

Cinsel Saldırı Olgularında Psikolojik İlk Yardım

Psychological First Aid in Sexual Assault Cases

Sinan Tetik ¹, Ayşe Mutlu ¹, Eylem Ünlübilgin ¹

Öz

Cinsel saldırılar sıklıkla kadınları hedef almakta, diğer şiddet formları ile birlikte görülmekte, mağdurlarda fiziksel yaralanmalara ve psikolojik örselenmeye yol açabilmektedir. Cinsel saldırı mağdurlarının önemli bir kısmı adli bildirim yapmamakta, bildirim yapanlar ise delillerin toplanması için gereken kritik süreyi aşmaktadır. Alanyazında bu durumun cinsel şiddetle ilgili yanlış inanışlar, damgalanma, yakın ilişki içinde rıza dışı cinsel ilişkilerin şiddet olarak algılanmaması ve adli muayenenin travmayı hatırlatıcı etkisi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Adli bildirim sonrasında hayatını nasıl planlayacağıyla ilgili bilinmezlikler mağdurun yardım arama davranışını etkileyen bir başka faktördür. Bu derlemede cinsel saldırı durumunda psikolojik ilkyardımın amacı, zamanlaması ve müdahalenin aşamaları ele alınmıştır. Psikolojik ilkyardım kısa vadede mağdurun güvenlik ihtiyacı ve olumsuz duygularını ele almayı, yardım almaya hazır hissettiğinde ulaşabileceği kaynakların varlığıyla ilgili bilgilendirmeyi hedeflemektedir. Uzun vadede ise mağdurdaki psikolojik örselenmeyi azaltmaya yardımcı olmaktadır. Müdahale mağdurla ilişkinin kurulması, problemlerin tanımlanması, duyguların ele alınması, alternatiflerin keşfedilmesi, eylem planının geliştirilmesi ve takip aşamalarından oluşmaktadır. Psikolojik ilkyardım sadece sağlık çalışanı- hasta kooperasyonunu sağlayarak delillerin sağlıklı bir şekilde toplanmasını sağlamakla kalmaz aynı zamanda mağdurun güvenlik planının hazırlanmasına ve duygusal örselenmesinin azaltılmasına da katkı sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Cinsel şiddet, ilk yardım, kriz müdahalesi, travma sonrası stres bozukluğu, tecavüz

Abstract

Sexual assaults often targeting women, cooccur with other forms of violence, may cause physical injuries and psychological harm in victims. A significant number of sexual assault victims do not make legal notifications and those who do exceed the critical time required for collecting evidence. According to the literature, this is related to myths about sexual violence, stigmatization, not perceiving non-consensual sexual behavior as violence in intimate relationships, and the trauma reminding effect of forensic examination. Uncertainties about how to plan the life after a legal notification is another factor that affects the victim's help-seeking behavior. The aim, timing, and stages of psychological first aid addressed in this review. Psychological first aid aims to address the safety needs and negative feelings of the victim and to inform about the availability of resources when they feel ready to seek help in the short term. It helps to reduce the psychological trauma of the victim in the long run. The intervention consists of establishing a relationship with the victim, identifying problems, dealing with feelings, discovering alternatives, developing an action plan and follow-up. Psychological first aid not only ensures the collecting evidence by providing healthcare worker-victim cooperation but also the preparation of the victim's safety plan and reduce the emotional trauma.

Keywords: Sexual violence, first aid, crisis intervention, posttraumatic stress disorders, rape

¹Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

✉ Sinan Tetik, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
sinanttk06@gmail.com | 0000-0002-0535-4313

Geliş tarihi/Received: 15.02.2021 | Kabul tarihi/Accepted: 20.04.2021 | Çevrimiçi yayın/Published online: 24.06.2021

MAĞDURLA olan ilişkisine bakılmaksızın herhangi bir kişi tarafından, ev veya işyeri dahil olmak üzere herhangi bir ortamda yapılan rıza dışı cinsel davranış veya söylemlerin tümü cinsel şiddet (*sexual violence*) olarak tanımlanmaktadır (WHO 2002). Bu davranışlar dokunma içermeyen cinsel eylemlerden tecavüze kadar uzanmakta, mağdurun alkol veya uyuşturucu madde etkisi altında olması gibi rıza veremediği durumlarda da ortaya çıkabilmekte, fiziki zor kullanmanın yanı sıra, psikolojik şiddet veya diğer tehditleri de içerebilmektedir (Krug ve ark. 2002). Sıklıkla diğer şiddet formları ile birlikte görüldüğü, erkeklerin de mağdur konumunda olabildiği (Alsaker ve ark. 2012, Vu ve ark. 2014) fakat mağdurların hem bireysel hem de kültürel nedenlerle yardım aramaktan çekinme eğiliminde olduğu aktarılmıştır (Masho ve Alvanzo 2009). Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2020) cinsel şiddetin, kadınların fiziksel, zihinsel, cinsel ve üreme sağlığı üzerinde hem kısa hem de uzun vadeli sonuçları olduğunu duyurmuştur. Ne yazık ki, bu etkileri anlama ve uzun vadeli etkilerin oluşumunu azaltma yeteneği, düşük adli bildirim oranları ve mağdurlara yönelik takip hizmetleri eksikliği nedeniyle sınırlıdır (Holmes ve ark. 1998).

Cinsel şiddetin her iki cinsiyete de yönelmesi mümkündür fakat çalışmalar sıklıkla mağdurların kadın, faillerin erkek ve tanıdık olduğunu ortaya koymaktadır. Elliott ve ark.'nın (2004) toplum tabanlı çalışmasında cinsel şiddet sıklığı kadınlar için %22 erkekler için ise %3,8 olarak bildirilmiştir. Tjaden ve Thonnes'in (2006) çalışmasında her 6 kadından birine karşılık her 33 erkekte birinin hayatlarının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, 2013 yılında yayınladığı Şiddeti Önlemeye Yönelik Küresel Durum Raporunda dünya genelinde her 3 kadından birinin hayatında en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığını açıklamıştır. Türkiye'de üniversite öğrencileriyle yapılan toplum tabanlı çalışmada ise katılımcıların 44,8'inin dokunma içeren bir cinsel şiddet türüne maruz kaldığı saptanmıştır (Kayı ve ark. 2000). Yine Türkiye'de yapılan toplum tabanlı çalışmada faillerin %12'sinin mağdurun eş veya partneri olduğu (Yüksel-Kaptanoğlu ve ark. 2015), adli birimlerce hastaneye yönlendirilen vakaların ele alındığı çalışmada ise her üç olgudan ikisinde failin tanıdık olduğu saptanmıştır (Tetik ve ark. 2019).

Cinsel şiddet sıklıkla diğer şiddet türleri ile birlikte görülmektedir. Altı yıl süreli bir kohort çalışmasında fiziksel, cinsel, psikolojik şiddet öyküsü olan kadınların %26,1'inin iki farklı türde şiddete, %14,8'inin ise her üç tür şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Leithner ve ark. 2009). Palmer ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında cinsel saldırıdan sonraki 72 saat içinde adli muayene işlemi için hastaneye başvuran kadın olguların %46'sının ekstrasjenital bulgulara sahip olduğu saptanmıştır. Nitekim cinsel şiddetin diğer şiddet türlerinin varlığının göstergesi veya maruz kalınan şiddetin derecesinin artabileceğinin habercisi olabileceği belirtilmektedir (Coker ve ark. 2000).

Cinsel şiddet, mağdurlarında fiziksel yaralanmaların yanı sıra psikolojik hasara da yol açabilmektedir. Türkiye'de Adli Tıp Kurumu'na muayene için gönderilen cinsel saldırı mağdurlarının %61,3'ünün travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerini karşıladığı belirtilmiştir (Gölge ve ark. 2014). Gözden geçirme çalışmasında TSSB'ye ek olarak, birçok kişinin depresyon bulguları (%13-51) gösterirken, %23 ila %44'ünün intihar düşüncesine

sahip olduğu ve %2 ile %19'nun ise intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Campbell ve ark. 2009). Bu psikolojik zorlanmaların saldırıdan sonraki ilk birkaç ay içinde azaldığı, ancak mağdurların saldırıdan sonraki iki yıla kadar duygusal sıkıntı yaşamaya devam etmelerinin nadir bir durum olmadığı belirtilmiştir (Koss ve Figueredo 2004).

Cinsel saldırılar beklenmeyen bir zamanda, mağdurun hazırlıksız yakalandığı, ortamda yardım arayabileceği başka kişilerin bulunmadığı durumlarda gerçekleşebilmektedir. Failin güç kullanımı ya da zarar verebilme tehdidi nedeniyle veya alkol/madde etkisi altında bulunmasından dolayı mağdurun saldırıyı engelleyebilme ya da ortamdaki uzaklaşma gücü bulunmayabilmektedir (Fırat ve Erk 2019; Galliano ve ark. 1993). Failin kontrolü elinde tutması nedeniyle mağdur kendisini ölümlü yüz yüze gelmiş, güçsüz, yardıma muhtaç ve kontrolünü yitirmiş hissedebilmektedir (Welch ve Mason 2007). Doğal afet gibi travmatik yaşantılardan farklı olarak cinsel saldırılarda mağdur tek başınadır, sıklıkla tek görgü tanığı olması nedeniyle olaydaki rolünün sorgulanmasıyla yüzleşebilmektedir (Gölge ve ark. 2000). Suç mahali mağdurun kendi bedeni olduğundan travmatik yaşantıyı arkada bırakması güç olabilmektedir.

Cinsel saldırı mağdurlarının önemli bir kısmının adli bildirim yapmadığı bildirilmiştir (Langton ve ark. 2012, Morgan ve Kena 2018). Alanyazında bu durumun cinsel şiddetle ilgili yanlış inanışlar, aile üyelerinin duymasından çekinme, failden korkma, utanç ve suçluluk hisleri (Feldhaus ve ark. 2000, Sable ve ark. 2006, Wolf ve ark. 2003), yakın ilişki içinde rıza dışı cinsel ilişkilerin şiddet olarak algılanmaması (Rossi ve ark. 1974) gibi faktörlerle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Düşük adli bildirim oranları ile ilişkili bir diğer faktör de kolluk güçlerinin sorularına maruz kalma ve tıbbi muayenelerin travmayı hatırlatıcı etkisidir (Barutçu ve ark. 1999, Demirel ve ark. 2013, Tillman ve ark. 2010). Bu anlamda cinsel şiddet mağdurlarına yönelik kriz merkezlerinin kurulması ve verilen hizmetin standart haline getirilmesi önem kazanmaktadır. Türkiye'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016) tarafından hazırlanan Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı'nda 2016 ile 2020 yılları arasındaki dönemi kapsayan ulusal hedefler arasında cinsel şiddet mağdurlarına yönelik özel hizmet modellerinin oluşturulması yer almaktadır. Bu derleme çalışmasında adli bildirim sonrasında cinsel saldırı mağduruna sunulan psikolojik ilkyardım (*psychological first aid*) modeli sunulmuştur.

Psikolojik anlamlandırmaya karşılık psikolojik ilk yardım

Psikolojik anlamlandırma (psychological debriefing) Amerikan Psikoloji Birliği tarafından (APA, 2021) "travmatik bir olay sonrasında uygulanan ve travmaya maruz kalan kişilerde uzun dönemli stresi yatıştırırmayı ve travma sonrası stres bozukluğu oluşumunun önüne geçmeyi amaçlayan bir psikolojik müdahale biçimi" olarak tanımlanmaktadır. Tek görüşme biçiminde planlanan ve travmadan sonraki üç gün içerisinde alandaki profesyoneller tarafından uygulanan psikolojik anlamlandırma, yaşanmış olan deneyimin normalleştirilmesini hedeflemektedir (Bisson ve ark. 2000).

Psikolojik anlamlandırma ve psikolojik ilkyardımın temelleri Birinci Dünya Savaşı ve sonrasında, savaşa maruz kalmış askerlerin olabildiğince hızlı biçimde savaşa alanına geri

dönmelerini amaçlayan yöntemlerin araştırılmasıyla atılmaya başlanmıştır. Psikolojik anlamlandırmanın ilk adımının ise, İkinci Dünya Savaşı'nda Amerikan ordusunda görevli olduğu sırada Grupla Tarihsel Anlamlandırma (Historical Group Debriefing) adını verdiği yöntem ile askerlerin duygusal rahatlama yaşadığını fark eden General Samuel Marshall tarafından atıldığı belirtilmiştir (Dyk ve ark. 2010). Daha sonra Mitchell (1983) tarafından bu tekniğin geliştirilmesi ile ortaya konulan Kritik Olaylar Stres Modeli (Critical Incidents Stress Model) psikolojik anlamlandırmanın karşılığı olarak benimsenmiştir. Yedi aşamadan oluşan Kritik Olaylar Stres Modeli, deneyimlenen olayın nasıl, ne şekilde ve nerede yaşandığı gibi genel durumun konuşulması, kişilerin olaya dair duygu ve düşüncelerini paylaşmaları, muhtemel TSSB semptomlarının değerlendirilmesi, kişilere olay ve olaya ilişkin normal tepkiler üzerine bir psikoğitimin sağlanması ve son aşamada ihtiyaç duyduğu düşünülen kişiler için uzun dönemli destek yönlendirmesinin yapılmasını içermektedir (Everly ve ark. 2000). Travmatik olaylar sonrasında TSSB gelişiminin önüne geçmek için uzun dönem uygulanmaya devam edilen yöntem 2000'li yıllardan sonra tartışmaya açılmış, beklenilen aksine TSSB semptomlarının azaltılması veya oluşumunun önüne geçilmesinde herhangi bir etkisinin olmadığı ileri sürülmüştür (Kenardy 2000, Rose ve ark. 2002). Yapılan meta-analitik çalışmalar deneyimlenen olayın baştan detaylandırılması biçiminde işleyen psikolojik anlamlandırmanın kişilere yardım etmek yerine stres oluşumunu artırdığını ortaya koymuştur (Arendt ve ark. 2001, Sijbrandij ve ark. 2006, Wei ve ark. 2010). Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2012), 2009 yılına kadar yapılan meta-analiz çalışmalarına dayanarak yaptığı öneride yakın zamanda travmaya maruz kalmış kişilerde psikolojik anlamlandırmanın uygulanmaması gerektiğini bildirmiş ve bu öneriyi kuvvetli bir öneri olarak sunmuştur.

Bu çalışmada cinsel saldırı özelinde açıklanmakta olan psikolojik ilkyardım, psikolojik anlamlandırmaya benzer şekilde, deneyimlenen krizin hemen sonrasında bir profesyonel tarafından sağlanan bir müdahale biçimi olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (2016) tarafından, sıkıntı yaşaması muhtemel olan veya destek ihtiyacı olduğu düşünülen bireylere yönelik temel destek odaklı, temel ihtiyaçların belirlenmesi, bu ihtiyaçlar doğrultusunda sosyal destek hizmetlerine ulaşımın sağlanması, rahatlama yardımı olunması, konuşmak istediklerinde dinlenilmesi ancak konuşmaya yönelik baskı oluşturulmaması gibi öğeleri içermektedir. Bir pratik destek olarak tanımlanan psikolojik ilkyardım, kişileri olayla veya olayın yansımalarıyla ilgili bir analize zorlamaması veya kişileri ayrıntılar üzerinde durmaya yönlendirmemesi gibi yönleriyle de psikolojik anlamlandırmadan ayrışmaktadır.

Psikolojik anlamlandırmada olduğu gibi psikolojik ilkyarımda da temel amaç kişinin güvende, sakin ve umutlu kalmasını sağlamak, diğer insanlarla iletişim kurarak sosyal, fiziksel ve duygusal destek ihtiyacını karşılamak ve travmatik olaylardan sonra oluştuğu gözlenen kendi hayatı üzerindeki kontrol kaybı hissini sınırlamaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2011), saha çalışanlarına yönelik 33 dilde hazırladığı rehberde, sağlanan psikolojik ilkyardımanın kişinin sosyokültürel değerlerine, yaş ve cinsiyetine uygun ve mahremiyete özen göstererek sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Bu süreçte önceliğin çocuklara ve özel durumu olan bireylere verilebileceği belirtilmiştir.

Psikolojik ilk yardımın amacı

Cinsel saldırı sadece bireyin vücut bütünlüğüne yönelik zarar vermekle kalmaz, aynı zamanda çevresinin güvenli bir yer olduğuna dair adil dünya inancını da sarsmaktadır (Janoff-Bulman ve Morgan 1994, Harris ve Valentiner 2002). Mağdur kendisinin saldırılara açık, savunmasız, incinebilir bir varlık olduğuyla yüzleşmekte; kontrol, güven ve öz-saygı gibi birçok alanda kayıplar yaşamasına neden olmaktadır (Resick 1993, Perilloux ve ark. 2012). Bu tehdit ve kayıplar mağdurun saldırı öncesi savunmalarının işe yaramadığını göstermekte ki bu mağdur için bir kriz durumuna işaret etmektedir. Bu noktada psikolojik ilkyardım tehlikenin geçtiğini ve mağdurun artık güvende olduğunu hissettirmeyi amaçlamakta, adli bildirim sonrası yaşamını nasıl planlayacağıyla ilgili güvenlik planının oluşturulmasını sağlamaktadır. Psikolojik ilkyardım mağdurun ruh sağlığının bozulup bozulmadığını tespit etmekten ziyade temel ihtiyaçların karşılanmasında mağdura rehberlik etmeyi hedeflemektedir (Ruzek ve ark. 2007).

Psikolojik ilk yardımın sağlanmaması durumunda uykusuzluk, gerginlik, sürekli diken üstünde olma hali, öfke patlamaları veya yoğun suçluluk hisleri gibi durumlarla karakterize olan TSSB ortaya çıkabilmektedir. Chivers-Wilson (2006) çalışmasında, cinsel saldırı mağduru olan bireylerdeki TSSB geliştirme oranının (%50) toplumun geri kalanından (%7,8) çok daha fazla olduğunu ortaya koymuş ve bu durumu travma maruziyetinin kişilerin beyindeki stres düzenleme merkezi olan HPA aksında düzensizliklere neden olması ile açıklamıştır. Dworkin ve Schumacher (2018), cinsel saldırı sonrası TSSB oluşumunda psikolojik ilk yardımın rolünü sorgulamışlardır. Bulgular mağdurlar tarafından pozitif olarak algılanan psikolojik ilk yardımın, kişilerde daha az TSSB semptomlarının oluşumuyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, doğru şekilde uygulanan psikolojik ilk yardımın, cinsel saldırı mağdurları için önemli bir destek sağladığı kanaati oluşmuştur.

Psikolojik ilk yardımın zamanlaması

Travmatik yaşantı sonrasında bireyin sıklıkla şokta olduğu, terapötik ilişkiye açık olmadığı vurgulanmaktadır (Wessely ve ark. 2000, Sijbrandij ve ark. 2006). Ancak, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO 2011) Saha Çalışanları İçin Rehberi'nde ihtiyaç duyan kişiyle kurulan ilk temastan itibaren yardımın sunulabileceği tavsiye edilmektedir. Cinsel saldırı sonrasında mağdurların yardım alacakları kaynaklar sıklıkla cinsel şiddete yönelik kriz merkezleri ve adli muayene için geldikleri sağlık kuruluşları olmaktadır. Mağdurlar adli muayene işleminin saldırıyı hatırlatıcı etkisi veya acı duyacakları kaygısı nedeniyle muayene işleminden çekinebilmektedir (Barutçu ve ark. 1999). Örneğin Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında olguların %70,3'ü saldırıdan 72 saat ve daha uzun bir süre geçtikten sonra muayene için başvurmuştur. Oysa adli değerlendirme için en uygun zaman olabildiğince fazla DNA kanıtı toplayabilmek için saldırıdan sonraki ilk 72 saattir (Linden 2011).

Psikolojik ilk yardım aşamaları

Literatürde çok sayıda krize müdahale ve psikolojik ilk yardım modeli sunulmakla birlikte,

Roberts'a (2002) göre, tüm modellerde ortak olan yaklaşım, kriz durumunda ilk yapılacak şeyin kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ihtiyaçlarının ve kaynaklarının belirlenmesi olduğudur. Bu doğrultuda, literatürde sunulan pek çok modelin üstünde şekillendiği, Roberts tarafından önerilen 7 Aşamalı Krize Müdahale Modeli şu şekildedir:

1. Aşama: Tehlike değerlendirmesi (*assessment of lethality*)

Durumun ne kadar tehlikeli olduğunun değerlendirilmesi sürecidir. Cinsel saldırı özelinde, kişinin maruz kaldığı saldırının sürekli olup olmadığı veya halihazırda devam eden bir tehdit olup olmadığı tespiti psikolojik ilk yardımın en önemli aşamasıdır. Zira krize müdahalede ilk aşama aktif krizin durdurulması olmalıdır.

2. Aşama: Kişiyile ilişkinin kurulması (*establishing rapport*)

Psikolojik anlamdaki tüm klinik uygulamalarda temel öneme sahip olan faktördür. Kriz durumlarında kişilerin diğerleri tarafından anlaşılmaya ve destek görmeye ihtiyaçları vardır. Krize müdahalede görevli kişinin, görüşme sürecinde dikkatli dinleme, yansıtma, ve açık uçlu sorularla ilerleme gibi yöntemleri kullanırken krizi deneyimleyen kişinin hızında gitmeye özen göstermesi gerekir. Ancak iyi bir terapötik ilişkinin varlığında, krize müdahale etkin olacaktır. Bu doğrultuda, yalnızca klinik görüşme özelinde değil, mağdurla etkileşim halinde bulunan kolluk güçleri ve sağlık personelinin de bu hassasiyeti göstermesi önemlidir. Kişilerin yaşadıkları saldırıya yönelik geliştirdikleri içsel yargılar, yaşanan toplumun yargılarıdır. Aynı toplumda yaşayan kolluk kuvvetleri, sağlık personeli, hâkim ve savcılar da bu toplumsal kalıpyargılardan muaf değillerdir. Adli tıp uzmanlarının %40'ının, hâkim ve savcılarının %38'inin ve emniyet mensuplarının %66'sının kadınların dış görünüşlerinin ve davranışlarının cinsel saldırıyı kışkırttığını, iyi kadınların cinsel saldırıya maruz kalmayacakları ve cinsel saldırı suçlarının çoğunun asılsız olduğuna dair düşüncelere sahip oldukları bildirilmiştir (Gölge ve ark. 1999). Mağdurun böylesi bir kriz durumunda kendisine yardım sunandan duymak istediği yaşananlardan kendisinin sorumlu olmadığı, utanması gereken bir durumun bulunmadığıdır. Mağdurla iletişim kuran ilgili görevlinin de bu hassasiyetle görüşmeyi sürdürmesi kritik önemdedir.

3. Aşama: Problemlerin tanımlanması (*identifying problems*)

Cinsel saldırı özelinde, mağdurun fiziksel, sosyal ve psikolojik zararının tanımlanmasını içermektedir. Bu aşamada, ilgili sağlık çalışanı tarafından yapılacak muayene, fiziksel yaralanmaların yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıkların, varsa gebeliğin tespitini içermektedir.

Mağdur saldırıya doğrudan bedeninde yaşantıladığından muayene sırasında, yabancı birinin onun bedenine dokunuyor olması noktasında zorlantı yaşayabilir ve muayeneyi reddedebilir. Nitekim mağdurların %89'u ilk jinekolojik muayenelerinin adli bildirim sonrası gerçekleştirilen muayene olduğunu belirtmişlerdir (Barutçu ve ark. 1999). İlgili sağlık çalışanının mağdurun hassasiyetlerini göz önünde bulundurarak muayene öncesinde muayenenin neden gerekli olduğuna dair açıklamada bulunması ve mağdurun iznini alarak

muayeneye başlaması, mağdurun yaşadığı algılanmış psikolojik zararın azaltılmasında önemlidir. Muayene işlemiyle ilgili önemli bir nokta işlemin her aşamasında mağdurun rızasının aranmasıdır. Bu durum yasal zorunluluğun yanı sıra rıza dışı bir deneyim yaşayan mağdurun kendi yaşamını tekrar kontrolüne almasını sağlamaktır. Öte yandan, problemlerin tespiti, hastanın yaşadığı cinsel saldırının hangi koşullarda, kim tarafından yapıldığının ve hastanın neden karşı koyamadığının tanımlanmasını da içermektedir. Tekrar eden saldırı durumlarında, problemin tanımlanması biraz daha ayrıntılandırılabilir. Zira, travmaya tekrarlı maruziyetin duygu düzenleme bozukluğu biçiminde majör değişikliklere sebep olduğu gösterilmiştir (Levy-Gigi ve ark. 2014). Josse (2010), cinsel saldırının mağdurun kendisine ve topluma yönelik algısında ciddi değişikliklere yol açtığını ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, cinsel şiddete tekrarlı maruziyet sonucunda oluşabilecek problemlerin, uzun dönemli ve kapsamlı olarak değerlendirilmesi önemli olacaktır.

Kanıt toplama süreci eğitilmiş bir profesyonel tarafından 6 saate kadar sürebilir. Fiziksel muayene kanıtlarının, saldırıdan sonraki 72 saat içinde muayenede mevcut olma olasılığı daha yüksektir (Maguire ve ark. 2009). Laboratuvar değerlendirmesi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için testler ve gebelik testi üzerine odaklanır (Workowski ve ark. 2015). Reprodüktif dönemdeki kadınlar için gebelik testi yapılmalı ve postkoital acil kontrasepsiyon önerilmelidir (Glasier 1997). Kırıklar ve yaralanmalar uygun şekilde tedavi edilmelidir. Daha sonra tedavi sürecinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (hepatit B ve HIV dahil) ve gebeliğe odaklanılmalıdır (Linden ve ark. 2017). Saldırı sonrası gebeliği önleyici acil kontraseptifler, gebelik durumunda ise erken evrede tıbbi abortüs hakkında bilgilendirme önemlidir. Kondom kullanmama, vajinal, oral, anal travmalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk faktörüdür (Gostin ve ark. 1994). Bulaşıcı hastalık durumunda da mağdur profilaktik tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir (Kutlu ve Seringen 2010). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik ampirik tedavi verilmeli ve gerekli aşulamalar (hepatit B ve HPV) yapılmalıdır. Mağdur saldırı sırasında gebe ise, kadın doğum uzmanı gebenin hastaneye yatışını sağlamalı ve hastanede kaldığı süre boyunca fetüsün durumunu izlemelidir.

4. Aşama: Duyguların ele alınması (*dealing with feelings*)

Kişinin, yaşadığı sorunla ilişkili olarak oluşan duygularını tanımlaması ve bu duyguları terapist eşliğinde anlamlandırması önemlidir. Mağdurlarda cinsel saldırıyı takip eden yakın dönemde olayın içerdığı şiddete göre şok, korku, utanma, tikslenme ve belirsizlik hisleri, uzun vadede ise intihar düşüncesi, depresyon, anksiyete, cinsel işlevlerde bozulma ve TSSB gözlemlenebilmektedir (Hanson 1990, Mackey ve ark. 1992, Resick 1993, Koss ve ark. 2003, Demiralp ve Sarıkoç 2016). Bununla birlikte kısa veya uzun vadede herhangi bir psikolojik belirti gözlemlenmediği olgular da sunulmuştur (Eyüpoğlu 2008). Mağdurla yapılan psikolojik ilk yardım görüşmesinde duygularının tanımlanması, anlamlandırılması ve normalize edilmesi önemlidir. Tekrar eden saldırıların olması halinde sürecin başından bu yana mağdurun neler hissettiğinin konuşulması da gereklidir. Zira, tekrarlı cinsel saldırılar sonucunda oluşan travmalarda kişilerde oluşabilecek yoğun çaresizlik hissi, kişinin duygularını yok saymasıyla sonuçlanabilmektedir (Fang ve ark. 2020).

5. Aşama: Alternatifleri keşfetmek (*exploring alternatives*)

Genel tanımıyla kriz, kişinin etkin bir alternatif yol bulamayışı sonucunda ortaya çıkmaktadır. Cinsel saldırı durumunda, özellikle tekrarlı cinsel saldırılarda, mağdurun yaşadığı duruma bir çare bulunamayacağı yönündeki hissi yardım arama davranışını etkilemiş olabilir. Bu durumda mağdurla birlikte alternatif çözüm yollarının keşfedilmesi, mağdurun çaresizlik hislerinin azaltılması ve yalnız olmadığı vurgulanmalıdır.

6. Aşama: Bir eylem planı geliştirmek (*developing an action plan*)

Kriz durumlarından kurtulmada aktif çözüm aşamalarından birini oluşturur. Adli bildirim sonrası yaşamını nasıl planlayacağıyla ilgili bilinmezlikler mağdurun yardım arama davranışını etkilemektedir. Travmatik yaşantı sonrası güven kaybı yaşayan hastaya güvenebileceği ve yardım alabileceği kaynakların gösterilmesi önemlidir (Aşirdizer 2006). Cinsel saldırıya maruz kalan kişilerde bu eylem planı, güvenlik planı olarak da adlandırılır. Güvenlik planı mağdurun gerekli durumlarda sığınma evine yerleştirilmesi, acil bir durum olduğunda arayacağı numaraların kendisine sağlanması, adli bildirim yapılması gibi süreçleri içermekte olup kişi özelinde ayrıntıyla planlanmalıdır. Mağdurun muayeneye kiminle geldiği, muayene işleminin ardından nereye gideceği, kalacağı yerin güvenli olup olmadığı, olası tehlikeli bir durumda ne yapacağı sorgulanmalıdır. Bu anlamda şiddetin tekrarlanma ihtimaline karşılık taburculuk sonrası yardım alabileceği kurumların adres ve telefon bilgilerinin paylaşılması gerekmektedir.

7. Aşama: Takip (*follow up*)

Kişinin psikolojik veya fiziksel ihtiyaçlarının olup olmadığının kontrol edilmesini ve muhtemel bir yönlendirmeye terapiye devam etmesinin desteklenmesini içerir. Rothbaum ve ark. (1992), cinsel saldırı mağdurlarının %90'nın saldırıyı takip eden iki hafta içerisinde, yaklaşık yarısının ise 3 ay sonra TSSB kriterlerini karşılamaya devam ettiğini saptamışlardır. Çalışmalar EMDR (Rothbaum ve ark. 2005) ve travma odaklı bilişsel davranışçı terapinin (Bisson ve Andrew 2007) mağdurlardaki travma semptomlarını azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca travma odaklı grup terapisinin de TSSB semptomlarının azaltılmasında ciddi etkisinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Sloan ve ark. 2013, Castillo ve ark. 2016, Schwartze ve ark. 2017). Bu terapilerin işleyişleri, bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte, kanıta dayalı olarak gösterilen her üç tür terapi yaklaşımı da travmatik yaşantıya yönelik duygu ve düşüncelerin regülasyonunu içermektedir.

Cinsel saldırı durumunda oluşturulan eylem planı sonrasında, bu eylem planının işlerliğinin takibi, mağdurun fiziksel ve psikolojik olarak tehlike durumunda olması halinde ulaşabileceği kaynakların geçerliliği gibi durumlar da takip aşamasının önemli kısımlarıdır. Mağdurun psikolojik ve fiziksel iyilik halinin devamlılığı için aile üyelerinin de sosyal destek sağlayıcı olarak sürece dahil edilmesi önemli olabilir. Fakat, bunun yalnızca profesyoneller tarafından uygun ve gerekli görüldüğü durumda yapılması gerekir, zira Bokszczanin (2008), aile tarafından aşırı korumacı ve çocuksulaştırıcı tavrın TSSB semptomlarının oluşumunu

azaltmak yerine artırdığını ortaya koymuştur.

Takibin bir diğer aşamasını ise cinsel saldırı mağdurunun jinekolojik açıdan takibi oluşturmaktadır. ABD Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezi (Workowski ve ark. 2015) yönergelerinde de belirtildiği üzere başlangıçta cinsel yolla bulaşan hastalıklar için tedavi sağlanmadıysa, uygun testlerin takip edilmesini sağlamak için mağdurun bir hafta sonra kontrole gelmesi gerekmektedir. Mağdur postkoital kontrasepsiyon almış olsa bile tekrar gebelik testi yapılmalıdır. Profilaktik tedaviyi reddeden mağdurlarda, ideal olarak saldırıdan bir hafta sonra gonore, klamidya, trikomonas ve bakteriyel vajinoz için tekrar test yapılmalıdır. Ara semptom geliştirenler ve test talep edenler için de test endikedir. Mağdurun saldırıdan 2 hafta sonra cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından değerlendirilmesi, 6 hafta sonra gebelik testinin tekrar edilmesi, HIV, HCV ve sifilis testlerinin tekrarlanması ve eğer aşılama oldu ise ikinci aşı dozlarının yapılması gerekmektedir. Mağdur 3 ay sonra HIV, HCV ve sifilis test tekrarları için, 6 ay sonra HIV test tekrarı ve eğer aşılama oldu ise son aşı dozları için tekrar çağırılmalıdır (Workowski ve ark. 2015, Vrees 2017). Hastalara profilaktik tedavi tamamlanana kadar cinsel ilişkiden kaçınmaları ve serolojik test tamamlanana kadar kondom kullanmaları tavsiye edilmelidir. Eğer mağdur gebe ise gebelik kontrolü için düzenli olarak gelmesi önerilmelidir.

Sonuç

Türkiye'nin ulusal hedefleri arasında yetişkinlere yönelik ifade alınma, adli muayene ve psikolojik desteği içinde barındıran cinsel şiddete yönelik kriz merkezlerinin kurulması yer almaktadır. Halihazırda cinsel istismar mağduru çocuklara yönelik ifadenin alınması, adli muayene ve diğer soruşturma işlemlerinin tek merkezde yapılması amacıyla hizmet veren Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) ve aile içi şiddete maruz kalan ya da kalma tehlikesi bulunan yetişkin ve çocuklarına yönelik Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) bulunmaktadır. Psikolojik ilkyardımın amacı mağdurun duygusal olarak güçlendirilmesi ve bunun sürdürülmesidir. Bu merkezlerin kurulması ve psikolojik ilkyardımın bu kurumlarda uygulanması mağdurların olası ikincil travmaya maruz kalmasını engelleyeceği düşünülmektedir. Ayrıca cinsel saldırılarda mağdurun sıklıkla faili tanıyan ve teşhis edebilecek tek kişi olduğu düşünüldüğünde mağdurun duygusal olarak güçlendirilmesi adaletin tecelli etmesine olanak sağlayacaktır.

Kaynaklar

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016) Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020). Ankara, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Alsaker K, Morken T, Baste V, Campos-Serna J, Moen BE (2012) Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91:301–307.

APA (American Psychological Association) (2021) Psychological debriefing (PD). *APA Dictionary of Psychology*. Available from: URL: <https://dictionary.apa.org/psychological-debriefing>. Accessed date: 22.03.2021.

Arendt M, Elklit A (2001) Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand*, 104:423-437.

Aşırözler M (2006) Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2:39-48.

- Barutçu N, Yavuz MF, Çetin G (1999) Cinsel saldırı sonrası mağdurun karşılaştığı sorunlar. *Bull Leg Med.*, 4:41-53.
- Bisson J, Andrew M (2007) Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 3:CD003388.
- Bisson JI, McFarlane A, Rose S (2000) Psychological debriefing. In *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2nd edition (Eds EB Foa, TM Keane, MJ Friedman): 83-106. New York, Guilford Press.
- Bokszczanin A (2008) Parental support, family conflict, and overprotectiveness: Predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety Stress Coping*, 21:325-335.
- Campbell R, Dworkin E, Cabral G (2009) An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse*, 10:225-246.
- Castillo DT, Chee CL, Nason E, Keller J, C'de Baca J, Qualls C et al. (2016) Group-delivered cognitive/ exposure therapy for PTSD in women veterans: A randomized controlled trial. *Psychol Trauma*, 8:404-412.
- Chivers-Wilson KA (2006) Sexual assault and posttraumatic stress disorder: a review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *Mcgill J Med*, 9:111-118.
- Coker AL, Smith P H, McKeown RE, King MJ (2000) Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health*, 90:553-559.
- Demiralp M, Sankoç G (2016) Psikiyatrik acillerden biri: cinsel şiddet ya da saldırı gören birey ve yardım etme. *TAF Prev Med Bull*, 15:363-367.
- Demirer M, Küpeli A, Çaylı E, Gürpınar SS, Baydar ÇL (2013) Cinsel saldırı/istismar olgularında birden fazla kez yapılan ruhsal durum muayene bulgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 33:1448-1455.
- Dworkin ER, Schumacher JA (2018) Preventing posttraumatic stress related to sexual assault through early intervention: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 19:459-472.
- Dyk EV, Dyk GV (2010) Psychological debriefing (PD) of trauma : a proposed model for Africa. *J Transdiscipl Res S Afr*, 6:379-394.
- Elliott DM, Mok DS, Briere J (2004) Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *J Trauma Stress*, 17:203-211.
- Everly GS, Flannery RB, Mitchell JT (2000) Critical incident stress management (Cism). *Aggress Violent Behav*, 5: 23-40.
- Eyüpoğlu H (2008) Cinsel taciz ve travma. Eleştirel bir deneyim aktarmı. *Eleştirel Psikoloji Bülteni*, 1:53-63.
- Fang S, Chung MC, Wang Y (2020) The impact of past trauma on psychological distress: the roles of defense mechanisms and alexithymia. *Front Psychol*, 11:992.
- Feldhaus KM, Houry D, Kaminsky R (2000) Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population. *Ann Emerg Med*, 36:23-27.
- Fırat S, Erk MA (2019) Sinsice işlenen bir suç: madde ile kolaylaştırılmış cinsel saldırılar ve fail tipolojisi. *Adli Tıp Bülteni*, 24:141-147.
- Galliano G, Noble LM, Travis LA, Puechl C (1993) Victim reactions during rape/sexual assault: A preliminary study of the immobility response and its correlates. *J Interpers Violence*, 8:109-114.
- Glasier A (1997) Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med*, 337:1058-1064.
- Gostin LO, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC (1994) HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. *JAMA*, 271:1436-1444.
- Gölge ZB, Yavuz MF, Başkan TM (2000) Hukukçuların ve polislerin ırza geçme ile ilgili ceza sistemine bakış açılarının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 5:5-11.
- Gölge ZB, Yavuz MF, Günay Y (1999) İlgili mesleklerden kişilerin ırza geçme ile ilgili tutum ve inanışları. *Noro Psikiyatry Ars*, 36:146-153.
- Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S, Kahveci S (2013) Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 18:82-91.
- Hanson RK (1990) The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Ann Sex Res*, 3:187-232.
- Harris, HN, Valentiner DP (2002) World assumptions, sexual assault, depression, and fearful attitudes toward relationships. *J Interpers Violence*, 17:286-305.
- Holmes MM, Resnick HS, Frampton D (1998) Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol*, 179:336-342.
- Janoff-Bulman R, Morgan HJ (1994) Victims' Responses to traumatic life events: An unjust world or an uncaring world? *Soc Justice Res*, 7:47-68.
- Josse E (2010) They came with two guns: the consequences of sexual violence for the mental health of women in armed conflicts. *International Review of the Red Cross*, 92:177-196.

- Kayı Z, Yavuz MF, Arıcan N (2000) Kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saldırı mağdur araştırması. *Adli Tıp Bülteni*, 5:57-163.
- Kenardy J (2000) The current status of psychological debriefing. *BMJ*, 321:1032-1033.
- Koss MP, Bailey JA, Yuan NP, Herrera VM, Lichter EL (2003) Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychol Women Q*, 27:130-142.
- Koss MP, Figueredo AJ (2004) Change in cognitive mediators of rape's impact on psychosocial health across 2 years of recovery. *J Consult Clin Psychol*, 72:1063-1072.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB (2002) The world report on violence and health. *Lancet*, 360:1083-1088.
- Kutlu SS, Serinken M (2010) Cinsel Yolla Bulasan Hastalıklar (CYBH) İçin acil profilaksi uygulamalar. *Eurasian J Emerg Med*, 9:143-147.
- Langton L, Berzofsky M, Krebs CP, Smiley-McDonald H (2012) Victimization not Reported To The Police, 2006-2010. Washington, DC, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M (2009) Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 144:68-172.
- Levy-Gigi E, Richter-Levin G, Kéri S (2014) The hidden price of repeated traumatic exposure: different cognitive deficits in different first-responders. *Front Behav Neurosci*, 8:281.
- Linden JA (2011) Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med*, 365:834-841.
- Mackey T, Sereika SM, Weissfeld LA, Hacker SS, Zender JF, Heard SL (1992) Factors associated with long-term depressive symptoms of sexual assault victims. *Arch Psychiatr Nurs*, 6:10-25.
- Maguire W, Goodall E, Moore T (2009) Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 142:149-153.
- Masho SW, Alvanzo A (2009) Help-Seeking Behaviors of Men Sexual Assault Survivors. *Am J Mens Health*, 4:237-242.
- Mitchell JT (1983) When disaster strikes the critical incident stress debriefing process. *JEMS*, 8: 36-39.
- Morgan RE, Kena G (2018) Criminal Victimization, 2016: Revised. Washington, DC, Bureau of Justice Statistics.
- Palmer CM, McNulty AM, D'Este C, Donovan B (2004) Genital injuries in women reporting sexual assault. *Sex Health*, 1:55-59.
- Perilloux C, Duntley JD, Buss DM (2012) The costs of rape. *Arch Sex Behav*, 4:1099-1106.
- Resick PA (1993) The psychological impact of rape. *J Interpers Violence*, 8:223-255.
- Roberts AR (2002) Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treat Crisis Interv*, 2: 1-21.
- Rossi PH, Waite E, Bose CE, Berk RE (1974) The seriousness of crimes: Normative structure and individual differences. *Am Sociol Rev*, 39:224-237.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F (2005) Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 18:607-616.
- Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W (1992) A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*, 5:455-475.
- Ruzek JI, Brymer MJ, Jacobs AK, Layne CM, Vernberg EM, Watson PJ (2007) Psychological first aid. *J Ment Health Couns*, 29:17-49.
- Sable MR, Danis F, Mauzy DL, Gallagher SK (2006) Barriers to reporting sexual assault for women and men: Perspectives of college students. *J Am Coll Health*, 55:157-162.
- Schwartz D, Barkowski S, Strauss B, Knaevelsrud C, Rosendahl J (2019) Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Res*, 29:415-431.
- Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP (2006) Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 189:150-155.
- Sloan DM, Feinstein BA, Gallagher MW, Beck JG, Keane TM (2013) Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychol Trauma*, 5:176-183.
- Tetik S, Kayıkçıoğlu F, Koçer M, Tekin ÖM (2019) Etik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Acil Servisi'ne 2014-2017 yılları arasında adli makamlarca yönlendirilen cinsel saldırı vakalarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med.*, 16:37-44.
- Tillman S, Bryant-Davis T, Smith K, Marks A (2010) Shattering silence: Exploring barriers to disclosure for African American sexual assault survivors. *Trauma Violence Abuse*, 11:59-70.

- Tjaden PG, Thoennes N (2006) Extent, Nature, and Consequences of Rape Victimization: Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC, U. S. Department of Justice.
- Vrees R (2017) Evaluation and management of female victims of sexual assault. *Obstet Gynecol Surv*, 72:39-53.
- Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N et al. (2014) The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr*, 6:ecurrents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wei Y, Szumilas M, Kutcher S (2010) Effectiveness on mental health of psychological debriefing for crisis intervention in schools. *Educ Psychol Rev*, 22:339-347.
- Welch J, Mason F (2007) Rape and sexual assault. *BMJ*, 334:1154-1158.
- Wessely S, Rose S, Bisson J (2000) Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD000560.
- WHO (World Health Organization) (2011). *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (World Health Organization) (2002) *World Report on Violence and Health, Chapter 6: Sexual Violence*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (World Health Organization) (2012) Q5: Is psychological debriefing better (more effective than/as safe as) than no intervention in people exposed to a recent traumatic event? Available from: URL: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/other_complaints_q5.pdf. Accessed date:22.03.2021
- WHO (World Health Organization) (2013) *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Geneva, WHO.
- Wolf ME, Ly U, Hobart MA, Kernic MA (2003) Barriers to seeking police help for intimate partner violence. *J Fam Violence*, 18:121-129.
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention (2015) Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*, 64(RR-03):1-137.
- WHO (World Health Organization) (2020) Sexual and reproductive health. Available from: URL:https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual_violence/en/. Accessed date: 02.01.2021.
- Yılmaz E, Çelikel A, Değirmenci B, Zeren C, Gören S (2011) Diyarbakırda cinsel suç mağduru olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 16:93-103.
- Yüksel Kaptanoğlu İ, Çavlin A, Akadlı Ergöçmen B (2015) Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Yazarların Katkıları: Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Authors Contributions: The authors attest that they have made an important scientific contribution to the study and have assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.