ve bilgi gereksiniminiz olan bir alan, durum var mı? Açıklar mısınız?

Hemşire Bilgi Formu

Kişi No:

Çalıştığı Kurum:

- Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniği
- Antalya Kepez Aşır Aksu Psikiyatri Kliniği
- Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

- 1. Kadın
- 2. Erkek

3. Medeni durumunuz

- 1. Evli
- 2. Bekar
- 3. Ayrılmış

4. Eğitim durumunuz

- 1. Yüksek lisans
- 2. Lisans
- 3. Önlisans
- 4. Sağlık meslek lisesi
- 5. Diğer (Belirtiniz).....

5. Meslekte toplam çalışma süreniz:(ay/yıl)

6. Psikiyatri Kliniğinde çalışma süreniz:(ay/yıl)

7. Psikiyatri Kliniğinde çalışma pozisyonunuz:

- 1.Sorumlu Hemşire
- 2.Klinik Hemşiresi
- 3.Poliklinik Hemşiresi

8. Mezuniyet öncesi cinsel şiddet konusunda eğitim, seminer, kurs, konferansa vs katıldınız mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır (ise 10.ncu soruya geçiniz)

9. Katıldığınız bu etkinliğin cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışmalarınızda katkısı oldu mu?

- 1. Evet

- 2. Hayır
- 3. Kısmen

10. İş yaşamınız süresince herhangi bir cinsel şiddete maruz kalmış bireyle veya cinsel şiddete maruz kalma şüphesi olan bireyle karşılaştınız mı ?

- 1. Evet
- 2. Hayır

11. Yanıtınız evet ise, karşılaştığınız olgu sayısı

- 1. 1/2 kez
- 2. 3/4 kez
- 3. 5/6 kez
- 4. 7/8 kez
- 5. Daha fazla

12. Çalıştığınız kurumda cinsel şiddete maruz kalmış bireye yönelik bir talimat / prosedür var mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır
- 3. Bilmiyorum

TEŞEKKÜRLER

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın Başlığı: Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Sayın Meslektaşım;

Adım Yelda Kublay, Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Psikiyatri klinik hemşirelerinin cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin derinlemesine belirlenmesi amacıyla bu tez çalışmasını yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, size ilişkin sosyodemografik ve mesleki bilgilerinizi içeren Hemşire Bilgi Formu'nun doldurulması istenmektedir. Ayrıca cinsel şiddete maruz kalmış bireylere yönelik hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik olarak sizinle, tarafımdan bireysel derinlemesine görüşme yapılacaktır. Bu görüşme klinikte ayrı bir görüşme odasında yüz yüze ve yaklaşık olarak 15-20 dakikalık sürede yapılacak olup, görüşme sırasında ifade edilen bilgilerin değerlendirme sürecinde kaybolmaması, ve doğrudan aktarılması amacıyla görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Bu kayıtlı ifadeler araştırmada verilerin çözümlenmesi ve değerlendirilmesi sürecinde kullanılacaktır. Araştırmanın geçerliğini arttırmak için klinikte hemşireler tarafından kullanılan formlar doküman analizi için incelenecektir. Bu amaçla, bireysel derinlemesine görüşme süreci tamamlandıktan sonra sizlere 4-5 kişiden oluşan odak grup görüşmeleri yapılacaktır. Odak grup görüşmelerine ses kayıt cihazıyla alınan verilerin çözümlenmesi sürecinde hangi sesin kime ait olduğu konusunda karışıklık yaşanmaması için not tutacak olan; grup üyeleri ve araştırmacının dışında bir de gözlemci katılacaktır. Verecek olduğunuz samimi ve açık cevaplar, cinsel şiddete maruz kalmış bireylerle çalışanların hastalara müdahalesine yönelik önemli bilimsel katkılar sağlayacaktır. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllük esasına bağlıdır. Araştırma süreci içerisinde çalışmadan çekilme hakkınız söz konusudur. Katıldığınız ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederim. Çalışmada hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir.

Yüksek Lisans Öğrencisi Yelda Kublay
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Katılımcının İmzası:

Tarih :

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/05/2016-E.54502



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-903.99
Konu : Yelda KUBLAY'ın Tez Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/01/2016 tarihli ve 2963 sayılı yazı,

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Yelda KUBLAY'ın "Psikiyatri Kliniği Hemşirelerinin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Bir Durum Çalışması" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemizde yapması tarafımızca uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Bülent AYDINLI
Başhekim

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Telefon: 2422496000 Faks: 2422496040
e-Posta: yazisil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Habibe AYDINER
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Atatürk Devlet Hastanesi Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/05/2016-18516



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANTALYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ANTALYA İLİ KİBİGS İDARİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
21/04/2016 11:08 - 52415545 - 806.01.03 - E 4815
0002357803

Sayı : 52415545/806.01.03
Konu : Tez Çalışması İzni
(Yelda KUBLAY)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 15/01/2016 tarihli ve 43202761/1263 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yelda KUBLAY'ın, "Psikiyatri Kliniği Hemşirelerinin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Bir Durum Çalışması" konulu yüksek lisans tezini, Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde yapma talebinin uygun görüldüğünü belirten yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Abdullah MEMİŞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
1-Yazı(1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmza
Maliye Ayrıldır
2016.05.02
Antalya Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
Nuran BÜYÜKÇEKİR
Hemşire

Antalya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Üçgen Mah. Abdi İpekçi Cad.No:13 Muratpaşa/ANTALYA
Eğitim ve Analiz Birimi
İlgili Kişi: S.ORAL Telefon:242 245 6044 Faks:242 245 6091 e-posta:semra.oral@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 44f678ee-be1e-4203-8372-262d5da955af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/03/2016-11560

ANTALYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ANTALYA İLİ KİMYASAL SÖZLEME VE ANALİZ BİRLİĞİ
07052016 16 38 - 32415545 - 806.01.03 - E.2700
00020277733

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 52415545/806.01.03
Konu : Tez Çalışması İzni
(Yelda KUBLAY)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 15/01/2016 tarihli ve 43202761/1263 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yelda KUBLAY'ın, "Psikiyatri Kliniği Hemşirelerinin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Bir Durum Çalışması" konulu yüksek lisans tezini, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma talebinin uygun görüldüğünü belirten yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Abdullah MEMİŞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

FKLER:
1- Yazı (1 sayfa)

Antalya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Üçgen Mah. Abdi İpekçi Cad.No:13 Muratpaşa/ANTALYA
Eğitim ve Analiz Birimi
İlgili Kişi: S.ORAL Telefon:242 245 6044 Faks:242 245 6091 e-posta:semra.oral@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik (ızzalı) suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 203af20a-2ddf-442f-b270-fb375188290f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Antalya Kamu Hastaneler Birliği Etik Kurul İzni

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri" 2016-024			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ:	Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad.Muratpaşa/ANTALYA			
	TELEFON	0242 2494400 - 4217			
	FAKS				
	E-POSTA				
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr. Saliha HALLAÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BELLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı				
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Ayhan Hilmi ÇEKİN		Turhan TAT Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitü Sekreteri 24.09.2016 Tarihinde Açıkça İncevanlı Görülmüştür.			
İmza:		Açıkça İncevanlı Görülmüştür.			
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Bireylere Yönelik Hemşirelik Müdahalelerine İlişkin Bilgi Gereksinimleri" 2016-024
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:75/4	Tarih: 10/03/2016
	Çalışmanın uygun olduğunu oy birliği ile karar verilmiştir..	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr. Ayhan Hilmi ÇEKİN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç.Dr.Ayhan Hilmi ÇEKİN	Gastroenteroloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.A.Metin SARIKAYA	Nefroloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Yasemin BIÇER GÖMCELİ	Nöroloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Osman Zekai ÖNER	Genel Cerrahi	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMAD
Uz.Dr.Belkis KOÇTEKİN	Fizyoloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Mustafa KEŞAPLI	Acil Tıp	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Sos.Hiz.Uz.Ayten KAYA KILIÇ	Sosyal Hizmetler	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr.Eez.Özlem BATU	Eczacı	Serbest	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av.Mehmet ORAKÇI	Hukuk	Antalya Sağlık Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMAD
Uz.Dr.Hülya KARAKILINÇ	Halk Sağlığı	Antalya Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMAD
Uzm.Dr. Özlem GİRAY	Farmakoloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Aysel DERBENT UYSAL	Kadın Doğum	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Özlem TOKGÖZ	Radyoloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. İshak Abdurrahman IŞIK	Çocuk Gastroenteroloji	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Güzin AYKAL	Tıbbi Biyokimya	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Ayhan Hilmi ÇEKİN
İmza:

Turhan TAT
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Enstitü Sekreteri

24.03.2016 Tarihinde
Aslına Uygunluğu Görülmüştür.

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yelda	Uyruğu	T.C.
Soyadı	KUBLAY	Tel no	
Doğum tarihi	05.09.1988	e-posta	yelda_kublay@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Nuh Mehmet Baldöktü Anadolu Lisesi	2006
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	2010
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğt. ve Arş. Hast.	2010-2011
Hemşire	Malatya Asker Hastanesi	2011-2013
Hemşire	İzmir Asker Hastanesi	2013-2014
Hemşire	Özel Antalya Memorial Hastanesi	2014-2015
Hemşire	Allianz Partners	2015-2019

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	55.0

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller: -

Yayımlar ve Bildiriler: -