



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM
DALI'NA 2013-2022 YILLARINDA CİNSEL SALDIRI NEDENİ İLE
BAŞVURAN VAKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar BOYRAZ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Osman CELBİŞ**

MALATYA-2024



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM
DALI'NA 2013-2022 YILLARINDA CİNSEL SALDIRI NEDENİ İLE
BAŞVURAN VAKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. Pınar BOYRAZ
ORCID ID: 0009-0006-2873-4032**

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Osman CELBİŞ**

MALATYA-2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsel Saldırı	3
2.2. Çocuğa Yönelik Cinsel Saldırı.....	4
2.3. Cinsel Saldırının Hukuki Boyutu	4
2.4. Cinsel Saldırı Mağdurlarının Özellikleri.....	7
2.5. Saldırgana Ait Özellikler.....	8
2.6. Cinsel Saldırılarda Adli Tıbbi Yaklaşım.....	10
2.6.1. Başvuru Süreci.....	11
2.6.2. Aydınlatılmış Onam	12
2.6.3. Anamnez Alma	14
2.6.4. Fizik Muayene	16
2.6.5. Genital Muayene	18
2.6.6. Genital Yaralanmalarda İyileşme Süreci	21
2.6.7. Örnek Alma ve Laboratuvar İncelemeleri	22
2.6.8. Raporlandırma	23
2.6.9. Muayene Sonrası Takip ve Kontrasepsiyon	24
2.6.10. Psikiyatrik Değerlendirme	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. İstatistiksel Analiz	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	60

EKLER.....	71
EK-1. Etik Kurul Onayı	71



TEŞEKKÜR

Tıp fakültesinde öğrencilik döneminden sonra uzmanlık eğitimim için döndüğüm üniversitemde bilgi, tecrübe ve vizyonundan yararlanma fırsatını bulduğum, iş ve sosyal hayatta ihtiyaç duyduğum her an yanımda olup destek veren, akademik öğretileri her zaman hayatımda yol gösterici olacak olan en başta tez danışmanım Prof. Dr. Osman Celbiş'e, Osman hocamla birlikte bana Adli Tıbbı sevdiren, tecrübe ve bilgilerini her zaman bizlerle paylaşan kıymetli hocam Doç. Dr. Mucahit Oruç'a

Hayatıma girdiği günden beri desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hayat arkadaşım, yoldaşım, dostum, değerli eşim Ömer Boyraz'a ve dünyada ki en değerli şeyin ne olduğunu bana yaşayarak öğreten canım kızım Fatma Beren ve oğlum Çınar'a,

Doğduğum günden beri her anımda yanımda olup, tüm kahrımı, kaprisimi çeken, koşulsuz sevgisiyle beni her zaman kucaklayan canım annem Gülperi Karabıyık'a, her daim desteklerini esirgemeyen, örnek ahlakıyla her zaman bizi gururlandıran, ileri görüşüyle yolumu aydınlatan canım babam İbrahim Karabıyık'a ve kardeşliklerini ve desteklerini her zaman hissettiren, hayatımda birer şükür sebeplerim olan canım abim Mahmut Karabıyık ve ablalarım; Deniz Karabıyık ve Sevgi Karataş'a,

Yanımda olduğunu her zaman bildiğim, desteklerini esirgemeyen ve isimlerini tek tek sayamadığım Boyraz, Karataş aile üyelerine, bu uzun ve meşakkatli yolda beraber yürüdüğüm canım arkadaşlarıma,

Bana öğrenciliğimden bu yana duruşuyla örnek olup sonrasında da meslek hayatımda emeği geçen, daha da çok yararlanmak ve düşününde oynamak nasip olmayan, 6 Şubat felaketinde kaybettiğimiz manevi abim Dr. Öğr. Üyesi Nusret Ayaz'a,

Asistanlık süresi boyunca birçok güzel hatıralar biriktirdiğim, birlikte çalışmaktan keyif aldığım uzman olmuş ve olacak tüm asistan arkadaşlarıma ve sağlık personeline,

En içten dileklerle, sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na 2013-2022 Yıllarında Cinsel Saldırı Nedeni İle Başvuran Vakaların Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamızda, herhangi bir sebeple Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen cinsel saldırı/istismar mağdurlarının sosyodemografik özelliklerini, yapılan değerlendirmeleri, sonrası gelişen ruhsal bozukluk tanılarını, sanıkların profillerini ortaya koyarak; tıbbi, hukuki ve sosyal açılardan alınabilecek önlemlere katkı sağlayabilecek veriler ortaya çıkarabilmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmamızda İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı'na Ocak 2013-Aralık 2022 tarihlerinde adli makamlar veya diğer bölümler tarafından herhangi bir sebeple Adli Tıp Anabilim Dalı'na cinsel saldırı/istismar iddiası veya nedeniyle gelen tüm vakalar retrospektif olarak değerlendirilmeye alındı. Çalışmanın istatistiksel analizi için SPSS for Windows 22.0 paket programından yararlanıldı.

Bulgular: 01.01.2013-31.12.2022 tarihleri arasında cinsel saldırı/istismar nedeni ile Adli Tıp Anabilim Dalı'na başvuran 176 olgu saptanmıştır. %15,3'ünün erkek (n:27), %84,7'sinin kadın (n:149) olduğu, mağdurların %80,1'inin 18 yaş altında olduğu, cinsel saldırıların (CS) %47,7'si nitelsiz (basit) saldırılar iken, %52,3'ü nitelikli CS'ye maruz kaldığı tespit edildi. Erkek CS mağdurlarının yaş ortalaması $12,74 \pm 11,73$ olduğu, kadınların ise $15,88 \pm 7,79$ olduğu saptandı. Nitelikli saldırı mağdurlarının %58,7'sinde genital muayene bulgusu saptandığı, nitelikli saldırıya uğrayan kadınlardan %33,8'inin gebe kaldığı görüldü. Gebe kalanların sadece % 8'i aynı gün içerisinde başvurmuş iken %92'si 1 aydan sonra başvurmuştur. Çoğunluğu %64'ü 1-6 ay arasında başvurduğu görülmüştür. Gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur. Saldırgan kimlikleri incelendiğinde; saldırganların %27,8'inin akraba-tanidik, %22,2'sinin yabancı, %18,2 sinin erkek arkadaş olduğu belirlendi. CS sonrasında mağdurların %34,1'inin (n:60) psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür. Gebe kalan olgulara bakıldığı zaman (n=25); 13'ünün (%52) küretaj ile gebeliği sonlandırdığı, 12'sinin (%48) gebeliği devam ettirdiği görülmüştür.

Sonuç: Mağdurların önemli bir bölümünde istismarın ardından ruhsal bozukluklar meydana geldiği gözlemlenmiştir. İncelenen vakaların sosyodemografik

özellikleri, istismarın niteliği ve istismarcı ile ilgili özellikler, daha önce gerçekleştirilen çalışmaların bulguları ile genel olarak uyumlu bir tabloyu yansıtmaktadır. Çalışmamızdan elde edilecek sonuçlar başta kolluk kuvvetleri olmak üzere karar vericilere aktarılarak benzer vakaların tekrarının önüne geçebilmek amacıyla multidisipliner çalışmalarla yol haritası çizilebilir.

Anahtar kelimeler: Adli Tıp, cinsel saldırı, cinsel istismar, tıbbi terminasyon, adölesan gebelik



ABSTRACT

Evaluation of the Cases Referred to Inonu University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine for Sexual Assault in the Years 2013-2022

Objective: In our study, we aimed to reveal the sociodemographic characteristics of sexual assault/abuse victims referred to the Department of Forensic Medicine for any reason, the evaluations made, the diagnoses of mental disorders that developed afterwards, and the profiles of the defendants; and to reveal data that can contribute to the measures that can be taken from medical, legal and social perspectives.

Material and Method: In our study, all cases referred to the Department of Forensic Medicine, İnönü University, Faculty of Medicine, between 01.01.2013-31.12.2022 by judicial authorities or other departments for any reason to the Department of Forensic Medicine due to sexual assault/abuse were evaluated retrospectively. SPSS for Windows 22,0 package program was used for statistical analysis of the study.

Results: Between 01.01.2013 and 31.12.2022, 176 cases admitted to the Department of Forensic Medicine for sexual assault/abuse were identified. 15.3% of the victims were male (n:27), 84.7% were female (n:149), 80.1% of the victims were under the age of 18, 47.7% of the sexual assaults were unqualified (simple) assaults, while 52.3% were subjected to qualified sexual assault. The mean age of male victims of sexual assault was 12.74 ± 11.73 years, while that of female victims was 15.88 ± 7.79 years. It was observed that 58.7% of the victims of qualified sexual assault had genital examination findings and 33.8% of the women who were subjected to qualified sexual assault became pregnant. While only 8% of those who became pregnant applied on the same day, 92% applied after 1 month. It was observed that 64% of the majority applied between 1-6 months. A significant difference was found between the groups. When the attacker identities were analyzed, it was determined that 27.8% of the attackers were relatives-acquaintances, 22.2% were strangers, and 18.2% were boyfriends. It was observed that 34.1% (n:60) of the victims received psychiatric diagnosis after sexual assault. When we analyzed the cases who became pregnant (n=25); it was observed that 13 (52%) terminated the pregnancy by curettage and 12 (48%) continued the pregnancy.

Conclusion: It was observed that most of the victims developed mental disorders after abuse. The sociodemographic characteristics, abuse and abuser-related

characteristics of our cases were generally consistent with the data of previous studies. The results of our study can be transferred to decision makers, especially law enforcement agencies, and a road map can be drawn with multidisciplinary studies in order to prevent the recurrence of similar cases.

Keywords: Forensic Medicine, sexual assault, sexual abuse, medical termination, adolescent pregnancy



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TCK	: Türk Ceza Kanunu
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanununun
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
CS	: Cinsel Saldırı
MR	: Mental Retardasyon
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
PCR	: Polimeraze Chain Reaction
Cİ	: Cinsel istismar
CYBH	: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Yıllara göre vaka dağılımları.....	311



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. CS mağdurlarının demografik özellikleri	29
Tablo 4.2. CS'ye ilişkin bilgiler	30
Tablo 4.3. Ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığı hakkındaki rapor sonuçları açısından yapılan değerlendirme	31
Tablo 4.4. Yıllara göre CS mağdur vaka sayısı dağılımı	32
Tablo 4.5. CS mağdurlarının CS'yle ilişkili durumları	33
Tablo 4.6. CS türü ile mağdurların cinsiyetleri, genital muayene bulgusu, CS sonrası psikiyatrik bulgu ve yaş grupları karşılaştırılması	34
Tablo 4.7. Yaş grupları ile saldırgan kimliği arasındaki ilişki	34
Tablo 4.8. Başvuru bilgisine ulaşılan mağdurların başvuru zamanı ile cinsiyetlerin karşılaştırılması	35
Tablo 4.9. CS sonucu gebe kalan mağdurlardaki saldırgan kimliği ile gebelik sonucu arasındaki ilişki	35
Tablo 4.10. CS sonrası gebelik durumu ile CS mağdurların adli başvuru zamanı arasındaki ilişki	36
Tablo 4.11. Gebeliği küretaj ile sonlandırılan mağdurların başvuru, küretaj ve arada geçen süre ortalamalarının hafta cinsinden karşılaştırılması	36
Tablo 4.12. Cinsiyet, yaş grupları ve saldırgan kimliğine göre CS sonrası psikiyatrik tanı oranları	37
Tablo 4.13. Saldırgan kimliği ile CS kurulundaki rapor sonucunun ilişkisi	38
Tablo 4.14. CS öncesi psikiyatrik tanısı olan mağdurların CS sonrası tanı alma durumu ile karşılaştırılması	38
Tablo 4.15. CS öncesi psikiyatrik tanısı olan mağdurlarda tanılarının incelenmesi	38
Tablo 4.16. CS sonrası konulmuş olan psikiyatrik tanılarının incelenmesi	39
Tablo 4.17. Mağdurlarının nitelikli CS sınıflandırılması ile genital muayene bulgusu arasındaki ilişki	39
Tablo 4.18. Nitelikli CS türünün cinsiyetlere göre dağılımı	40
Tablo 4.19. CS sonrasında suisit girişimde bulunan mağdurların incelenmesi	40
Tablo 4.20. CS sonrasında suisit girişimde bulunan mağdurların incelenmesi	41
Tablo 4.21. CS sonrası psikiyatrik tanı alan 60 olgunun tanılarına göre dağılımı	41

Tablo 4.22. CS sonrası psikiyatrik tanı alan mağdurların aldıkları tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması	42
Tablo 4.23. CS sonrası psikiyatrik tanı alan mağdurların aldıkları tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması	42
Tablo 4.24. Gebelikle sonuçlanan olgularda gebelik sonucunun mağdurun psikiyatrik durumu ve başvuru sırasındaki gebelik haftalarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.25. Başvuru bilgisine ulaşılan toplam 168 vakadan, başvuru haftası ile saldırgan kimliği arasındaki ilişki	44
Tablo 4.26. Başvuru bilgisine ulaşılan toplam 141 kadın vakadan, başvuru süresi ile gebe kalma durumu arasındaki ilişki	45
Tablo 4.27. CS öncesi MR ve sınırdaki zekâ tanısı olan vakaların CS sonrası psikiyatrik tanı oranları	45
Tablo 4.28. CS öncesi MR ve sınırdaki zekâ tanısı varlığının ve CS sonrası ruh sağlığı bozulma durumu ile ilgili rapor sonuçlarının karşılaştırılması	46
Tablo 4.29. Başvuru bilgisine ulaşılan toplam 168 vakadan, başvuru süresi ile CS sonrasında psikiyatrik tanı alma durumu, cinsiyet ve saldırgan kimliği karşılaştırılması	47

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Özellikle son yıllarda istatistiksel verilere göre, cinsel suçlar, şiddet suçları arasında en hızlı artış gösteren suçlardır (1). CS'ler genellikle kadın ve çocuklara karşı, genel olarak da erkekler tarafından gerçekleştirilirken, bu tür saldırılar aynı zamanda erkeklere yönelik de yaşanabilmektedir (2). Ülkemizde yürütülen çalışmalara göre, CS suçları tüm suçların yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır. CS suçları, yaş grupları arasında yaygın olmakla birlikte, özellikle çocuk yaş grubundakiler bu tür saldırılara daha sık maruz kalmaktadır (3). Yapılan çalışmalara göre, cinsel istismar (Cİ) mağdurlarının sadece %15'i bu durumu bildirmiş olup, bildirimde bulunan mağdurlar arasında; çocukların %10-40, kadınların %12-17, erkeklerin %5-8 oranında tespit edildiği bildirilmektedir (4, 5, 6).

Cİ; dokunma olmaksızın, cinsel dokunma içeren ve cinsel sömürü şekillerinde gerçekleşebilmektedir (7).

Birçok çalışmada, CS'lerin mağdurlarda çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açtığı belirtilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), majör depresyon, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dissosiyatif kişilik bozukluğu, cinsel istek bozukluğu, cinsellikten korkma ve cinsel aktivite ile ilişkili pelvik ağrı şeklinde kendini gösteren cinsel bozukluklar, yeme bozuklukları, intihar davranışında artış, gastrointestinal bozukluklar, hamilelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi ciddi ve bazen de kronik sorunlar doğurduğu, bunların yanında öz saygısında azalma, alkol vb. madde bağımlılığı, antisosyal davranışlar, suç işlemeye ve istismara yatkınlık gelişebileceği, bu problemlerin geçici bazende kalıcı olabileceği belirtilmiştir (8, 9, 10).

Ülkemizde, 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) "Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar" kısmının bazı maddelerinde 2014 ve 2016 yılında değişiklik yapılmıştır. "Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar" başlığı altında 102. (cinsel saldırı), 103. (çocukların cinsel istismarı), 104. (reşit olmayanla cinsel ilişki) ve 105. (cinsel taciz) maddelerini içermektedir (11).

CS'ye uğrayan mağdurların muayenelerin standardize edilmemiş olması, muayene esnasında bulunan sağlık personelinin deneyimi ve muayene zamanı gibi

birçok faktör, fiziksel bulguların ve istismarın tespitini zorlaştırmaktadır (9). Ayrıca, mağdurların çeşitli kurumlarda tekrar tekrar muayene edilmesi, bir bakıma kişinin yeniden travmatize olmasına neden olabilmektedir (3, 12). Bu nedenle, CS mağdurlarının yönetilmesinde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Bu zaman zarfında, kolluk kuvvetlerine, sağlık personeline ve diğer adli merci çalışanlarına önemli vazifeler düşmektedir (3).

Çalışmamızla CS mağdurlarının sosyodemografik özelliklerini, yapılan değerlendirilmeleri, CS sonrası gelişen ruhsal bozukluk tanılarını, sanıkların profillerini ortaya koyarak; tıbbi, hukuki ve sosyal açılardan alınabilecek önlemlere katkı sağlayabilecek veriler ortaya çıkarabilmek amaçlanmıştır.

Çalışmamızdan elde edilecek sonuçlar başta kolluk kuvvetleri olmak üzere karar vericilere aktarılarak benzer vakaların tekrarının önüne geçebilmek, geçilemeyen olgular için de sağlıklı bir olgu yönetimi sağlayabilmek amacıyla multidisipliner çalışmalarla yol haritası çizilebilmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel Saldırı

CS tanımı, genel olarak toplumların gelenekleri, görenekleri, ahlaki değerleri ve yasal düzenlemelerine bağlı olarak değişen çeşitli biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Ülkeler arasında tanımlamaların farklılık gösterdiği gözlemlense de genel olarak, CS; rızası olmayan veya herhangi bir nedenle rızası kabul olmayan bireyin, çeşitli zorlamalarla cinsel içerik ihtiva eden herhangi bir davranışa maruz bırakılması şeklinde ifade edilebilir (13).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, cinsel suçlar; kişinin rızası olmadan, zor kullanarak ya da rızasının aranmayacağı şartlarda, herhangi bir cinsel hareket, girişim ya da cinsel içerikli sözlerle kişiye fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden zarar verilmesi olarak tanımlanmaktadır (14).

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) CS suçu iki gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır. “Vücuda organ veya sair cisim sokularak vücut dokunulmazlığının ihlali şeklinde ise nitelikli cinsel saldırı, vücuda organ veya sair bir cisim sokulmaksızın vücut dokunulmazlığının ihlali şeklinde ise basit (nitelikli olmayan) cinsel saldırı” şeklinde sınıflandırılması yapılmıştır (15).

Cinsel taciz ise genel olarak; bireyin onurunu ihlal etme ve ya bu sonucu doğuran, kişinin rızası olmadan, her türlü cinsel nitelikte sözlü, sözlü olmayan veya cinsel nitelikte fiziksel ve sözel olarak düşmanca, aşağılayıcı, utandırıcı ve saldırgan bir ortam yaratan davranışlara denmektedir (16).

TCK'da ise cinsel taciz; “cinsel yönden ahlak temizliğine aykırı olarak mağdurun rahatsız edilmesinden ibarettir.” şeklinde tanımlanmıştır ve “cinsel tacizin kişinin vücut dokunulmazlığının ihlali niteliği taşımayan cinsel davranışlarla gerçekleştirilebileceği” belirtilmiştir (17).

CS ile cinsel tacizin ayrımında sınırlar net olarak çizilememekle birlikte kabaca koitus amaçlanmayıp eylemin dokunuşla veya sözle sınırlı kalması, cinsellik içeren ifadeler (imalar), istenmeyen fiziksel dokunuşlar ve devamlı tekrarlanan flört teklifleri, cinsel içerikli “şaka” lar, fiziksel baskı, dayatma veya içinde pornografik içerikli fıkra anlatımı gibi davranışlar cinsel taciz olarak değerlendirilebilir (18).

2.2. Çocuğa Yönelik Cinsel Saldırı

“On beş yaşını tamamlamamış ya da on beş yaşını tamamlamış ancak maruz kaldığı eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş kişilere karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış” Cİ olarak kabul edilir (17).

TCK’da erişkinlere karşı işlenen cinsel suçlarda CS ifadesi kullanılmasına karşın çocuklar için ise Cİ ibaresi kullanmıştır. Erişkinlere karşı işlenen cinsel suçlarda rıza dahilinde ceza sorumluluğunu ortadan kaldırırken 15 yaşını doldurmamış veya 15 yaşını doldurmuş olsada maruz bırakıldığı eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama becerisi olgunlaşmamış bireylere karşı işlenen cinsel davranışlarda çocuğun rızasının olduğunu ifade etmesi fiili suç olmaktan çıkarmayacaktır (17).

Çocuklara karşı işlenen Cİ’nin sayısı tüm dünyada sürekli olarak artış göstermektedir. Cİ, genellikle yıllarca devam eden bir durum olup, sıklıkla utanca ve suçluluk duygularına neden olduğundan dolayı saklı kalmaktadır. Cİ’ye maruz kalan bireylerin sadece %15’inin bildiriminin yapıldığı tahmin edilmektedir (19).

Çocuğun Cİ’si, fiziksel, duygusal, sosyal ve hukuki boyutları olan, mağdurlar üzerinde yakın ve uzak vadede yıkıcı etkileri olan önemli bir toplumsal sorundur. Cİ, temas içermeyen Cİ’ler, cinsel dokunma, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon ve cinsel sömürü gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir (20). Bu durumda bazen uyku bozukluğu, karın ağrısı, enürezis, enkoprezis vb. dolaylı şikayetlerle nonspesifik bulgularla gelebilmekteyken bazen de belirgin genital hasar ve kanama, yaşıyla uyumlu olmayan veya beklenmedik cinsel davranışlar (mastürbasyon, genital organlarıyla aşırı ilgili olma, ilişki taklitleri, vb.) ile de gelebilmektedir (13).

2.3. Cinsel Saldırının Hukuki Boyutu

Cİ’nin ağırlık ölçüsü toplumlar ve kültürler arasında bazı değişiklikler göstermekle birlikte genel olarak hiçbir yerde hoş karşılanmayan ve ağırlık derecesine göre cezalandırılan bir durumdur.

2005’ten önce kanunun başlığına bakıldığında; “Adabı Umumiye ve Nizamı Aile Aleyhinde Cürümler...”, toplumun, ailenin namusu kavramlarından bahsedildiği görülmektedir. 2005’te ise kanun “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” başlığı ile kişinin vücut dokunulmazlığının cinsel özgürlüğünün altı çizilerek önemli bir bakış açısı

farklılığı getirilmiştir. 2005'teki kanun için; cezai yaptırımlardaki artış, evli eşler arasında CS tanımı, yeni yaş sınırları, iyi karşılanan değişiklikler olmuştur.

Cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar TCK'da; 102, 103, 104 ve 105. maddelerinde ele alınmıştır.

TCK'da madde 102, 105'de CS'nin ağırlık derecesinin belirlenmesinde, vajinal ya da anal penetrasyonun yanı sıra oral penetrasyonun gerçekleşip gerçekleşmemesi de değerli hale gelmiştir. Cinsel penetrasyon içeren cinsel ilişki amaçlanmayıp fiil yalnızca dokunuşla ya da sözel olarak kalmışsa taciz olarak değerlendirilmektedir (13).

102. maddede belirtilen yasal olmayan davranışlar, cinsel amaçlı bir dokunuştan penetrasyonun gerçekleştiği şartlara kadar geniş bir spektrumu içerir.

CS 102. Madde'de; “(1) Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel davranışın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir. (2) Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on iki yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır...”

Penetrasyonun olması için cinsel organ şart görülmemiştir. CS suçunda ejakülasyon koşulu da aranmamaktadır. Yalnızca penis ya da başka bir cismin vücuda penetrasyonunun yeterli olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

102. maddenin diğer fıkralarında ise; “Cebir, şiddet kullanımı, akıl ve beden hastalığından yararlanma, akıl veya beden sağlığını bozma, bitkisel hayat veya ölüm oluşturma, suçun aile içinde bir birey tarafından gerçekleştirilmesi, nüfuzu kötüye kullanma” gibi bazı ceza arttırıcı suç unsurları sıralanmıştır.

CS suçunun nitelikli hâlini oluşturan fiilin, evlilik içinde de geçerli olması, önemli bir değişiklik getirmiştir. Hukuki açıdan evlilik birliğinin, diğer yükümlülüklerin yanında, eşler arasında karşılıklı olarak cinsel arzularını tatmin etme sorumluluğunun olduğunu ifade edilmektedir. Ancak bu durumun tıbbi ve hukuki sınırlara tabi olduğu kabul edilmektedir. Bu bağlamda, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması genellikle mağdur olan eşin şikâyet etmesine bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Devamında 103. Madde ile yeni bir bakış açısı yansıtılarak, ilk kez “çocuk

istismarı” tanımı açıklanmıştır (13).

“103. Madde; (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cİ’nin sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza, istismar durumunda on yıldan, sarkıntılık durumunda beş yıldan az olamaz. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağıdır. Cİ deyiminden;

a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğı gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır...” şeklinde ifade edilmekte ve devamında da cezayı arttırıcı unsurlardan bahsedilmektedir.

104. Madde, reşit olmayanla cinsel ilişki suçunu ele almıştır. “104. Madde; (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” (17).

104. Madde ile rızanın geçerli olduğı yaş sınırı on altı olarak belirtilmiştir. “On beş yaşına kadar çocuklarla, herhangi bir yasal olmayan cinsel davranış iddiasında rızanın varlığı araştırılmaz. 16 yaş ile 18 yaşa kadar (reşit oluncaya kadar) ise cinsel ilişkide rızanın varlığı önemli olmakla birlikte şikâyet halinde yine ceza gündeme gelir.” Yargıtay kararlarında sadece çocuğun şikâyeti ön plana çıkarılmaktadır (13).

Cinsel taciz ise Madde 105’de ele alınmış. “Madde 105- (1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur” (17).

Cinsel suçların cinsel dokunulmazlığa yönelik suçlar başlığı altında toplanması nedeni ile bireysel hak ve özgürlükler açısından oldukça önemsenen ve 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren TCK (1), 102/5 ve 103/6. maddelerinde yer alan “ruh ve beden sağlığının bozulması” kavramı ile uygulamada sorunlara neden olmuştur (21).

28 Haziran 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan ve aynı tarihte yürürlüğe giren 6545 sayılı “Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” da yapılan düzenleme ile Türk Ceza Kanunu’nun mevcut halinde olan ve CS’ler sonucu meydana gelen “ruh sağlığının bozulması” durumunun, cezai müeyyide artış sağlayan kanun normu iptal edilmiş, CS suçları için belirlenen cezalarda da ciddi artışa gidilmiştir (21). Yeni düzenlemede özellikle eylemin ruh veya beden sağlığının bozulup bozulmadığı hususunun kaldırılmış olması dikkati çekmektedir (22).

2.4. Cinsel Saldırı Mağdurlarının Özellikleri

Bölgesel ve toplumsal farklılıklara bağlı olarak değişiklik gösteren CS risk faktörleri arasında öne çıkanlar şunlardır: cinsiyet, yaş küçüklüğü, geçmişte yaşanmış CS deneyimleri, ekonomik sıkıntılar, eğitim düzeyi, alkol, madde kullanımı, çoklu partner ilişkileri, seks işçiliği ve benzeri sektörlerde çalışma, etnik köken, savaş ve göç etme durumu, aile yapısı.

Cinsiyet; yürütülen tüm araştırmalarda, kadın cinsiyeti CS bakımından en kritik risk faktörü olarak vurgulanmaktadır. Yaş küçüklüğü; çoğu araştırmada, genç ve küçük yaştaki kişilerin, orta yaş ve üstü kişilere kıyasla CS’ye maruz kalma riski daha fazla olarak bulunmuştur. Farklı ülkelerin adli makamlarına yansıyan cinsel şiddet istatistiklerine göre dünya genelindeki CS vakalarının 1/3-2/3’ünün 15 yaş ve altındaki yaş gruplarında bulunduğu belirtilmiştir (23, 24).

Geçmiş CS öyküsü: CS mağdurlarının önemli bir bölümünün çocukluk ve ergenlik dönemlerinde Cİ’ye maruz kaldığı bilinmektedir. ABD’de yürütülen ulusal bir araştırmada, çocukluk döneminde Cİ’ye uğrayan kız çocuklarının erişkin yaşlarda, çocukluklarında istismara uğramamış bireylere kıyasla iki kat daha fazla cinsel şiddetle karşılaştıkları ortaya konmuştur (25, 26). Ekonomik yetersizlik; özellikle kadın ve çocukların CS’ye maruz kalma konusunda bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Geçimini sağlamak amacıyla uygun olmayan saatlerde, yerlerde ve riskli işlerde çalışma zorunluluğunun bu riski artırdığı belirtilmektedir.

Eğitim durumu ile ilgili yapılan çalışmalar iki ana konuya vurgu yapmaktadır. Bir grup araştırma, eğitim seviyesi çok düşük olan kadınların cinsel şiddete daha açık olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer çalışmalar ise eğitim ve mesleki durumu partnerinkinden daha yüksek olan kadınların, partnerleri tarafından hem fiziksel hem de cinsel şiddete daha açık olduğunu belirtmektedir (27, 28, 29). Alkol ve madde kullanımı

konusunda bazı çalışmalarda, özellikle kokainin, cinsel şiddet riskini artırdığı tespit edilmiştir (27, 30, 31). Bunun sebebi olarak sosyal inhibisyonu azaltarak, cinsel şiddete karşı bedensel ve ruhsal direncin azalmasından kaynaklandığı ifade edilmektedir (32). Çoklu partner: genç kadınların çoklu cinsel partneri olması, cinsel şiddete daha fazla maruz kalmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Yalnız, burada ki cinsel şiddetin, çoklu cinsel partnerliliğin sebebi mi, yoksa sonucu mu olduğu konusu tartışmalıdır (27, 33, 34). ABD'de yapılan çalışmalarda melez, latin ve siyahi kadınların cinsel şiddete daha fazla uğradığı tespit edilmiştir (36, 37). Ayrıca siyahi çocukların, beyaz çocuklara göre iki kat daha fazla istismara maruz kaldıkları belirtilmiştir (38).

Savaş ve göç: savaş ve göç durumlarında, özellikle kadın ve çocuklara yönelik CS riskinin önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmada, göçmen adölesanların CS'ye maruz kalma olasılığının 2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Göç eden kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada, kadınların %8'inin istismara uğradığı belirlenmiştir. Ayrıca, bazı savaşlarda kadınlara yönelik kitlesel tecavüzlerin gerçekleştiği rapor edilmiştir (35, 39, 40).

Aile yapısı: özellikle çocuk Cİ açısından en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilen durum, biyolojik anne ve babasıyla birlikte yaşayan çocukların diğer tüm parçalanmış aile tablolarına kıyasla 10 kat daha az Cİ'ye maruz kaldıkları şeklinde rapor edilmiştir. Aynı zamanda, üvey anne/baba faktörünün de çocuk Cİ'si açısından risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (38).

Zihinsel engeli, psikoza, bipolar bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, otizmi, konuşma ve dil sorunları, işitme ve duyma problemleri, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi ruhsal bozukluğu olan çocuklarda istismara uğrama riski artmıştır. Cİ'ye maruz kalan bireylerin %14,6'sında sınır zekâ düzeyi tespit edilirken, %14,6'sında zekâ geriliği saptanmıştır. Zekâ geriliği ve sınır zekâ düzeyindeki bireylerin olayı algılama ve muhakeme becerilerinin kısıtlı olması nedeniyle, bu grup bireylerin istismara maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (41).

2.5. Saldırgana Ait Özellikler

Suçlu profilinin tanımlanması suçun engellenmesi için yapılan veya yapılacak olan çalışmalar açısından önem taşımaktadır. Ancak cinsel saldırı/istismar suçunu işleyen yetişkin erkeklerin heterojen bir grup sergilemeleri nedeniyle net bir cinsel suçlu profili bulunmamaktadır (42).

Suçluların özelliklerine bakılacak olursa; sıklıkla erkek cinsiyettir. Suçluların %5-15'i kadarı kadındır. Kadın suçluların istismarı sıklıkla erkek çocuğa yöneliktir. Erkek çocuklara yönelik yapılan Cİ'ye bakıldığında ise; istismarların %20'den fazlasından kadınlar sorumludur. Çoğunun medeni hali bekar olan bu kadınlar genellikle erkek bir faille birlikte bu suçu gerçekleştirmişler (43).

Cinsel istismar/saldırı mağdurun aile içi enestte olduğu gibi en yakınları ya da tamamen yabancı birileri olabilir. Cinsel istismarcılar %60-70 oranlarında akrabalar, öğretmenler, komşular, otorite figürleri gibi çocuğun bildiği ve güvendiği kişilerdir (31).

Bazı çalışmalara göre, çocuk ve erişkin arası Cİ vakalarının %30-50'si aile dışında tanıdık birisi veya bir yabancı tarafından yapılmıştır. Ülkemizde son dönemde yapılan başka bir çalışmada ise, istismarcıların %40,7-%66,7 oranında mağdurun tanıdığı biri olduğu belirtilmiştir (20).

İstismarcılar planlayarak, çocuklara bir şekilde yakın olabilecekleri bakıcılık, komşu, spor hocalığı ve servis şoförlüğü gibi meslekleri seçerler. Öncesinde çocuğun ve ailenin güvenini kazanacağı davranışlarda bulunarak, çocuğa yaklaşırlar (44). İstismarcıların çoğunun mağdurun daha önceden tanıdığı ve güvendiği kişiler olması, Cİ'yi önleme çalışmalarının işini oldukça zorlaştırmaktadır (45).

Bu güne kadar yayınlanmış suçlu profillerinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; aile ve sosyal teması sınırlı içe kapanık, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik, psikoseksüel ve sosyal açıdan gelişimini tamamlamayan, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar etme potansiyeli olan kişiler cinsel istismarcı olmaya yatkındır (20).

Bununla beraber Cİ'yi gerçekleştiren kişiler çoğunlukla kendi çocukluklarında Cİ'ye uğramış ve aile içi şiddet görmüşlerdir (43). Ayrıca cinsel saldırganların birçoğunun okul devamsızlığı olduğu, okul başarısının düşük olduğu, bir uğraş ya da düzenli bir işinin olmadığı, sosyoekonomik seviyelerin düşük olduğu görülmüştür (46). Yine yapılan çalışmalarda cinsel saldırganların ruhsal durumuna bakıldığında, mental retardasyon veya psikiyatrik hastalık tanısı alan olguların oranının %25-36 arasında olduğu görülmüştür (47).

Cinsel saldırıyı/istismarı gerçekleştiren bireyin psikojik özellikleri incelendiğinde bireyin doyumu erteleme kapasitesinin düşük olduğu ve engellenmeye

karşı dirençli olduğu görülmüştür. Bu kişiler çoğu zaman duygusal yönden yetersizlik sebebiyle gerçekçi yaklaşımlarda bulunamazlar. Kendilerine olan öz saygıları azalmıştır. Karşıt tepki olarak saldırgan bir davranış şeklinde mağdura yansıtma eğilimindedirler. Narsisizmle karakterize duygusal bir yetersizlikleri vardır (20).

2.6. Cinsel Saldırılarda Adli Tıbbi Yaklaşım

Özellikle son yıllarda CS olgularına tıbbi, adli tıbbi yaklaşım ve bu konudaki yayınlar değişiklik göstermektedir. Önceden sadece mağdur adli ve tıbbi yönden değerlendirilirken, artık mağdura hem psikolojik ve tıbbi destek sunulmakta hem de deliller toplanarak bütüncül bir yaklaşım izlenmektedir. Mağdur sadece adli olgu olarak değil psikolojik, tıbbi ve adli ihtiyaçları olan bir hasta olarak görülmektedir (48).

Günümüzde muayeneyi yapan hekimlerin muayene, tedavi ve adli tıbbi değerlendirmeler yaparken hastanın ihtiyaçlarını gözeterek şekilde özel eğitim almış olması gerektiği genel kabul görmektedir. İlk müdahale ve muayeneler, gerekli tüm eğitimleri almış tüm uzmanları bünyesinde barındıran multidisipliner yaklaşımlı 24 saat hizmet verebilen, gerekli tüm tıbbi donanıma sahip, amaca uygun dizayn edilmiş ortamlara sahip olan CS merkezleri veya çocuk koruma merkezlerinde yapılmalıdır (48).

Ülkemizde olgular genel olarak, üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarında ya da Adli Tıp Kurumuna bağlı çalışan Adli Tıp uzmanlarınca değerlendirilmekte olup, bazen de hastanelerin acil servislerinde Acil Tıp, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Cerrahi ya da Genel Cerrahi uzmanları tarafından değerlendirilebilmektedir.

Adli tıbbi değerlendirme; tıbbi öykünün alınması, ayrıntılı fiziksel ve ruhsal muayene, kanıt değeri taşıyan tüm delillerin toplanması, bulguların ve diğer delillerin standartlara uygun bir belgeye aktarımı, fotoğraflanması, laboratuvar analizi, mağdurun sağlığında ortaya çıkan sorunların tespiti, varsa yaralara yönelik tedavi planı, cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) ve gebelik profilaksisi, psikososyal destek birimlerince izlem ve tedavi aşamalarını kapsayacak sistematik bir yaklaşım gerektirmektedir.

CS olgusunun değerlendirme aşamaları algoritmik olarak düşünüldüğü zaman; öncelikle mağdurun yaşamsal riskler ve olası ilk yardım ihtiyacı bakımından değerlendirilmesi gerekmektedir. Sonrasında onam ve anamnez alınması gerekirken, fizik muayene ve devamında ayrıntılı ano-genital muayene yapılması çok değerlidir. Gerekli durumlarda fotoğraflama ve kolposkopik inceleme gibi ek yöntemlerin de

unutulmaması gerekir. Koşullara göre içeriği değişmekle birlikte örnek materyallerin alınması ve laboratuvar incelemelerin yapılması gerekmektedir. Olgunun niteliğine göre; kadınlarda gebelik, her iki cins açısından da psikiyatrik değerlendirme, CYBH açısından yapılacak inceleme ve konsültasyonlar tamamlanarak raporlandırma işlemi ile yapılanların dökümantasyonu sağlanmalıdır. Mağdurların ileri dönemdeki hayatları için ise; sosyal destek, rehabilitasyon ve koruma tedbirleri de planlanmalıdır (49).

CS olgularında adli tıbbi değerlendirme ve sonrasında raporlandırma yapılırken tüm aşamalar tek tek yapılmalı ve mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

2.6.1. Başvuru Süreci

Sağlık kuruluşlarına başvuran akut CS vakalarında, değişen ağırlıkta travmatik lezyonlar tespit edilebilmektedir. Travmatik olgular olası bir ilk yardım ihtiyacı veya yaşamsal risk taşıması durumunda öncelik acil tıbbi müdahale olacaktır. Travmatik lezyonlara yönelik tıbbi müdahalelerde, mağdur üzerinde bulunan delil niteliğinde olabilecek, kıl, kumaş lifi, kan pıhtısı, semen, saliva vb. vücut sekresyonları gibi materyallerin korunmasına dikkat etmek gerekmektedir. Özellikle kontaminasyon konusunda çok dikkatli olunmalı, bu nedenle yaralanma bölgeleri steril cerrahi örtü ile örtülmeli, steril eldiven, maske ve bone kullanılmalıdır. Ayrıca mağdura ait giysiler ve özellikle iç çamaşırları delil ihtiva edebileceğinden tıbbi müdahale öncesinde alınarak uygun koşullarda mümkünse kağıt poşetler içerisinde ve etiketlenmiş olarak muhafaza edilmeli (50, 51).

Saldırıya uğradığı iddia edilen kişinin muayenesi Cumhuriyet Savcılığı veya emniyet müdürlükleri tarafından adli tabiplikten istenmektedir. Bu talebin hemen her zaman yazılı olmasına dikkat edilmeli ve gelen tüm yazılar dosyalanmalıdır. Adli makamların resmi yazısı olmadan muayene yapılmamalıdır. Rapora resmi makam yazısının, sayısı ve şahsı muayeneye getiren görevlinin bilgileri yazılmalıdır.

Muayeneye başlamadan önce kişinin kimlik bilgileri tespit edilir ve bu bilgiler dosyaya kaydedilir. Muayenenin saati, günü ve tarihi, incelemede hazır bulunanların isimleri ve saldırı ile muayene saati arasındaki süre mutlaka kayıt edilmelidir (52, 53).

Bir CS'den sonra mağdurun doğrudan bir sağlık kurumuna başvurması durumunda, bulguların en sonunda bir rapora geçeceği düşünülerek muayene titizlikle gerçekleştirilmelidir. Bulgular derhal not edilmeli ve aynı zamanda görevli savcılığa

veya hastane polisine haber verilerek soruşturmanın hemen başlaması sağlanmalıdır (13).

2.6.2. Aydınlatılmış Onam

Hekim muayene edilecek kişiye rahatlatıcı, güven verici bir şekilde ve saygıyla yaklaşmalıdır. Muayene edilen ortamın fizik koşullarının uygun olması sağlanmalıdır (13, 52, 53).

CS olgularında öykü alma ve fizik muayene yapmadan önce, ilk olarak sağlık personelinin kendisini tanıtmayı ve mağdurun sosyokültürel düzeyini de dikkate alarak anlaşılır bir şekilde yapılacak işlemleri anlatarak kişiyi aydınlatması ve onamını alması gerekir.

Aydınlatılmış onam mutlaka yazılı olmalı ve genital muayene, fotoğraflama, kolposkopik görüntüleme, örnek alma, tetkik, vs. tüm aşamaları içermelidir.

Aydınlatılmış onam alınırken, mağdura istediği zaman görüşmeyi, muayeneyi ya da diğer prosedürleri durdurabileceği ya da bırakabileceği mutlaka ifade edilmelidir.

Onam vermemesi halinde; delil toplama sürecinin sekteye uğrayacağı ve cezai soruşturma ve kovuşturmayı olumsuz yönde etkileyebileceği, hukuki hak kayıplarına uğrayabileceği, vb. hususları da mutlaka mağdura anlatılmalıdır. Mağdur onam vermiyorsa, değerlendirmeyi yapan hekime, nedenini belirtmiş ise düzenlenecek olan tutanakta bu bilgi mutlaka yer almalıdır (49).

Rızanın yazılı olarak alınması ve onam formunun saklanması gereklidir. Bu amaç için önceden aydınlatılmış onam formlarının kullanılması uygundur. Onam alınırken CS'ye uğrayan kişi bir çocuk ise, çocuğun yaşı, yanındaki vasinin yakınlık derecesi ve olayın cinsi (örnek: ensest olgu gibi) mutlaka değerlendirilmelidir (13, 52, 53).

Çocuk, psikiyatrik hasta ve mental retardasyonu olan olgularda da mağdurun yaşına ve işlevsel kapasitesine göre aydınlatma yapılmalı ve karar verme sürecine katılımı sağlanmalıdır. Bu olgularda aynı zamanda vasi ya da yasal temsilcisinin de onamı alınmalıdır (49).

Muayene için onam alınırken ve muayene sırasında bir hemşirenin veya başka bir yardımcı sağlık personelinin de odada bulunmasına dikkat etmek gerekir. Kolluk kuvvetleri veya başka kişiler kesinlikle muayene odasında bulunmamalıdır. Eğer

mağdur bir çocuk veya genç kız ise; annesi veya bir yakını muayene sırasında odada kalmasını isteyebilir. Mağdurun ve yakınının bu isteği değerlendirilmeli ve çocuğun rızası ile muayene esnasında yanında kalmasına müsaade edilebilir (13, 52, 53).

Mağdur tüm bilgilendirilmelere rağmen onam vermiyorsa, gerekli bildirim yapıldıktan sonra bu koşullarda tıbbi ve etik olarak muayene yapılmasının uygun olmadığı belirtilerek bu durum yazılı hale getirilmeli ve yetkili kurumlar haberdar edilmelidir (48).

Ülkemizde, aydınlatılmasına karşın muayene, örnek alma ve fotoğraflama süreçlerine rıza göstermeyip onam vermeyen olgular ile ilgili olarak bir mevzuat problemi/tartışması vardır. Ceza Muhakemesi Kanunun 75. maddesi şüpheli veya sanığın, 76. maddesi ise diğer kişilerin beden muayenesi ve vücudundan örnek alınma usulünü tanımlamaktadır. Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelikte de benzer bir sınıflamaya gidilmiş ve mağdur kişiler "diğer kişiler" başlığı altında değerlendirmeye alınmıştır. Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmeliğin ilgilinin rızası başlıklı 18. maddesinde "Mevzuatta aranan tüm koşulların gerçekleşmiş olmasına ve şüpheli sanık veya diğer kişilerin bu konuda aydınlatılmış olmalarına rağmen muayene yapılmasına ya da örnek alınmasına rıza vermemeleri hâlinde, kararın infazı için ilgilinin muayenesini veya vücudundan örnek alınmasını sağlamak üzere ilgili Cumhuriyet Başsavcılığınca gerekli önlemler alınır" ibaresi bulunmaktadır. Bu maddede mağdur ayrıca tanımlanmamış olup "diğer kişiler" olarak ifade edilmiştir. Mağdurun rıza göstermemesi durumunda muayene edilmesini ve vücuttan örnek alınmasını sağlamak üzere Cumhuriyet Başsavcılığınca gerekli önlemlerin alınacağı ifade edilmesine rağmen bu önlemlerin neler olacağı belirtilmemiştir. Bu durum kolluk kuvvetleri ve hukukçular tarafından kimi zaman farklı yorumlanmakta ve temel insan hakları ve hasta haklarıyla bağdaşmayan "mağdurun zorla muayene edilmesi" taleplerini gündeme getirebilmektedir. Hekim-hasta ilişkisinde "aydınlatılmış onam", hekimin hastasını muayeneye ve tedaviye başlamasından önce mutlaka başvurulması gereken tartışılmaz bir ön koşul olmakla birlikte, ayrıca Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmeliğin 7. maddesinde yer alan "sağlığını açıkça ve öngörülebilir şekilde tehlikeye düşürmemek" ön şartı unutulmamalıdır. Aynı zamanda bir cinsel suç mağdurunun zorla muayene edilmeye çalışılması ile mağdurun ruhsal

sağlığını bozacak düzeyde, hatta telafisi mümkün olmayan zararların ortaya çıkması olasıdır. Bu hususun ülkemizin taraf olduğu uluslararası sözleşmelere de aykırı olup, farklı yorum ve uygulamalara neden olan bu sorunun yasal düzenlemeler ile acilen çözümüne ihtiyaç duyulmaktadır (49).

2.6.3. Anamnez Alma

Öykü alınırken mağdura karşı her zaman sabır ve empati ile yaklaşılmalı, yargılayıcı ifade ve tavırlardan kaçınılmalıdır. Sakin bir ses tonu kullanılmalı, göz teması sağlanmalı, anlatılanlar karşısında şaşırma, üzülme ya da inanmama gibi kişisel tepkiler verilmemelidir. Mağdurun giyimi, davranışı, yaşam tarzı ya da cinsel yönelimi gibi konularda suçlayıcı ya da yargılayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır (54).

Öykü almaya, öncelikle tıbbi öykü alınarak başlanmalı, sonrasında CS'nin adli tıbbi ayrıntılarına odaklanılmalıdır. Tıbbi ve CS ile ilgili öykü almanın amacı aslında iki yönlüdür: birincisi, doktorun klinik bulguları yanlış yorumlamasına neden olabilecek herhangi bir davranış ve tıbbi durumu (menstruasyon kanaması, şiddetli kabızlık, vb.) ekarte edebilmek; ikincisi de kanama, ağrı ya da akıntı gibi CS'ye atfedilebilecek herhangi bir tıbbi bulguyu tanımlamaktır. Elde edilen bilgiler, hekimin, aynı zamanda travma değerlendirmesini yönlendirecek, gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskini değerlendirmesine de yardımcı olacaktır (50, 51, 55). Tüm bunların yanısıra olayın aydınlatılmasında, olayda oluşan lezyonların ve ayırıcı tanının yapılmasında, en önemlisi de nerelerden hangi örneklerin alınması gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır (48).

Bir CS olgusunda öyküde aşağıda sıralanan detaylar ile ilgili bilgi alınması çok önemlidir:

- Saldırı tarihi, saati, yeri, silah ya da kuvvet kullanımı, tehditler de dahil olmak üzere saldırının tüm koşulları,
- Vajinal, anal ya da oral yoldan; penis, parmak ya da başka bir cisim ile penetrasyon olup olmadığı,
- Genital olmayan öpme, ısırma, emme, yalama, elle boğma/boğazlama gibi eylemler olup olmadığı,
- Ejekülasyon gerçekleşip gerçekleşmediği, gerçekleşmişse ejakülatın vücuda, giyisilere ya da başka bir yere bulaşının olup olmadığı,

- Prezervatif kullanılıp kullanılmadığı, kullanılmış ise saldırganın prezervatifi ne yaptığı,
- Kayganlaştırıcı jel ya da tükürük kullanılıp kullanılmadığı,
- Temas yerleri (oral, genital, anorektal),
- Mağdurun saldırı öncesi veya sonrası yakın geçmişteki cinsel aktivite durumu (sperm tetkiki, DNA analizi ve mikrotravmalar açısından ayırıcı tanıda kullanılmak üzere),
- Saldırı sonrasında defekasyon, vajinal lavaj, diş fırçalama, tampon ya da ped kullanımı ya da duş alıp almadığı, alkol ya da madde kullanıp kullanmadığı,
- Saldırı esnasında mağdurun üzerinde bulunan elbise ve iç çamaşırlara ait bilgi ve detay (yıkayıp yıkanmadığı, üzerinde olup olmadığı vs),
- Mağdurun bilinç bozukluğu, bulanıklığı veya hafıza kaybı yaşayıp yaşamadığı (bu durumlarda ilk 120 saat içerisinde toksikolojik örnekler alınması önerilmektedir),
- Özellikle mağdurun ağız, göğüs, vajina ve rektumuna odaklanarak travma alanları,
- Saldırı sırasında mağdurun alkol ya da madde etkisi altında olma durumu,
- Saldırganla aralarında boğuşma, arbede yaşanıp yaşanmadığı, kendisinde veya saldırganda herhangi bir kanama meydana gelip gelmediği, geldiyse bulaş yerleri (tırnak altı ve kan lekelerinden DNA analizi ihtiyaç duyulabileceği nedeniyle),
- Saldırgan sayısı, fiziksel özellikleri, saldırgan/saldırganların uyuşturucu, madde veya alkol kullanım durumları ve saldırıya dahil olma dereceleri (50, 56).
- Mağdurun daha önce istismara uğrayıp uğramadığı mutlaka sorgulanmalıdır (53, 57).

Yukarıda sıralanan hususlar hakkında bilgi almaya çalışırken birincil önceliğimiz, mağdurun tekrar travmatize edilmemesi olmalıdır (50, 54, 58). Bu nedenle değişik kurum ve kişiler tarafından tekrar tekrar öykü alınmasının önüne geçilmelidir. Mağdurla yapılacak görüşme tek merkezde, adli görüşme teknikleri konusunda uzman

bir görüşmeci tarafından, tek taraflı camlı bölmesi olan uygun bir görüşme ortamında ve adli, tıbbi ve sosyal tüm ilgililerin (camlı bölmenin arkasında ve sadece uzman ile ses kontağı olacak şekilde) katılımı ile tek seferde ve görüşme kayda alınarak yapılmalıdır. Bu görüşmenin kaydı, mağdurun kendi sözlerini kullanarak yapılmalıdır ve görüşmecinin yorumlarını içermemelidir. Olay ile ilgili direkt ve özel sorular sorulmamalıdır. Seçenek veren ya da evet/hayır ile cevaplanacak sorulardan kaçınılmalıdır. Mağdurun olayı kendi kendine rahat bir şekilde anlatması sırasında araya açık uçlu sorularla girerek bilgi elde edilmesi önerilmektedir (54, 56).

Standart muayene protokollerinin kullanılması, tüm ayrıntıları içermesi ve bilgi atlanmasını engelleyen en güvenilir yoldur. Birçok ülke ve kurumun hazırladığı standart öykü alma ve muayene kılavuzları ayrıntılı ve eksiksiz bilgi alınmasına yardımcı olur (48).

Mağdur tarafından talep edildiği takdirde, öykü alma süreci sırasında kendilerine avukat desteğine ve kendilerini hukuki olarak savunma imkanına izin verilmelidir. Avukatlar, hastalara, sorulan soruları daha rahat yanıtlamaları ve endişelerini dile getirmeleri konusunda yardımcı olabilirler (51).

Vücudundaki ağrılı bölgeler ve vajinal akıntısı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ağrı olduğu belirtilen yumuşak doku bölgelerinde makroskopik bir lezyonun bulunamaması halinde kişi 24 saat sonra tekrar muayeneye çağrılmalıdır. Bazı vakalarda fiziksel travmadan sonra ekimozların görünmesi 6 saate kadar uzayabilmektedir (13, 53, 57).

Kadın mağdurlarda jinekolojik ve obstetrik anamnez alınması önemlidir. Gebelikleri, düşükleri, doğumları, son adet tarihi, kontraseptif kullanıp kullanmama durumu belirlenmelidir (13, 53, 57).

Olayla ilgili ayrıntılı öykü alındıktan sonra fizik muayeneye geçilmelidir.

2.6.4. Fizik Muayene

CS olgusunun adli raporunun düzenlenmesine esas teşkil edecek bulguların çoğu fizik muayene ile elde edilmektedir.

Özellikle muayene eden kişi erkek ise, muayene esnasında tercihen eğitimli bir sağlık görevlisinin muayene sürecine katılımının sağlanması muayene eden sağlık çalışanını karşılaşılabileceği olası olumsuz iddialardan koruyacaktır (50, 51, 54).

Fizik muayene öncesinde mağdurun genel görünümü, davranışları ve kabaca psikiyatrik ve mental durumu gözlemlenmeli ve not edilmelidir. Hastanın mental durumunda bozukluk var ise bunun intoksikasyon, alkol, madde kullanımına bağlı geçici bir durum mu yoksa psikiyatrik hastalık veya mental retardasyon gibi kalıcı bir durum mu olduğunun ayrımı yapılmalıdır (54).

CS sonrası muayene mümkün olduğunca en kısa zamanda yapılmalıdır. Muayenenin tarihi, saati ve saldırı ile muayene saati arasında geçen süre mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Bu süre fiziki ve laboratuvar bulgularının yorumlanması için çok önemlidir.

Muayene yapılan yerdeki soyunma kabini tek kullanımlık giysilerin hazır bulundurulması, hastaları oldukça rahatlatmaktadır. Mağdurun muayene esnasında üzerinde bulunan giysilerin, saldırıya uğradığı zaman üzerinde bulunan giysiler olup olmadığı sorgulanmalıdır. Eğer söz konusu elbiseler o an üzerinde bulunanlar ise, inceleme için muhafaza altına alınmalıdır. Mağdur elbiselerinin çıkarırken yerde kahverengi bir örtü bulundurulması bu esnada düşebilecek kıl, toprak gibi delillerin gözden kaçmaması için önemlidir. Bazı olgularda tek delil elbiselerdeki semen artıklarının saptanması ile ortaya çıkabilmektedir. Fark edilemeyen semenin bulunabilmesi için giysilerde ıslaklık hissedip hissetmediği sorgulanmalıdır. Giysiler incelenmesi için uzak bir merkeze gönderilecek veya bekleyecek ise, önce kurutulmalı ve sonrasında kâğıt torbalar içinde gönderilmelidir. Giysilerin sevk edilmesinde plastik torba kullanmamaya özen gösterilmelidir, çünkü bu durum hızla küflenmeye ve delillerin zarar görmesine yol açabileceğinden dikkat edilmelidir.

Fizik muayene, özel bir durum söz konusu değilse ilk olarak genital muayeneden başlanmamalıdır. Genel vücut bölgelerinin muayenesinde saptanan herhangi bir deformite mutlaka kaydedilmelidir. Mağdurun tüm cildi incelenmeli, saldırı sırasında oluşabilecek cilt lezyonları belirlenmelidir. Bu lezyonlar, dudaklarda dişlerin bastırılmasıyla oluşan laserasyonlar, ekimozlar, emmeye bağlı peteşi ve ya ısırık izleri olabilir. Her lezyon tek tek ayrıntılı bir şekilde yazılarak tarif edilmeli, diyagramlara çizilmeli ve isim, tarih olan metrik bir skala konularak 3 ayrı mesafeden (yakın, orta, uzak mesafe) fotoğraflanmalıdır (13, 52, 53, 57).

Genital lezyonların bulunmadığı ya da şüpheli olduğu durumlarda, vücudun diğer bölgelerinde saptanan lezyonlar CS için çok önemli bir delil olabilir. Öpme, ısırma, emme, kişinin vücuduna ejakülasyon sıvısının teması gibi durumlarda, biyolojik

madde transferi olabilecek temas bölgeleri tespit edilerek bu bölgelerden DNA tespiti için sürüntü örneği alınmalıdır.

CS'den hemen sonra yapılan muayenelerde dahi, genital organlarda saptanabilen hasar oranı %50'nin altındadır. Bazı çalışmalara göre CS'ye uğrayan her iki cinsiyetten tüm olgularda anal penetrasyondan hemen sonra yapılan muayenelerde lezyon saptanan olgu oranı %30'dan azdır.

Saldırganla mücadele yaşanan olgularda kafaya alınan darbelerden dolayı sefal hematoma, saçlarda kopmalar ve eksikler, ağız çevresi ve içinde ekimoz, tırnak izi, sıyrıklar olabilir. Mağdurun boğazının sıkılması nedeniyle boynunda parmakla veya kişinin direncini kırmak amacı ile yapılmış ekimozlar bulunabilir. Mağdurun ellerinin bağlanması nedeniyle el bileklerinde ip/bağ izleri kollarda parmak izleri görülebilir. Mağdurun bacaklarının zorla açılmasına bağlı uyluk iç kısımlarda parmak izleri bulunabilir. Özellikle ağız çevresi, boyun ve göğüs çevresindeki uygun şekilde metrik skala ile fotoğraflanmış ısırık izleri saldırganın bulunmasında yardımcı olabilir.

Parmak ve tırnakların dikkatli incelenmesi özellikle tırnak içlerinde saldırgandan gelen biyolojik materyal olma ihtimalinden dolayı önemlidir. Mağdurun kendisi tarafından oluşabilecek yaralar ve olayın zamanı ile uymayan yaraların varlığında tekrar sorgulanmalı ve bu yaraların ayırıcı tanısı yapılmalıdır (13, 52, 53, 57).

2.6.5. Genital Muayene

Muayeneye inspeksiyonla başlanır. Muayene sırasında ortamda iyi bir ışık kaynağı olması önemlidir. Önce dış genital organlar laserasyon, ekimoz, ödem ve kanama gibi bulgular açısından değerlendirilir. Bu bölge semen, kan ve kıl gibi materyaller açısından büyüteçle dikkatlice incelenmelidir. Bu aşamada anüs çevresinden, alt bölgeden, labia majör ve minörden saldırganın kimliğini tespit etmeyi sağlayacak örneklemeler yapılabilir (13). Sürüntü örneği alınması gereken durumlarda delil kaybı ihtimalini en aza indirmek için örneklerin muayeneye başlamadan alınması gerekmektedir (54).

Vajinal Muayene

Vajinal muayene genellikle jinekolojik pozisyonda yapılmaktadır. Muayeneyi yapan kişi tarafından, labium majus ve minuslar kendisine ve hafif yukarı doğru bilateral olarak çekildiğinde hymen görünür hale gelecektir. Bu aşamada hymen

değerlendirmesi yapılır. Hymenin türü, açıklığın ölçümü ve kalınlığı, elastikiyet kabiliyeti, tipi, konjenital doğal çentikleri, hymende tespit edilen ekimozlar, abrazyonlar, eski ya da yeni laserasyonlar ve bunların vajen kaidesine ulaşip ulaşmama durumları saat kadranına göre lokalizasyonları ile birlikte not edilmelidir (54). Hymen yapısı itibariyle; anüler (en sık görülen), semilunar, saçaklı, dentikülat, septalı, kribriform, imperfore tipte olabilmektedir (49).

Mukozal bir membran kalıntısı olan hymen çocukluk döneminde dış ortamdan gelebilecek yabancı cisimlere ve mikroorganizmalara karşı doğal bir koruma aracıdır. Puberte ile birlikte biyolojik işlevi sona erer (59). Hymenin açıklığı 3-3,5 cm kadar ölçülürse hymen elastik yapıda duhule müsait olduğu söylenebilir. Hymen elastik yapıda olursa yırtılmaz ve erekte bir penisin penetrasyonuna uygun kabul edilir. Bu duruma anatomik bakire denir. Kadınlarda elastik hymenin görülme sıklığı %30'lara ulaşmaktadır. Türk popülasyonundaki erkeklerde erekte penis çapı dikkate alınarak elastikiyet ölçüsü belirlenmiştir.

Hymen, doğum ve tekrarlayan ilişki sırasında yırtılarak vajina duvarında düzensiz artıklar olarak gözükebilir veya tamamen ortadan kalkabilir. Bu sebeple erişkin kadınlarda hymenin incelenmesi fazla bir bilgi vermeyebilir. Hymen puberte öncesi ince narin yapıda olduğu için çocuklarda oldukça ciddi yaralanmalara rastlanabilmektedir. Hymen bazı olgularda konjenital olarak da olmayabilir (60).

Hymende akut laserasyona eşlik eden kanama, ödem, inflamasyon gibi bulgularla kolayca ayırt edilebilmektedir. Ancak eski laserasyonları ve özellikle vajen duvarına ulaşmayan eski kısmi laserasyonları konjenital doğal çentiklerden ayırt etmek oldukça zordur. Bunu ayırt etmek ciddi tecrübe isteyen bir durumdur. Konjenital doğal çentikler vajen duvarına tamamen ulaşmamaktadır. Vajen duvarına çok yakın olsa bile kolposkop kullanılarak ayrıntılı incelendiğinde vajen duvarına tam ulaşmadığı arada milimetrik ebatlarda olsa dahi ince bir hymen dokusu mevcudiyeti tespit edilebilmektedir (61, 62). Hymen anatomik pozisyonundan dolayı çoğunlukla orta hat posteriordan yırtılmaktadır (63). Yırtıklar en çok (%62) saat kadranına göre 5-7 arasında olmaktadır. Yırtık alanı ilk iki günde kırmızı, şiş, ağrılı ve dokunulunca kanamalıdır. Hymenin şekli ve yırtıklarının durumu bir diyagram üzerinde gösterilmelidir (64).

Hymendeki yırtıkların tam olarak ne zaman oluştuğu belirlenemediğinden, bu lezyonlar eski ve taze yırtık olarak değerlendirilir. Hymen açıklığından hiçbir yere

dokunmadan vajina arka duvarından ve arka forniksten örnek alınmalıdır. Eğer akıntı varsa örnekler temiz bir tüpe alınmalıdır (13, 52, 53, 57).

Anal Muayene

Muayene iyi bir ışık altında genellikle diz–dirsek pozisyonunda gluteuslar iki yana açılarak yapılır ve saptanan lezyonlar şema üzerinde saat kadranına göre tarif edilir.

Anal bölgede doğal lubrikasyon bulunmadığı için kayganlaştırıcı kullanılmayan durumlarda daha fazla travmatik bulgu olduğu belirtilmektedir. Anal muayenede genel görünüm, yabancı madde, kıl, kayganlaştırıcı varlığı belirlenmelidir.

Anal bölge fizik muayenesinden önce anüs etrafından, perineden ve anüs iç bölümünden yayma için örnek alınması gerekir. Bu örneklerde hem sperm hem de diğer maddeler araştırılabilmektedir. Anal kanalda ve rektumda sperm saptanması anal ilişki için delil olarak kabul edilmektedir. Anal sfinkter tonusu değerlendirilmeli, ekimoz, yırtık, sıyrık varsa kaydedilmelidir. Anal muayenede kalça ve bacaklarda travma izleri, anüs mukoza membranında hassasiyet, şişlik ve yırtık, anüs etrafında çepeçevre halka şeklinde ekimoz, anüs sfinkterlerinin gevşemesi, anüsün açık kalması, anüs etrafında ki pililerin silikleşmesi, derinin düzleşip kalınlaşması ve daha nemli bir görünüm alması, anüs mukoza membranı ve anal kenar çevresinde deride skar oluşumu ve anüs girişinin normalden daha derin bir görünüm kazanması vb. bulgular livata lehine değerlendirilir. Muayenede anüs çevresinde halka şeklinde ekimoz varlığı anüste ki venöz dolgunlukla karıştırılmaktadır. Fissür, hiperemi veya sıyrık gibi bulguların görülmesi livatanın gerçekleşmiş olduğu anlamına gelmez. Ayırıcı tanıda; kabızlık, kötü hijyen gibi nedenler dışlanmalıdır. Özellikle 7-8 yaşından küçük çocuklar anatomik yapının tam olarak gelişmediğinden geniş yırtıklar görülebilir. Bazen 12 yaşın üzerindeki kişilerde anatomik yapının gelişmesiyle beraber rıza veya kayganlaştırıcı madde kullanımı olan ilişkilerde anüs kolayca genişleyebilir. Bu nedenle herhangi bir lezyon tespit edilemeyebilir. Bu gibi durumlarda kolposkopik inceleme ve toluidin mavisi ile boyama yararlı olacaktır. Geç yapılan muayenelerde anüste çok derin yırtık olduğunda nebde dokusu oluşmuş olabilir. Ancak genellikle yaralar nebde bırakmadan iyileşir. Anoskopi ve rektoskopi ancak yabancı cisim varlığı, aşırı kanama gibi durumlarda önerilir (13, 52, 53).

Şüpheli/saldırgan kişinin muayenesi açısından özellikle ilk 48 saat önem taşımaktadır. Ceza Muhakemesi Kanununun (CMK) 75. maddesi hükümleri

çerçevesinde yapılması gereken muayenede, genel görüntü ve mental durumu, alkol ya da madde etkisi altında olup olmadığının değerlendirilmesini takiben kıyafetler ile el, kol ve bacaklarda olay yerindeki toprak ya da bitki örüntüsü ile uyumlu leke ve materyaller, kan lekeleri, sökük, yırtık ve eksik düğmeler; tüm vücutta, özellikle dudak, yüz, el ve kollarda sıyrık ya da ısırık izi, bacak alt seviyelerinde tekmeyle bağlı ekimoz, vb. olası travmatik lezyonlar aranmalıdır. İstemli ilişkilerde de karşılaşılabilmeyle birlikte, penil muayenede, sünnetsizlerde frenumda laserasyon ya da ekimoz, sünnetlilerde glans peniste sıyrık saptanabilmektedir (49).

2.6.6. Genital Yaralanmalarda İyileşme Süreci

Diğer tüm travmatik yaralanmalarda olduğu gibi anogenital yaralanmalarda da ilk gelişen yanıt inflamasyon sürecidir. Genellikle, yüzeysel yaralanmalar iz bırakmadan hızlı bir şekilde iyileşirler. İlk olarak ortaya çıkan tromboz ve inflamasyon sürecini takiben, hasarlı bölgede epitel rejenerasyonu ve farklılaşması gözlemlenir. Hasarlı alanın üstü epitelize olmaya başlar, genellikle epitelizasyon süreci 48-72 saat içinde tamamlanır. Derin yaralarda ise iyileşme süreci farklıdır. Yaralanmadan sonrasındaki 3-5 günlük sürede yeni kapillerler oluşumu ile anjiyogenez başlar (neovaskülarizasyon). Yaralanan bölge deri gibi kollajen içeren bir alan ise 4-5 gün içerisinde kollajen sentezi başlayacak ve sonrasındaki 2-4 hafta içerisinde skar oluşumu ile devam eden remodeling fazı gerçekleşecektir. Bazı derin yaralanmalarda skarın olgunlaşması 60 günü bulabilmektedir.

Anogenital yaralanmaların iyileşme süresi, yaraların lokalizasyonu, sayısı, şiddeti, kişinin sistemik veya veneral hastalıklara sahip olup olmaması, travmanın tekrarlanma durumu ve kişinin kullandığı ilaçlar gibi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Mukoz membranların iyi bir kanlanmaya sahip olması nedeniyle, bu bölgelerin hızla iyileştiği bilinmektedir. Hymende, labium majus ve minus iç yüzlerinde ya da anal bölgede lokalize ekimozların, submukozal hemorajilerin ve mikroabrazyonların 72 saat içerisinde, anal bölgede lokalize yüzeysel mukozal fissürlerin 3-5 gün içerisinde iz bırakmaksızın iyileşebildikleri belirtilmektedir (65).

Hymendeki yırtıklar genellikle 7 günde iyileşir ve 8 ile 10 günden sonra yırtık alanı büzüşür (64). Eğer yırtık çok sık ise, hymen herhangi bir iz kalmaksızın

iyileşebilir. Büyük oranda 14-21 gün içerisinde iyileştikleri belirtilmektedir. Nadiren bazı olgularda yaralanma belirtilerinin birkaç ay gözlenebildiği belirtilmiştir (66).

2.6.7. Örnek Alma ve Laboratuvar İncelemeleri

CS olaylarında özellikle biyolojik incelemeler ve biyolojik delilerin incelenmesi saldırgan veya şüpheli kişiye ait sperm, kıl, kan, tükürük gibi örneklerin varlığının ortaya konması ve saldırganın kimliği belliyse bu örneklerin saldırgana ait olup olmadığını araştırılması amacıyla yapılır. Olayın özelliğine mağdurun yaşına ve cinsiyetine göre hangi bölgeden ve nasıl örnek alınacağı belirlenir (13).

CS mağdurundan alınacak örnekler:

- Çekilerek çıkartılmış köklü saç kılları,
- Pubisten taranarak elde edilen pubis kılları ve diğer kılları,
- Çekilerek elde edilen karşılaştırmada kullanılacak pubis kılı,
- Karşılaştırmada kullanılacak kan örneği,
- Alkol ve uyuşturucu aranması için kan ve idrar örnekleri,
- Öyküde ağız-penis teması varsa ağızdan sürüntü ve tükürük örneği,
- Saldırı sırasında mücadele olmuş ise tırnak numuneleri,
- Vajen ve servikal kanaldan sürüntü örnekleri,
- Anal ilişki iddiası varsa anüsten sürüntü örneği,
- Öyküde meni bulaşı olduğu bildirilen bölgelerden sürüntü örneği,
- Gebelik testi için kan ve idrar örneği,
- Olaydan sonra uzun zaman geçtiği iddia ediliyor ve gebelik mevcutsa koryon villüs ve amnion sıvı örneği,

Spermilerin ve seminal sıvının cinsel ilişkiden sonra oral kavitede 6, anorektal kavitede 24 ve vajende 72 saate kadar bulunabildiği belirtilmiştir. Genital bölgeden sperm aranacaksa örnekler 2 örnek vajinadan, 2 örnek vajina girişinden ve 2 örnek de serviksten alınmalıdır. Anal örneklerde anogenital bölge ve rektumdan iki örnek şeklinde alınmalıdır (67, 68).

Saldırgan olduğu iddia edilen kişiden alınacak örnekler:

- Kökleri ile birlikte saç kılı,
- Kökleri ile birlikte pubis kılları,
- Karşılaştırmada kullanılacak kan örneği,
- Alkol-uyuşturucu-uyutucu madde aranması için kan ve idrar örneği,
- Kesilerek elde edilen parmak tırnakları,
- Karşılaştırma için tükürük örneği,
- Kontrol olarak ısırılmamış deri kısmından kontrol materyali,
- Koronal sulkus, penisin gövdesi ve üretra deliğinden sürüntü örneği alınması gerekebilir (52).

Ek olarak şüphelilerin penil swaplarından elde edilen biyolojik materyallerde mağdura ait DNA izole edilmesi de kimliklendirmede kullanılmaktadır (49).

2.6.8. Raporlandırma

Mağdur fiziksel ve psikolojik travmaya maruz kalmıştır. Böylece tüm bulguların atlanmadan tespiti yapılabilmesi için muayene bulguları daha önceden hazırlanmış standart formlara kaydedilmelidir (52).

Cinsel suçlarda yapılan tıbbi değerlendirmeye göre ceza farklılığı olduğu düşünöldüğünde, adli ve tıbbi raporların yeterli, açık, tanımlayıcı nitelikte yazılması oluşabilecek mağduriyetlerin önlenmesi açısından önemlidir. CS'lerin tanınmasında, örneklerin tıbbi yöntemlere uygun bir şekilde titizlikle elde edilmesi ve raporlandırılmasında hekimin deneyimli ve bu alanda eğitimli olması etkili olmaktadır (69).

Raporlandırma yapılırken tarih, saat bilgilerinin yazılmış olması ve kişinin kimlik bilgilerinin kontrol edilip belirtilmiş olması dikkat edilmesi gereken hususların başında gelir. Rapor içeriğinde; kişiye ait saptanan hikaye ile uyumlu olsun olmasın tüm vücutta saptanan lezyon ve yaralar ayrıntılı olarak (lokalizasyonu, boyutları, niteliği, sayısı, vb.) belirtilmelidir. Aynı zamanda kişiden alınan kan, idrar, sürüntü, vb. tüm örneklerde belirtilmiş olmalıdır. Rapor sonucuna gerekli olduğu düşünöölölen olgularda

koruma tedbirleri gerekliliği de belirtilmelidir. Ayrıca adli makamların yazılı olarak özellikle istediği bilgiler veya belirttiği noktalar varsa onlarla ilgilide cevap verilmelidir.

Mağdura ait düzenlenen raporda; gerekli olgular için gebelik testi tekrarı ve belirli periyotlarla CYBH açısından tekrar test edilmesi önerisi ve bilgiside unutulmamalıdır (49).

2.6.9. Muayene Sonrası Takip ve Kontrasepsiyon

CS mağdurları, ilk değerlendirme ve örneklemeden sonra olgu/olay özellikleri de dikkate alınarak, ruhsal belirti, bulguların tespit ve takiben tedavisi, CYBH profilaksisi, tespiti, gerektiğinde tedavisinin yapılması, gebelik profilaksisi ve araştırılması, psikiyatri, kadın hastalıkları ve doğum, dermatoloji ya da intaniye bölümleri ile ayrıca ihtiyaç duyulması halinde yaralanma derecesinin tespiti amacı ile radyoloji, bazı yaraların bakım ve tedavisi amacı ile cerrahi branşlar ile konsülte edilmelidir. Konsültasyonlar, adli raporlama sürecine katkısının yanında, mağdurların tıbbi gereksinimlerinin belirlenmesi, akut tedavilerinin sağlanması ve klinik takiplerinin planlanması yönünden büyük önem taşır.

Bir CS sonrasında gebe kalma riski % 2-5 olarak bildirilmekte olup, ilişki tarihi ve menstruel döngüsü itibarı ile gebe olmadığı bilinen ancak penetrasyon ve ejakülasyon sebebi ile gebelik riski bulunan olgular, hızlı bir şekilde bilgilendirmeli ve aydınlatılmış onamları doğrultusunda acil kontrasepsiyon uygulanmalıdır (51, 54). Gebelik testi pozitif olan olgularda intrauterin gebeliğin görüntüleme yöntemleri ile teyit edilmesini takiben gebelik haftası da dikkate alınarak gebelik terminasyonu açısından değerlendirilmeli ve bilgilendirilmelidir. TCK'nun 99 ve 100. maddeleri çocuk düşürtme ve çocuk düşürme suçlarını tanımlamakta ve tıbbi bir zorunluluk bulunmadığı halde gebelik haftası 10 haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi ya da çocuğun başka bir kişi tarafından düşürtülmesi suç olarak tanımlanmaktadır. Ancak, 99/6. madde ile bir istisna tanımlanmış ve "Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir." hükmü getirilmiştir (11). Özetlemek gerekirse, cinsel suç mağdurlarının 20. haftaya kadar gebeliklerini hastane koşullarında ve uzman hekimler tarafından sonlandırılması mümkün olmaktadır (49).

Yasal bakımdan CYBH'lerin farklı bir anlamı vardır. Saldırının bir kanıtı olabilme potansiyeli dışında bizi sanığa da ulaştırabilecek bir bulgu da olabilir. Polimeraze Chain Reaction (PCR) gibi gelişen teknolojiler enfeksiyon ajanı açısından; sanık ile mağduru karşılaştırma yaparak çok yeni fırsatlar tanımaktadır.

Cinsel yolla, gonore, klamidy, sifiliz, Human Immunodeficiency Virus (HIV), hepatit B ve C, herpes simplex tip 1, 2, condyloma acuminatum, moniliyaz vajinitis, gartenarella vajinitis, enterobius vermicularis enfeksiyonu, vb. gibi hastalıklar bulaşabilir. Bulaşma riski açısından Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)'in özel bir önemi bulunmaktadır (13, 52, 53, 57).

Profilaksi uygulanmış olsa dahi bazı testlerin periyodik olarak tekrarlanması gereklidir (54, 70). Gebelik testi negatif çıkan olgularda, acil kontrasepsiyon uygulansın ya da uygulanmasın 3 hafta içinde menstural kanaması olmamışsa gebelik testi tekrarı, mağdurun bu süre içerisinde korunmasız cinsel ilişkiye girmemesi yönünden bilgilendirilmesi gereklidir.

Özellikle sosyal ve ailevi desteği sınırlı, daha izole bir yaşam döngüsü olan yaşlı mağdurlarda CS sonrası ortaya çıkan ruhsal sonuçlar, yalnız kalmaları ile günler, haftalar, aylar içinde ortaya çıkabileceği, korku, öfke ve depresyonun daha ciddi seyredebileceği, ruhsal değerlendirme ve takip planlaması sırasında akılda tutulmalıdır (49).

2.6.10. Psikiyatrik Değerlendirme

CS mağdurlarının adli tıbbi değerlendirme sürecinde, ilk değerlendirme ve örneklemeyi takiben olgu/olay özellikleri de dikkate alınarak, psikiyatrik belirti ve bulguların tespiti hayati değer taşımaktadır. CS, bireyin özerkliğine, mahremiyetine, fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne karşı işlenen ağır bir suçtur. CS, mağdurun sahip olduğu ruhsal altyapı ve maruz kaldığı CS niteliklerine göre ve de kişiden kişiye CS'ye gösterdiği reaksiyona göre değişebilen pek çok ruhsal probleme neden olmaktadır. Başka bir taraftan da herhangi bir fiziksel muayene bulgusu saptanmayan cinsel suç mağdurlarında ruhsal muayene bulgularının tanısallık değeri taşıyabileceği de tıbben bilinmektedir.

CS'yi deneyimleyen kişide yaklaşık ilk 2-3 haftayı izleyen zaman içerisinde ağlama, hıçkırarak ağlama, gülümseme, gülme, sakin durma veya öfke, korku ya da anksiyete, vb. düzeydeki duygusal tepkiler gözlenirken, bazı olgularda her şey

yolundaymış gibi davranmayı tercih edebilirler. Akut tepki, yaralanma, sakat kalma ya da ölüm korkusundan kaynaklanmakla birlikte, kendini tekrar güvende hissetmesiyle mağdurda tutarsız ruh hali, aşağılanma, küçük düşme, utanma, suçluluk, mahcubiyet, kendini suçlama, savunmasız hissetme, öfke, intikam, benzer bir saldırıya maruz kalma korkusu, vb. duygular ortaya çıkabilir. Sonrasında devam eden geç dönemde ise mağdurlar hayatlarını tekrar düzenleme ve yaşam tarzlarını değiştirme (evini, telefon numarasını değiştirme, rehber aracılığı ile telefon numarasına ulaşımı kısıtlama, bir süre uzaklaşma ve tatile çıkma, vb.) eğilimindedirler. Bazı olgular; ev, işyeri ya da okuldaki günlük yaşam akışlarına kavuşmakta zorlanabilirler. CS'nin gerçekleşme şekline ve şiddetine göre değişen, kalabalıktan korkma ya da yalnız kalma, vb. fobiler ortaya çıkabileceği gibi, mağdurlar sıklıkla cinsel yaşantılarında işlev bozukluğu (ilgi kaybı, ilişki sırasında tecavüzü yeniden yaşantılama ve flashbackler, vaginismus, orgazm olamama, vb.) ile karşılaşır.

TSSB, depresyon ve uyum bozukluğu cinsel suç mağdurlarında en sık karşılaşılan patolojilerdendir. TSSB, silahla tehdit edilen, orantısız güç kullanımına maruz kalan, fiziksel yaralanmalar eşlik eden, yabancı bir saldırgan tarafından tecavüze uğrayan olgularda daha sık ortaya çıkmaktadır. TSSB, uygulamada da sıklıkla deneyimlendiği gibi "flashback'ler, gece kabusları, tekrarlayıcı-rahatsız edici düşünceler" gibi yeniden yaşantılama ve "uyuşukluk hissi, aile ve arkadaşlardan kendini izole etme, olayı entellektüalize etme, dikkat dağınıklığı, artmış madde/alkol kullanımı, saldırıyı hatırlatan yer, yüksek riskli davranışlarda bulunma, aktivite ve insanlardan kaçınma" gibi belirtileri ile ortaya çıkar. TSSB'de bu belirtilerle birlikte dissosiasyon, aşırı tetikte olma, artmış sinirlilik ve öfke patlamaları da gözlenebilir. Uzun vadede cinsel suç mağdurlarında kronik baş ağrıları, yorgunluk, uyku bozuklukları (kabus ve flashback'ler), tekrarlayan mide bulantıları, yeme bozuklukları, ağrılı menstruasyon ve cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

TSSB, depresyon, sosyal fobi (özellikle eş cinsel şiddeti ve randevu sonrası tecavüzlerde), anksiyete, artmış madde kullanımı, intihar girişimleri gözlenen kişilerde çocukluk çağı Cİ'den şüphelenilmesi gerektiği bildirilmektedir (54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 01.01.2012-31.12.2022 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na başvurmuş Cinsel istismar/saldırı olgularının analizinin yapılması amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamıza başlamadan önce İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş, 04.10.2023 tarih ve 2023/4994 sayılı etik kurul onayı alındıktan sonra retrospektif olarak yürütülmüştür. Adli makamlar tarafından İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen ya da başvuran tüm CS olguları hakkında düzenlenen; adli ve tıbbi belgeler, rapor ve kayıtlar incelenerek veriler toplanmıştır.

Olguların; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, uyruğu gibi sosyo-demografik verilerinin yanı sıra daha önceden bilinen başka bir psikiyatrik rahatsızlığının ve/veya mental yetersizliğinin bulunup bulunmaması, saldırganın kimliği, mağdurların olaydan sonraki başvuru süresi, CS nitelik türü, CS sonrasında psikiyatrik tanı alma durumu, CS sonrasında suisit girişiminin olup/olmaması, kadın mağdurlarda CS sonrası gebelik durumu, gebe kalan mağdurlarda gebeliğin sonucu, gebelik durumu oluşan olgularda başvuru sırasındaki gebelik haftası, küretaj olan mağdurların küretaj sırasındaki gebelik haftası, ruh sağlığı açısından rapor sonucu, pozitif genital muayene bulguları olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Olguların yaşları; TCK 103. maddesi gereğince mağdurun yaşına bağlı olarak sanığın alacağı ceza farklılık göstermektedir. Bu nedenle yaş grupları TCK sınıflamasına uyumlu olacak şekilde; 0-12 yaş, 13-15 yaş, 16-18 yaş ve 18 yaş üzeri olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Saldırganın mağdura yakınlık derecesi; saldırgan kimliği başlığı altında incelenmiş olup; erkek arkadaş, aile içi (ensest), eşi, dini nikâhlı eşi, yabancı, akraba-tanıdık, okul çalışanı ve bilgisine ulaşılamayan olmak üzere 8 gruba ayrılmıştır.

Mağdurların olaydan sonraki başvuru süresi, yara iyileşmesine bağlı muayene bulgularının saptanması ve adet gecikmesi, gebeliğin fiziki bulgularının ortaya çıkma süresi gibi bulgular düşünülerek; aynı gün, 2-7 gün, 8-14 gün, 15-30 gün, 1-6 ay, 6-12 ay, 1 yıl üstü ve bilinmiyor olmak üzere 8 gruba ayrılmıştır. Ayrıca bazı analizlerde

kullanılmak üzere daha geniş aralıkla; ilk 1 ay içinde başvuranlar ve 1 aydan sonra başvuranlar olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Nitelikli CS türü; anal, vajinal, oral, hem anal hem vajinal penetrasyon olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

CS öncesinde/sonrasında psikiyatrik tanı varlığı, mental retardasyon ya da sınırdaki zeka durumu, CS sonrasında suistit girişimi, kadın olgularda CS sonrası gebelik durumu, genital muayene bulgusu; Var-Yok ya da Evet-Hayır şeklinde sınıflandırılmıştır. Mağdurların muayenesinde ki değlendirmelerde veya raporlarında tanı almamış olanlar CS öncesi bilinen bir psikiyatrik tanısı yok olarak değlendirilmeye alınmıştır.

3.1. İstatistiksel Analiz

İncelenen dosyalarda ki olgulara ait veriler Microsoft Office Software Excel dosyasına kaydedilmiştir. Veriler sayısal kodlanması yapıldıktan sonra verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS statistics 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, standart sapma, minimum ve maksimum değleri ile gösterildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Değişkenlerin analizinde Pearson Chi-square testi, Independent Sample T-test, Mann-Whitney U, One Way Anova testleri uygulanmış %95 güven aralığında $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

İnönü Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na 01.01.2013-30.12.2022 tarihleri arasında başvuran tüm vakalar arasında yapılan taramalar sonucunda cinsel saldırı/istismara maruz kalmış vakaların değerlendirme sonuçları incelendiğinde; toplamda 180 olguya ulaşılmıştır. Bu olgulardan 4 tanesinde, mahkeme tarafından boşanma davası nedeniyle, kişide cinsel birleşmeye engel olabilecek fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlık olup olmadığının sorulması üzerine başvurduğu anlaşılmış ve bu nedenle bu olgular değerlendirmeye dahil edilmemiş ve çalışmadan çıkarılmıştır.

CS mağdurlarının demografik özellikleri incelendiğinde; mağdurların %15,3'ünün erkek (n:27), %84,7'sinin kadın (n:149) olduğu belirlenmiştir.

Medeni durumlarına yönelik yapılan incelemede ise, mağdurların %94,9'unun (n:167) bekar, %5,1'inin (n:9) evli olduğu saptanmıştır.

Mağdurların kategorik yaş değerlendirmesi sonucunda, %27,8'inin (n:49) 0-12 yaş aralığında, %29,5'inin (n:52) 13-15 yaş aralığında, %22,7'sinin (n:40) 16-18 yaş aralığında ve %19,9'unun (n:35) 18 yaş üstünde olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda, mağdurların %80,1'inin 18 yaş altında olduğu tespit edilmiştir.

Mağdurların uyrukları açısından incelendiğinde, %98,86'sının Türk vatandaşı, %1,14'ünün ise yabancı uyruklu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. CS mağdurlarının demografik özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	27	15,3
	Kadın	149	84,7
Medeni durum	Bekâr	167	94,9
	Evli	9	5,1
Yaş	0-12 yaş	49	27,8
	13-15 yaş	52	29,5
	16-18 yaş	40	22,7
	18 yaş üstü	35	19,9
Uyruk	Yabancı uyruklu	2	1,14
	Türk vatandaşı	174	98,86
Toplam		176	100

CS'ye ilişkin bilgiler Tablo 2 'de verilmiştir. Elde edilenler bilgilere göre, CS'lerin %47,7'si niteliksiz (basit) saldırılar iken, %52,3'ü nitelikli CS'dir. Saldırgan kimlikleri incelendiğinde; saldırganların %28,4'ünün akraba-tanidik, %21,6'sının yabancı, %18,2 sinin erkek arkadaş olduğu belirlenmiş ve bu grupların ilk üç sırayı oluşturduğu görüldü.

CS sonrası mağdurların %29,5'inin aynı gün içerisinde, %27,8'inin 1-6 ay zaman aralığında olmak üzere adli mercilere bildirildiği veya başvurduğu görüldü.

Nitelikli CS'nin türü incelendiğinde; %63,1'inin vajinal, %30,4'ü anal, %4,3'ünün anal+vajinal, %2,2'sinin ise oral olduğu görüldü.

Mağdurlardan 35 olgunun CS öncesinde psikiyatrik bir tanı aldığı görüldü. CS sonrasında ise; %34,1'inin (n:60) psikiyatrik tanı aldığı, toplam mağdurlardan %3,4'ünün (n:6) suisit girişiminde bulunduğu tespit edildi.

CS sonucunda kadın mağdurların %16,8'inde (n:25) gebelik oluştuğu tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. CS'ye ilişkin bilgiler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
CS türü	Nitelikli	92	52,3
	Niteliksiz (basit)	84	47,7
Saldırgan kimliği	Erkek arkadaş	32	18,2
	Aile İçi (Ensest)	18	10,2
	Eşi	5	2,8
	Dini nikâhlı eşi	4	2,3
	Yabancı	38	21,6
	Okul çalışanı	23	13,1
	Akraba-tanidik	50	28,4
	Bilgisine ulaşamayan	6	3,4
Mağdurların olaydan sonraki başvuru süresi	Aynı gün	52	29,5
	2-7 gün	27	15,3
	8-14 gün	7	4,0
	15-30 gün	7	4,0
	1-6 ay	49	27,8
	6-12 ay	12	6,8
	1 yıl üstü	14	8,0
	Bilinmiyor	8	4,5
Nitelikli CS türü	Anal	28	30,4
	Vajinal	58	63,1
	Anal + Vajinal	4	4,3
	Oral	2	2,2
CS öncesi psikiyatrik tanı varlığı	Evet	18	10,2
	Hayır	158	89,8

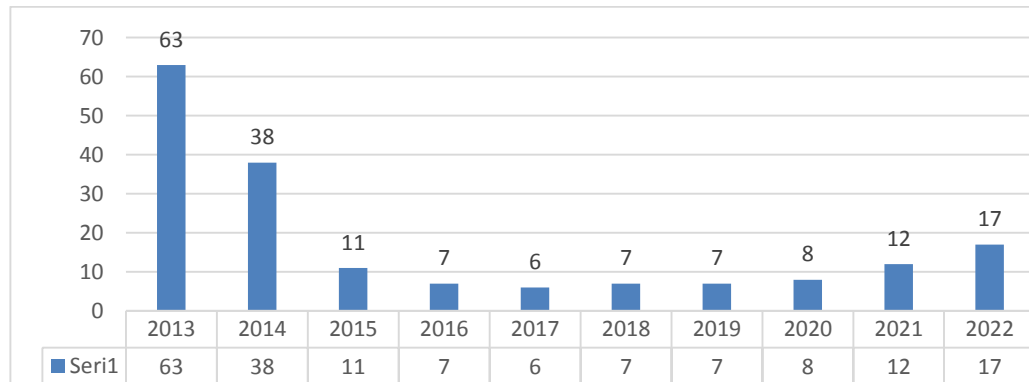
CS sonrası psikiyatrik tanı varlığı	Evet	60	34,1
	Hayır	116	65,9
CS sonrasında suisit girişimi	Evet	6	3,4
	Hayır	170	96,6
	Toplam	176	100
Kadın Mağdurlarda gebelik varlığı	Evet	25	16,8
	Hayır	124	83,2
	Toplam	149	100

Mağdurların adli makamlarca tarafımıza TCK-103/6 maddesi gereğince “ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığının” sorulduğu 148 olguda yapılan değerlendirme sonucunda %37,2’sinin ruh sağlığının ileri derecede bozulduğu, %48,6’sının ruh sağlığının ileri derecede bozulmadığı sonucu verildiği, %6,1’inde kanaate varılamadığı, %8,1’inde ise takip önerilerek kararın uzun dönemde takip ve yapılacak kontroller sonucu verilmesinin uygun olacağı sonucu verildiği tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığı hakkındaki rapor sonuçları açısından yapılan değerlendirme

Ruh sağlığı açısından rapor sonuçları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bozulmuş	55	37,2
Bozulmamış	72	48,6
Kanaate varılamamış	9	6,1
Takip önerilen	12	8,1
Toplam	148	100

Yıllara göre CS başvuruları incelendiğinde, olgu sayılarının dağılımı Tablo 4.4’te ve Şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1. Yıllara göre vaka dağılımları

Tablo 4.4. Yıllara göre CS mağdur vaka sayısı dağılımı

Yıl	Sayı	Yüzde %
2013	63	35,7
2014	38	21,6
2015	11	6,3
2016	7	4
2017	6	3,4
2018	7	4
2019	7	4
2020	8	4,5
2021	12	6,8
2022	17	9,7
Toplam	176	100

Erkek CS mağdurlarının yaş ortalaması $12,74 \pm 11,73$ olduğu, kadınların ise $15,88 \pm 7,79$ olduğu saptanmış olup, erkeklerin yaş ortalamasının kadınlardan daha küçük olduğu görülmekle birlikte cinsiyetlerin yaş ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p:0,079$).

Nitelikli CS'ye maruz kalanların yaş ortalaması $16,33 \pm 9,02$ olduğu, basit CS mağdurlarının yaş ortalaması $14,38 \pm 7,92$ olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p:0,132$).

Kadın mağdurdaki gebe kalanların yaş ortalaması $18,24 \pm 6,45$ olduğu, gebelik oluşmayan mağdurların yaş ortalamasının $15,4 \pm 7,96$ olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p:0,097$).

Gebe kalan mağdurlardan gebeliğin küretajla sonlandıran olguların yaş ortalaması $19 \pm 6,42$ olduğu, gebeliği doğumla sonuçlanan olguların yaş ortalaması $17,42 \pm 6,65$ 'tir. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p:0,55$).

CS sonrası psikiyatrik tanı alanların yaş ortalaması $13,58 \pm 8,44$ olduğu, tanı almayanların yaş ortalaması $16,34 \pm 8,48$ olduğu görüldü. CS sonrası psikiyatrik tanı alanların yaş ortalaması almayanların yaş ortalamasına göre daha küçüktür. Gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. CS mağdurlarının CS'yle ilişkili durumları

		Sayı (n)	Yüzde %	Yaş $\pm$ SD	p
Cinsiyet	Erkek	27	15,3	12,74 $\pm$ 11,73	0,079
	Kadın	149	84,7	15,88 $\pm$ 7,79	
CS niteliği	Nitelikli	92	52,3	16,33 $\pm$ 9,02	0,132
	Basit	84	47,7	14,38 $\pm$ 7,92	
Gebe kalma durumu (kadın)	Evet	25	16,8	18,24 $\pm$ 6,45	0,097
	Hayır	124	83,2	15,4 $\pm$ 7,96	
Gebelik sonucu	Küretaj	13	52	19 $\pm$ 6,42	0,55
	Doğum	12	48	17,42 $\pm$ 6,65	
CS öncesi psikiyatrik tanı	Var	18	10,2	16,3 $\pm$ 7,65	0,646
	Yok	158	89,8	15,3 $\pm$ 8,66	
CS sonrası psikiyatrik tanı	Var	60	34,1	13,58 $\pm$ 8,44	0,042*
	Yok	116	65,9	16,34 $\pm$ 8,48	
Genital muayene bulgusu	Var	57	66,3	16,25 $\pm$ 6,99	0,606
	Yok	29	33,7	15,14 $\pm$ 12,88	
Başvuru zamanı	Aynı gün	52	29,5	16,08 $\pm$ 11,92	0,602
	2-7 gün arası	27	15,3	14,04 $\pm$ 8,159	
	8-14 gün	7	4,0	17,43 $\pm$ 8,32	
	15-30 gün	7	4,0	11,43 $\pm$ 4,27	
	1-6 ay arası	49	27,8	15,49 $\pm$ 5,98	
	6-12 ay arası	12	6,8	13,92 $\pm$ 6,54	
	1 yıl üzeri	14	8,0	14,86 $\pm$ 3,73	
	Bilinmiyor	8	4,5	19,88 $\pm$ 8,47	

*independent sample t test, one-way anova

CS türünün cinsiyetler ile olan ilişkisi incelendiğinde erkeklerin %66,7'si, kadınların ise %49,7'si nitelikli saldırıya uğramıştır. Gruplar arası anlamlı farklılık yoktur (p: 0,077).

Nitelikli saldırı mağdurlarının %75'sinde genital muayene bulgusu saptanmıştır. Gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05).

Nitelikli CS'ye uğrayanların %34,8'inde CS sonrası psikiyatrik tanı saptanmıştır, Gruplar arası anlamlı farklılık yoktur (p:0,839).

Yaş grupları ile CS türünün ilişkisi incelendiğinde Tablo 4.6'da; 16-18 yaş arası mağdurların %67,5'inin, 18 yaş üstü mağdurların %60'ının nitelikli CS mağduru olduğu görülmüştür. Gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır (p: 0,045).

Tablo 4.6. CS türü ile mağdurların cinsiyetleri, genital muayene bulgusu, CS sonrası psikiyatrik bulgu ve yaş grupları karşılaştırılması

		CS Türü						
		Nitelikli		Basit		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	18	66,7	9	33,3	27	15,3	0,077
	Kadın	74	49,7	75	50,3	149	84,7	
	Toplam	92	52,3	84	47,7	176	100	
Genital Muayene bulgusu	Var	54	75	3	21,4	57	66,3	<0,05*
	Yok	18	25	11	78,6	29	33,7	
	Toplam	72	83,7	14	16,3	86	100	
CS sonrası psikiyatrik tanı	Var	32	34,8	28	33,3	60	34,1	0,839
	Yok	60	65,2	56	66,7	116	65,9	
	Toplam	92	52,3	84	47,7	176	100	
Yaş grupları	0-12 yaş	23	46,9	26	53,1	49	27,8	0,045*
	13-15 yaş	21	40,4	31	59,6	52	29,5	
	16-18 yaş *	27	67,5	13	32,5	40	22,7	
	18 yaş üstü *	21	60	14	40	35	19,9	
	Toplam	92	52,3	84	47,7	176	100	

***Bu tabloda gebelikte başvuran vakaların pozitif muayene bulgusu var olarak kategorize edilmiştir.

*** Nitelikli olmayan 3 olguda pozitif muayene bulgusu olduğu görülmüştür, bunlar genelde nitelikli CS'ye teşebbüs olguları olduğundan dolayı, perforasyon olmasa da genital bölgede çeşitli travmatik lezyonların olduğu görülmüştür.

Saldırgan kimliği ile yaş grupları incelemesi yapıldığında Tablo 4.7'de; 0-12 yaş grubunda saldırganların çoğunluğunun aile içi (ensest) ve yabancı grubu oluşturduğu, 13-15 yaş grubunda çoğunluğu okul çalışanı ve erkek arkadaş oluşturduğu, 16-18 yaş grubunda saldırganların çoğunluğunun dini nikâhlı eş ve erkek arkadaş oluşturduğu saptanmıştır. Gruplar arası anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Yaş grupları ile saldırgan kimliği arasındaki ilişki

Yaş grupları												
		0-12 yaş		13-15 yaş		16-18 yaş		18yaş üstü		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Saldırgan Kimliği	Erkek arkadaş *	1	3,1	13	40,6	13	40,6	5	15,6	32	18,2	<0,05*
	Aile içi (ensest)*	9	50	3	16,7	4	22,2	2	11,1	18	10,2	
	Eşi	0	0	0	0	0	0	5	100	5	2,8	
	Dini nikâhlı eşi	0	0	0	0	4	100	0	0	4	2,3	
	Yabancı*	16	42,1	7	18,4	6	15,8	9	23,7	38	22,2	
	Akraba-tanıdık	15	30	14	28	8	16	13	26	50	28,4	
	Okul çalışanı*	6	26,1	15	65,2	2	8,7	0	0	23	13,1	
	Bilinmeyen	2	33,3	0	0	3	50	1	16,7	6	3,4	
Toplam		49	27,8	52	29,5	40	22,7	35	19,9	176	100	

Başvuru süresi bilgisine ulaşılan mağdurların Tablo 4.8'de; başvuru sürelerine

bakıldığında aynı gün başvuran erkekler %33,3 iken kadınların %30,5'tir. Aynı zamanda 1-6 ay arası başvuran olgulara bakıldığı zaman erkeklerde bu oran %14,8 iken kadınlarda %31,9 olduğu görülmüştür ve gruplar arasında anlamlı farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Başvuru bilgisine ulaşılan mağdurların başvuru zamanı ile cinsiyetlerin karşılaştırılması

		Cinsiyet						p
		Erkek		Kadın		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Başvuru zamanı	Aynı gün*	9	33,3*	43	30,5	52	31	0,014*
	2-7 gün	3	11,1	24	17	27	16,1	
	8-14 gün	4	14,8	3	2,1	7	4,2	
	15-30 gün	2	7,4	5	3,5	7	4,2	
	1-6 ay*	4	14,8	45	31,9*	49	29,2*	
	6-12 ay	4	14,8	8	5,7	12	7,1	
	1 yıl üzeri	1	3,7	13	9,2	14	8,3	
Toplam		27	16,1	141	83,9	168	100	

CS sonucu gebe kalan mağdurlardaki saldırgan kimliği ile gebelik sonucu arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmamasına rağmen, saldırganın dini nikâhlı eş, akraba-tanidik, erkek arkadaş olan mağdurların çoğunun gebeliği küretaj ile sonlandırdığı görülmüştür ($p>0,05$).

Yapılan bu değerlendirmede dini nikâhlı eşi tarafından CS'ye uğrayan 2 olgununda küretaj olmuş olması dikkati çekmiştir. (Tablo 4.9)

Tablo 4.9. CS sonucu gebe kalan mağdurlardaki saldırgan kimliği ile gebelik sonucu arasındaki ilişki

		Gebelik sonucu						
		Küretaj olanlar		Gebeliği devam edenler		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Saldırgan Kimliği	Erkek arkadaş	6	54,5	5	45,5	11	44	0,242
	Aile içi (Ensest)	0	0	3	100	3	12	
	Eşi	0	0	1	100	1	4	
	Dini nikâhlı eşi	2	100	0	0	2	8	
	Yabancı	1	50	1	50	2	8	
	Akraba-tanıdık	4	66,7	2	33,3	6	24	
Toplam		13	52	12	48	25	100	

CS sonrası gebelik durumu ile CS mağdurların adli başvuru zamanı arasındaki

ilişki değerlendirildiğinde gebe kalanların sadece % 8'i aynı gün içerisinde başvurmuş iken %92'si 1 aydan sonra başvurmuştur. Çoğunluğu %64'ü 1-6 ay arasında başvurduğu görülmüştür. Gruplar arası anlamlı fark görülmüştür. Nitelikli saldırıya uğrayan kadınlardan %33,8'inin gebe kaldığı görüldü ($p<0,05$). (Tablo 4.10)

Tablo 4.10. CS sonrası gebelik durumu ile CS mağdurların adli başvuru zamanı arasındaki ilişki

		Gebe kalma durumu						
		Evet		Hayır		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Başvuru zamanı (Kadın)	Aynı gün	2	8	41	33,1	43	28,9	<0,05*
	2-7.gün	0	0	24	19,4	24	16,1	
	8-14. gün	0	0	3	2,4	3	2	
	15-30.gün	0	0	5	4	5	3,4	
	1-6 ay arası*	16	64	29	23,4	45	30,2	
	6-12 ay arası	3	12	5	4	8	5,4	
	1 yıl üstü	1	4	12	9,7	13	8,7	
	Bilinmiyor	3	12	5	4	8	5,4	
CS türü (Kadın)	Basit	0	0	75	100	75	50,3	<0,05*
	Nitelikli	25	33,8	49	66,2	74	49,7	
	Toplam	25	16,8	124	83,2	149	100	

CS sonrası gebe kalan mağdurlardan gebelikleri küretaj ile sonlandırılan olguların başvuru esnasındaki gebelik haftası $10,50\pm3,76$ haftadır. Küretaj işleminin yapıldığı esnadaki gebelik hafta ortalaması $12,53\pm4,37$ haftadır. Başvuru ile küretaj işlemi arasındaki geçen süre ortalaması $2,03\pm1,19$ hafta ($14,23\pm8,39$ gün) olduğu hesaplanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Gebeliği küretaj ile sonlandırılan mağdurların başvuru, küretaj ve arada geçen süre ortalamalarının hafta cinsinden karşılaştırılması

	n	Ortalama $\pm$ SD (hafta)	Min (hafta)	Max (hafta)
Küretaj ile sonuçlanan gebeliklerin başvurudaki gebelik haftası ortalaması	13	$10,50\pm3,76$	5	18
Küretaj yapıldığı gebelik haftası ortalaması	13	$12,53\pm4,37$	5	20
Başvuru ile küretaj arasındaki geçen süre ortalaması	14	$2,03\pm1,19$ $14,23\pm8,39$ (gün)	0	4

CS sonrası erkeklerin %37'sinin kadınların %33,6'sının psikiyatrik tanı aldığı ve gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Fakat ODD Ratio risk analizine bakıldığında erkeklerin CS sonrası psikiyatrik tanı alma riski kadınların %116,5'i

kadardır (p>0,05 OR:1,165)

Yaş gruplarına göre bakıldığında 0-12 yaş aralığındaki grubun %57,1’inde CS sonrası psikiyatrik tanı varlığı saptanmıştır. Gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Saldırganı yabancı olanların %55,3’ünün, aile içi olanların %50’sinin CS sonrası psikiyatrik tanı aldığı Tablo 4.12’de görüldüğü gibi saptanmıştır. Gruplar arası anlamlı farklılık vardır (p<0,05).

Tablo 4.12. Cinsiyet, yaş grupları ve saldırgan kimliğine göre CS sonrası psikiyatrik tanı oranları

		CS sonrası psikiyatrik tanı						
		Var		Yok		Toplam		p/OR
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	10	37	17	63	27	15,3	0,726
	Kadın	50	33,6	99	66,4	149	84,7	OR:1,165
Yaş grupları	0-12 yaş*	28	57,1*	21	42,9	49	27,8	0,001*
	13-15 yaş	11	21,2	41	78,8	52	29,5	
	16-18 yaş	13	32,5	27	67,5	40	22,7	
	18 yaş üstü	8	22,9	27	77,1	35	19,9	
Saldırgan Kimliği	Erkek arkadaş	9	28,1	23	71,9	32	18,2	0,001*
	Aile İçi (Ensest)**	9	50	9	50	18	10,2	
	Eşi	0	0	5	100	5	2,8	
	Dini nikâhlı eşi	0	0	4	100	4	2,3	
	Yabancı*	21	55,3	17	44,7	38	21,6	
	Akraba-tanıdık	19	38	31	62	50	28,4	
	Okul çalışanı	2	8,7	21	91,3	23	13,1	
	Bilinmeyen	0	0	6	100	6	3,4	
Toplam		60	34,1	116	65,9	176	100	

Tablo 4.13’de; TCK-103/6 maddesi gereğince “ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığının” sorulduğu 148 olguda yapılan değerlendirme sonucu ile saldırgan kimliği ilişkisi incelendiğinde saldırganı akraba-tanıdık olanların %50’sinin, erkek arkadaş olanların %47,8’inin, aile İçi (ensest) olanların %35,3’ünün ruh sağlığının ileri derecede bozulmuş olduğu sonucuna varılmıştır. Saldırganı okul çalışanı olan mağdurların ise %82,6 oranından ruh sağlığının ileri derecede bozulmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arası anlamlı farklılık vardır (p<0,05).

Tablo 4.13. Saldırgan kimliği ile CS kurulundaki rapor sonucunun ilişkisi

CS kurulu rapor sonucu											
	Bozulmuş		Bozulmamış		Kanaate varılamamış		Takip		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Erkek arkadaş	11	47,8	9	39,1	1	4,3	2	8,7	23	15,5	<0,05*
Aile İçi (Ensest)	6	35,3	6	35,3	3	17,6	2	11,8	17	11,5	
Eşi	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0,7	
Dini nikâhlı eşi	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,7	
Yabancı	11	32,2	18	52,9	1	2,9	4	11,8	34	23	
Akraba-tanıdık	22	50	19	43,2	2	4,5	1	2,3	44	29,7	
Okul çalışanı	4	19	19	82,6	0	0	0	0	23	15,5	
Bilinmeyen	0	0	1	20	1	20	3	60	5	3,4	
Toplam	55	37,2	72	48,6	9	6,1	12	8,1	148	100	

Tablo 4.14’te; CS öncesi psikiyatrik tanısı olan mağdurların %50’sinin CS sonrası da psikiyatrik tanı aldığı görüldü. Öncesinde tanısı olmayanların ise %32,3’ünün sonrasında psikiyatrik tanı aldığı görüldü. Gruplar anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.14. CS öncesi psikiyatrik tanısı olan mağdurların CS sonrası tanı alma durumu ile karşılaştırılması

CS sonrası psikiyatrik tanı								
CS öncesi psikiyatrik tanısı olanlar	Var		Yok		Toplam		p	
	n	%	n	%	n	%		
	Var	9	50	9	50	18		10,2
	Yok	51	32,3	107	67,7	158		89,8
	Toplam	60	34,1	116	65,9	176		100

CS öncesi psikiyatrik tanısı olan mağdurlarda tanılarının dağılımı Tablo 4.15’te gösterilmektedir.

Tablo 4.15. CS öncesi psikiyatrik tanısı olan mağdurlarda tanıların incelenmesi

Tanılar	n	%
Şizofren	2	9,5
Atipik psikoz	1	4,8
Kişilik Bozukluğu	9	42,9
Bipolar	2	9,5
DEHB	4	19
Davranış bozukluğu	3	14,4
Toplam	21	100

CS sonrasında mağdurlarda en çok görülen psikiyatrik tanı %41,8 ile TSSB’dir.

CS sonrası konulmuş olan psikiyatrik tanılarının dağılımı Tablo 4.16’da verilmektedir.

Tablo 4.16. CS sonrası konulmuş olan psikiyatrik tanılarının incelenmesi

Tanımlar	n	%
Anksiyete	10	14,9
TSSB	28	41,8
ASB	15	20,9
Depresyon	15	22,4
Toplam	67	100

Genital muayene bulgusu hakkında bilgilerine ulaşılabilen 86 olgunun 72’sinde nitelikli CS vardır. Genital muayene bulgu sonucu ile; cinsiyet ve nitelikli CS türünün ilişkisi Tablo 4.17’de görülmektedir. Gruplar arası anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Vajinal penetrasyon olan vakalarda genital muayenede pozitif bulgu (akut ve ya kronik travmatik bulgu) saptanma sıklığının arttığı net olarak görülmektedir.

Tablo 4.17. Mağdurlarının nitelikli CS sınıflandırılması ile genital muayene bulgusu arasındaki ilişki

		Genital Muayene Bulgusu						
		Var		Yok		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	6	40	9	60	15	17,4	0,018*
	Kadın	51	71,8	20	28,2	71	80,4	
	Toplam	57	66,3	29	33,7	86	100	
Nitelikli CS türü	Anal	11	52,4	10	47,6	21	29,2	0,013*
	Vajinal	39	83	8	117	47	65,3	
	Anal + Vajinal	4	100	0	0	4	5,6	
	Toplam	54**	75	18	25	72	100	

**toplam sayısının 54 çıkmasının sebebi Tablo 6’da bahsedilen basit CS’ye maruz kalan 3 kişide pozitif muayene bulgusu olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.18’de; cinsiyetlere göre nitelikli CS türü incelendiğinde erkeklerin %94,4’ü anal, kadınların %78,4’ü vajinal CS’ye uğramıştır. Gruplar arası anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.18. Nitelikli CS türünün cinsiyetlere göre dağılımı

		Nitelikli CS türü								
		Anal		Vajinal		Anal+ Vajinal		Oral		P
Cinsiyet		n	%	n	%	n	%	n	%	<0,005*
	Erkek	17	94,4	0	0	0	0	1	5,6	
	Kadın	11	14,9	58	78,4	4	5,4	1	1,4	
	Toplam	28	30,4	58	63.1	4	4,3	2	2,2	

Mağdurların %3,4'ü CS sonrası suisit girişiminde bulunmuştur. Tümü kadınlardan oluşmaktadır. Bu olguların %50'si nitelikli CS'ye uğramıştır ve %66,7'si vajinal CS'ye uğramıştır. Mağdurlardan %16,7'si gebe kalmıştır. Aynı gün %50'si başvuru yapmıştır. Suisit girişiminde bulunan mağdurların saldırganlarının %66,6'sı akraba ve tanıdıktan oluşmuştur (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. CS sonrasında suisit girişimde bulunan mağdurların incelenmesi

		n	%
CS Sonrası Suisit Girişimi	Var	6	3,4
	Yok	170	96,6
	Toplam	176	100
Cinsiyet	Erkek	0	0
	Kadın	6	100
CS Türü	Nitelikli	3	50
	Basit	3	50
Nitelikli CS Türü	Vajinal	2	66,7
	Anal + Vajinal	1	33,3
Gebe kalma durumu	Evet	1	16,7
	Hayır	5	83,3
Başvuru zamanı	Aynı gün	3	50
	2-7 gün	1	16,7
	8-14 gün	1	16,7
	1-6 ay	1	16,7
	Erkek arkadaş	1	16,7
Saldırgan kimliği	Aile İçi (Ensest)	1	16,7
	Akraba – Tanıdık	4	66,6

Suisit girişiminde bulunan mağdurların %33,3'ünde CS öncesi psikiyatrik tanısı vardır. CS sonrası tamamı en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Rapor sonucuna bakıldığında %83,3'ünün ruh sağlığının ileri derecede bozulduğu sonucuna varılmıştır. CS öncesi alınan tanı kişilik bozukluğudur. CS sonrasında ise mağdurlara TSSB, depresyon ve ASB tanılarının konulduğu saptanmıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. CS sonrasında suisit girişimde bulunan mağdurların incelenmesi

		n	%
CS öncesi psikiyatrik tanı varlığı	Var	2	33,3
	Yok	4	66,7
CS sonrası psikiyatrik tanı varlığı	Var	6	100
	Yok	0	0
CS sonrası ruh sağlığı rapor sonucu	Bozulmuş	5	83,3
	Bozulmamış	1	16,7
	Toplam	6	100
CS öncesi aldıkları psikiyatrik tanı	Kişilik bozukluğu	2	100
	Toplam	2	100
CS sonrası aldıkları psikiyatrik tanıları	TSSB	3	42,9
	Depresyon	3	42,9
	ASB	1	14,3
	Toplam	7	100

CS sonrasında mağdurların %46,7'si TSSB, %25'i ASB, %23,3'ü depresyon ve %16,7'si anksiyete tanısı almıştır. Mağdurların en çok aldığı tanı TSSB'dir (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. CS sonrası psikiyatrik tanı alan 60 olgunun tanılarına göre dağılımı

	Var		Yok	
Psikiyatrik tanıları	n	%	n	%
Anksiyete	10	16,7	50	83,3
TSSB	28	46,7	32	53,3
Depresyon	14	23,3	46	76,7
ASB	15	25	45	75
Toplam	67	111,7	173	288,3

**CS sonrası psikiyatrik tanı alan olgulardan 7 tanesinde birden fazla psikiyatrik tanı konulduğu saptanmıştır. Bu nedenle tabloda olgu sayısının toplam değerleri olgu sayısından fazla olarak görülmektedir.

Cinsiyetlere göre CS sonrası alınan psikiyatrik tanıları araştırıldığında erkeklerde en çok TSSB (%45,5) ikinci sırada ise anksiyete (%36,4) tanılarına olduğu görülmüştür. Kadınlarda ise yine ilk sırayı TSSB (%41,1) alırken ikinci sırayı depresyon (%23,2) almıştır. CS sonrası psikiyatrik tanı alan gebelerin %60'ının depresyon tanısı aldığı görülmüştür. Yaş gruplarına göre bakıldığında anksiyetenin en çok 0-12 yaş grubunda, TSSB'nin en çok 18 yaş üstünde, depresyonun en çok 13-15 yaş grubunda ve ASB'nin en çok 16-18 yaş grubunda görüldüğü saptanmıştır. Nitelikli CS'ye uğrayan mağdurlara en çok TSSB (%50), ikinci sırada ise depresyon (%25) tanısı konmuştur. Basit CS mağdurlarında ise en çok TSSB ve ASB (%32,3) tanıları konmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. CS sonrası psikiyatrik tanı alan mağdurların aldıkları tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması

		CS sonrası konulmuş olan psikiyatrik tanılar									
		Anksiyete		TSSB		Depresyon		ASB		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	4	36,4	5	45,5	1	9,1	1	9,1	11	16,4
	Kadın	6	10,7	23	41,1	13	23,2	14	25	56	83,6
	Toplam	10	14,9	28	41,8	14	20,9	15	22,4	67	100
Gebe kalma durumu (Kadın)	Evet	0	0	2	40	3	60	0	0	5	8,9
	Hayır	6	11,8	21	41,2	10	19,6	14	27,4	51	81,1
	Toplam	6	10,7	23	41,1	13	23,2	14	25	56	100
Yaş grupları	0-12 yaş	7	23,3	12	40	4	13,4	7	23,3	30	44,8
	13-15 yaş	1	8,4	4	33,3	4	33,3	3	25	12	17,9
	16-18 yaş	0	0	6	40	4	26,7	5	33,3	15	22,4
	18 yaş üstü	2	20	6	60	2	20	0	0	10	14,9
	Toplam	10	14,9	28	41,8	14	20,9	15	22,4	67	100
CS türü	Basit	6	19,4	10	32,3	5	16,1	10	32,3	31	46,3
	Nitelikli	4	11,1	18	50	9	25	5	13,9	36	53,7
	Toplam	10	14,9	28	41,8	14	20,9	15	22,4	67	100

Saldırganın kimliği ile CS sonrası psikiyatrik tanılar araştırıldığında saldırganın kimliğine göre mağdurların aldığı psikiyatrik tanılar değişkenlik göstermektedir. Saldırganı erkek arkadaş olanlarda en çok depresyon (%40), Aile içi (ensest) olanlarda TSSB (%36,3), yabancı olanlarda ASB (42,8), akraba-tanıdık olanlarda TSSB (%60,9) tanıları ilk sırayı oluşturmaktadır. Başvuru zamanına göre bakıldığında aynı gün başvuranlarda en çok ASB (%41,7), 1-6 ay arasında başvuru yapanlarda depresyon (%40) diğer grupların ise en çok TSSB tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. CS sonrası psikiyatrik tanı alan mağdurların aldıkları tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması

		CS sonrası konulmuş olan Psikiyatrik tanılar									
		Anksiyete		TSSB		Depresyon		ASB		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saldırgan Kimliği	Erkek arkadaş	1	10	3	30	4	40	2	20	10	14,9
	Aile İçi (Ensest)	2	18,2	4	36,3	3	27,3	2	18,2	11	16,4
	Yabancı	5	23,8	6	28,6	1	4,8	9	42,8	21	31,3
	Akraba-tanıdık	2	8,7	14	60,9	6	26,1	1	4,3	23	34,4
	Okul çalışanı	0	0	1	50	0	0	1	50	2	3
	Toplam	10	14,9	28	41,8	14	20,9	15	22,4	67	100
Başvuru zamanı	Aynı gün	5	20,8	9	37,5	0	0	10	41,7	24	35,8
	2-7 gün	2	15,4	5	38,5	4	30,7	2	15,4	13	19,4
	8-14 gün	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	4,5
	15-30 gün	0	0	3	75	1	25	0	0	4	6
	1-6 ay	1	10	3	30	4	40	2	20	10	14,9
	6-12 ay	1	16,7	3	50	2	33,3	0	0	6	9
	1 yıl üzeri	1	14,3	4	57,1	2	28,6	0	0	7	10,4
	Toplam	10	14,9	28	41,8	14	20,9	15	22,4	67	100

CS sonrası psikiyatrik tanı alan gebelerin %40'ı küretaj olurken %60'ı gebeliği devam ettirmiştir. Psikiyatrik tanı almayanların ise %55'i küretaj olurken %45'i gebeliği devam ettirmiştir gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. (p>0,05)

TCK-103/6 maddesi gereğince “ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığının” sorulduğu gebelik oluşmuş mağdurlar incelendiğinde mağdurların çoğunlukla gebeliği devam ettirdiği görülmüş gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Mağdurların başvuru sırasındaki gebelik haftaları ile gebelik sonucu araştırıldığında 4-10 haftalık gebe olanların %75'i, 10-20 haftalık gebe olanların %63,6'sı küretaj olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (p<0,05) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Gebelikle sonuçlanan olgularda gebelik sonucunun mağdurun psikiyatrik durumu ve başvuru sırasındaki gebelik haftalarının karşılaştırılması

Gebelik sonucu								
		Küretaj		Gebelik devamı		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
CS sonrası psikiyatrik tanı	Var	2	40	3	60	5	20	0,459
	Yok	11	55	9	45	20	80	
Ruh sağlığı bozulma durumu ile ilgili rapor sonuçları	Bozulmuş	2	40	3	60	5	20	0,578
	Bozulmamış	1	33,3	2	66,7	3	12	
	Kanaate varılamamış	1	33,3	2	66,7	3	12	
	Bilinmiyor	9	64,3	5	35,7	14	56	
	0-4 hafta	0	0	0	0	0	0	
Başvurudaki gebelik haftası	4-10 hafta	6	75*	2	25	8	32	0,012*
	10-20 hafta	7	63,6*	4	36,4	11	44	
	20 hafta üstü	0	0	6	100*	6	24	
	Toplam	13	52	12	48	25	100	

Saldırgan kimliği ile mağdurların başvuru süreleri incelendiğinde Tablo 4.25'te; saldırganı erkek arkadaş olanların %50'si 1-6 ay arasında, aile içi (ensest) olanların %41,2'si aynı gün %29,4'ü ise 1 yıl üstünde, yabancı olanların %54,1'i aynı gün, akraba-tanıdık olanların %38,8'i aynı gün, okul çalışanı olanların %56,5'i 1-6 ay arasında başvuruda bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır (p<0,05).

Tablo 4.25. Başvuru bilgisine ulaşılan toplam 168 vakadan, başvuru haftası ile saldırgan kimliği arasındaki ilişki

	Başvuru zamanı																p
	Aynı gün		2-7gün		8-14 gün		15-30 gün		1-6 ay		6-12 ay		1 yıl üstü		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Erkek arkadaş	1	3,3	5	16,7	1	3,3	2	6,7	15	50	4	13,3	2	6,7	30	17,9	<0,005*
Aile İçi (Ensest)	7	41,2	0	0	0	0	1	5,9	2	11,8	2	11,8	5	29,4	17	10,1	
Eşi	1	25	0	0	0	0	0	0	2	50	1	25	0	0	4	2,4	
Dini nikâhlı eşi	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50	1	25	1	25	4	2,4	
Yabancı	20	54,1	6	16,2	5	13,5	1	2,7	5	13,5	0	0	0	0	37	22	
Akraba-tanıdık	19	38,8	8	16,3	1	2	3	6,1	9	18,4	4	8,2	5	10,2	49	29,2	
Okul çalışanı	3	13	7	30,4	0	0	0	0	13	56,5	0	0	0	0	23	13,7	
Bilinmeyen	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	4	2,4	
Toplam	52	31	27	16,1	7	4,2	7	4,2	49	29,2	12	7,1	14	8,3	168	100	

Başvuru süresi ile gebelik durumu incelendiğinde Tablo 4.26’da; gebelik oluşan mağdurların %90,9’unun 1 aydan daha sonra başvuru yaptığı, gebelik oluşmayan mağdurların ise %61,9’unun ilk 1 ay içinde başvuru yaptığı saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.26. Başvuru bilgisine ulaşılan toplam 141 kadın vakadan, başvuru süresi ile gebe kalma durumu arasındaki ilişki

		Başvuru süresi						
		1 ay içinde başvuru		1 aydan daha sonra başvuru		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Gebe kalma durumu	Evet	2	9,1	20	90,9*	22	15,6	<0,005*
	Hayır	73	61,9	46	38,7	119	84,4	
	Toplam	75	53,2	66	46,8	141	100	

CS öncesinde MR ya da sınırda zekaya sahip olan mağdurlara CS sonrası %21,7’sine psikiyatrik tanı konulmuşken %78,6’sına konulmamıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Risk analizi yapıldığında Odds ratio değeri 0,495 çıkmıştır. Buna göre CS öncesi MR veya sınırda zekaya sahip olan bireylerin CS sonrası psikiyatrik sıkıntı yaşama riski sağlıklı bireylerin %49,5’i kadardır. Yani MR ya da sınırda zekâsı olan olgularda CS sonrası psikiyatrik tanı alma riski daha düşüktür (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. CS öncesi MR ve sınırda zekâ tanısı olan vakaların CS sonrası psikiyatrik tanı oranları

		CS sonrası psikiyatrik tanı						p
		Var		Yok		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
CS öncesi MR ya da sınırda zekâ	Var	5	21,7	18	78,3	23	13,1	0,180 (OR:0,495)
	Yok	55	35,9	98	64,1	153	86,9	
	Toplam	60	34,1	116	65,9	176	100	

Tablo 4.28. CS öncesi MR ve sınırdaki zekâ tanısı varlığının ve CS sonrası ruh sağlığı bozulma durumu ile ilgili rapor sonuçlarının karşılaştırılması

		CS öncesi MR ya da sınırdaki zekâ					
		Var		Yok		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ruh sağlığı bozulma durumu ile ilgili rapor sonuçları	Bozulmuş	11	47,8	44	35,2	55	37,2
	Bozulmamış	7	30,4	65	52	72	48,6
	Kanaate varılamamış	4	17,4	5	4	9	6,1
	Takip	1	4,3	11	8,8	12	8,1
	Toplam	23	15,5	125	84,5	148	100

0,031*

CS kurulunca ruh sağlığı açısından incelendiğinde bozulduğu ve bozulmadığı şeklinde net sonuca varılanlar arasından 127 olgunun; 18 tanesi %14,17'sinin CS öncesinde MR ya da sınırdaki zekâ tanısı olduğu görüldü. 109 olgunun CS öncesinde %85,82'sinin ise zekâ ile ilgili bir tanısının olmadığı görüldü.

Cinsiyetlere göre başvuru süresi incelendiğinde erkeklerin %66,7'si ilk 1 ay içinde başvuruda bulunurken kadınların %53,2'si ilk 1 ay içinde başvuruda bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Risk analiz yapıldığında ise Odds ratio değeri 1,760 çıkmıştır. Buna göre erkeklerin ilk 1 ay içinde başvuru ihtimali kadınların %176'sı kadardır. Yani erkeklerin ilk 1 ay içinde başvuru ihtimali kadınlardan fazladır.

İlk 1 ay içinde başvuru yapanların CS öncesi %47,1'ine psikiyatrik tanı konulmuş 1 aydan daha sonra başvuru yapanların ise %52,9'unda CS öncesi psikiyatrik tanı konmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Risk analiz yapıldığında ise Odds ratio değeri 0,658 çıkmıştır. Buna göre ilk 1 ay içinde başvuru yapan mağdurların CS öncesi psikiyatrik tanı alma riski 1 aydan daha sonra başvuru yapan mağdurların %65,8'i kadardır. Yani CS öncesinde psikiyatrik tanısı olan mağdurlar daha geç başvuruda bulunmuştur.

Tablo 4.29'da; 1 aylık başvuru süresi ile saldırgan kimliği incelendiğinde saldırganı erkek arkadaş olanların %70'i, aile içi (ensest) olanların %52,9'u, dini nikâhlı eşi olanların tamamı, okul çalışanı olanların %56,5'i 1 aydan daha sonra başvuru yaptığı saptanmıştır. Saldırganı yabancı olanların %86,5'i, akraba-tanıdık olanların %63,3'ünün ilk 1 ay içinde başvuru yaptığı saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.29. Başvuru bilgisine ulaşılan toplam 168 vakadan, başvuru süresi ile CS sonrasında psikiyatrik tanı alma durumu, cinsiyet ve saldırgan kimliği karşılaştırılması

		Başvuru süresi						
		1 ay içinde başvuru		1 aydan daha sonra başvuru		Toplam		p/OR
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	18	66,7	9	33,3	27	16,1	0,197 OR:1,760**
	Kadın	75	53,2	66	46,8	141	83,9	
CS öncesi psikiyatrik tanı	Var	16	47,1	18	52,9	34	20,2	0,276 (OR:0,658)*
	Yok	77	57,5	57	42,5	134	79,8	
CS sonrası psikiyatrik tanı	Var	41	68,3	19	31,7	60	35,7	0,012*
	Yok	52	48,1	56	51,9	108	64,3	
Saldırgan kimliği	Erkek arkadaş	9	30	21	70	30	17,9	<0,005*
	Aile İçi (Ensest)	8	47,1	9	52,9	17	10,1	
	Eşi	1	25	3	75	4	2,4	
	Dini nikâhlı eşi	0	0	4	100	4	2,4	
	Yabancı	32	86,5	5	13,5	37	22	
	Akraba-tanıdık	31	63,3	18	36,7	49	29,2	
	Okul çalışanı	10	43,5	13	56,5	23	13,7	
	Bilinmeyen	2	50	2	50	4	2,4	
	Toplam	93	55,4	75	44,6	168	100	

5. TARTIŞMA

Özellikle son yıllarda suçlar arasında en hızlı artış gösteren suç türü, istatistiksel verilere göre cinsel suçlardır (1). CS'ler genellikle kadın ve çocuklara karşı, çoğunlukla erkekler tarafından gerçekleştirilirken, aynı zamanda erkeklere yönelik de yaşanabilmektedir (2). Ülkemizde yürütülen çalışmalara göre, CS suçları tüm suçların yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır. CS suçları, tüm yaş grupları arasında yaygın olmakla birlikte, özellikle çocuk yaş grubu bu tür saldırılara daha sık maruz kalmaktadır (3). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre; 2011'de cinsel suçlardan hüküm giyenlerin sayısı 828 iken, 2014'te 5534, 2019'da 5800, 2020 yılında ise bu sayı 4890 olduğu belirtilmektedir (89).

ABD'deki istatistiksel verilere göre, kız çocuklarının %10-34'ü ve erkek çocukların ise %3-18'i 18 yaşından önce Cİ'ye maruz kalmıştır (71-74). Birçok ülkede yürütülmüş olan çalışma sonuçlarını aktaran bir makalede, çocukluk dönemi Cİ oranları kadınlar için %7-36, erkekler için ise %3-29 olarak rapor edilmiş ve kadın cinsiyetin istismara uğrama konusunda 1.5 ila 3 kat daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir (75).

Ülkemizde üniversite gençliği ve mezunları üzerinde yapılan çalışmada kadın cinsiyetin; sözel, görsel ve dokunsal CS türlerinden herhangi birisine maruz kalma oranının %84 ve CS'nin göreceli olarak daha ağır şekli olan fiziki temas içeren eylemlere maruz kalanların oranı ise % 44,8 olarak belirtilmiştir (78).

Çalışmamızda yıllara göre vaka sayılarının dağılımına bakıldığında 2013-2014-2015 yıllarında fazla olup diğer yıllarda azalmıştır. Bu durumun en önemli sebebi kanun değişikliği sebebiyle Cinsel Saldırı Kurullarına olan ihtiyacın azalması ve bu bağlamda kurumumuza yönlendirilen vaka sayılarının azalmasıdır.

Beyazıt ve Bütün-Ayhan (2015) tarafından yapılan 12 yıllık bir süreci kapsayan derlemede 3137 Cİ mağdurunun %78,1'i kadın, %21,29'u erkektir (90). Topal ve ark. (2018) tarafından Muğla'da yapılan çalışmada; 387 Cİ vakasının %85,4'ü kadın, %14,6'sı erkektir (91). Bizim çalışmamızda CS mağdurlarına cinsiyet açısından incelendiğinde mağdurların % 84,7'si kadın, %15,3'ü erkektir. Birçok çalışmada kadınların erkeklerden 2 ile 5 kat arasında daha fazla CS'ye maruz kaldığı gösterilmiştir

(75, 76). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da kadın mağdurların sayısı erkek mağdurların sayısının 5.51 katı olduğu görüldü.

Duman ve ark. (2023) tarafından yapılan bir araştırmada CS mağdurlarının %30,6'sının 15 yaş altında, %23,1'inin 15-17 yaş aralığında olduğu, %46,3'ünün ise 18 yaş ve üstünde olduğu saptanmıştır (59). Uysal ve Yıldırım tarafından yapılan benzer çalışmada da mağdurların büyük çoğunluğunu 18 yaş altı bireylerin oluşturduğu gösterilmiştir (92). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde CS mağdurlarının %19,9'u 18 yaş üstü, %80,1'i 18 yaş altıdır. Ne yazık ki küçük yaştaki bireylerin saldırgan tarafından savunmasız olarak görülmesi ve daha kolay etkisiz hale getirilebilme, tehdit ve korkutmalara karşı daha az direnç gösterebilme, kolay kandırılabilme gibi sebeplerden dolayı CS'lara daha fazla maruz kaldığı düşünülmektedir.

Türkiye'de 2020 yılının istatistiklerine bakıldığında; 14126 adet cinsel taciz suçu, temas içeren cinsel suçlar nedeniyle de 24214 adet kamu davası açıldığı belirtilmektedir (93). Saraçoğlu (2023) yaptığı çalışmada mağdurların %72,3'ünün nitelikli CS'ye uğradığını göstermiş ve kadın cinsiyetin; %44,5'inin vajinal, %16,6'sının anal ve vajinal, %14'ünün anal CS'ye uğradığını tespit etmiştir. Erkek cinsiyetin ise; %52,7'sinin anal %30,1'inin niteliksiz (öpme, sarılma, dokunma vb.), %5,4'ünün de sair bir cisim ile nitelikli, %11,8'inin de belirlenemeyen şekilde olduğu gösterilmiştir (94). ÇİM (Çocuk İzlem Merkezi)'e başvuran 1147 CS mağduru olgunun incelendiği 5 yıllık bir çalışmada; nitelikli CS oranı %29,2 olarak bulunmuştur (95). Suudi Arabistan, Macaristan ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda mağdurların yarıdan çoğunun (%51,4-58,1) nitelikli CS'ye uğradığı tespit edilmiştir (96-99). İsveç ve Türkiye'de yapılan benzer başka bir araştırmada ise mağdurların çoğunun basit CS'ye uğradığı tespit edilmiştir (100). Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmüş olmakla birlikte bizim çalışmamızda nitelikli CS oranı %52,3 ve basit CS oranı %47,7 olarak saptanmıştır. Basit CS olgularının çoğunun adli birimlere ulaşmadığı düşünüldüğünden oranların gerçeği yansıtmadığı öngörülmektedir.

Yapılan çalışmalar CS sonucu gebelik gelişmesi oranının %2,7 ile %9,8 arasında değiştiğini göstermektedir (101-106). Büber ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2023) CS sonrası gebe kalma oranı %3,1 bulunmuştur (95). Keleşoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada olguların %2,7'sinde gebelik geliştiği, Aktürk'ün yaptığı çalışmada ise %6,9 oranında gebelik olduğu saptanmıştır (101). Bizim çalışmamızda; CS sonucunda kadın mağdurların %16,8'inde (n:25) gebelik olduğu tespit edildi. Literatür

ile kıyaslandığında çalışmamızdaki gebe kalma oranı çok daha yüksek saptanmıştır. Tablo 24'te başvuru bilgisine ulaşılan toplam 141 kadın vakanın, başvuru süresi ile gebe kalma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; gebe kalan olguların yaklaşık %91'inin 1. aydan sonra başvurduğu, gebelik oluşmayan mağdurların ise %61,9'unun ilk 1 ay içinde başvuru yaptığı görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmıştır. Daha ayrıntılı bakıldığında ise gebe kalan kadın mağdurların sadece 2'si ilk gün başvurduğu göz önüne alındığında, bu olguların çoğunun gebelik, gebelik takibi, gebelik komplikasyonları gibi sebeplerle ileri dönem başvuruda bulunduğu ya da resmi kurumlar tarafından zorunlu olarak bildirilmesi sebebiyle ortaya çıktığı görülmektedir. Tüm bunlar gebeliğin aslında CS suçunun bildiriminde ana başvuru nedenleri arasında sayılabileceğini göstermektedir. Yani bu olgularda CS sonucunda gebelik oluşmasaydı ilerleyen zamanda adli bir başvuru/bildirim yapılmayacağı görüşü aşık bir hal almaktadır.

Nitelikli CS'ye maruz kalan kadın olguların %33,8'inin gebelikle sonuçlandığı tespit edilmiştir. Bu çarpıcı oran bize; saldırı ve tacizlerin kronik bir süreç olabileceği ya da CS'nin yol açtığı travmaya bağlı stres hormonlarının artması nedeniyle oluştuğunu düşündürmektedir. CS sonrası gebelik oranlarının yüksek olması mağdurlar üzerindeki fiziksel ve ruhsal travmanın arttığının da sağlam bir göstergesidir (Tablo 10).

ABD'de yapılan bir araştırmada nitelikli CS'lerin %40,4'ünün yaşlarının 18 yaş altında olduğu gösterilmiştir (36). Bizim çalışmamızda CS mağdurlarının %77,2'sinin 18 yaş altında olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamış olsa da nitelikli CS mağdurlarının yaş ortalamasının basit CS mağdurlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bize cinsel olarak aktif yaşlarda nitelikli CS sayısının arttığını göstermektedir. Bununla birlikte küçük yaş gurubunda anatomik ve fizyolojik gelişim sürecinin tamamlanmadığından kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmamızda CS mağdurlarının çoğunun 18 yaş altında olduğu görülmektedir. Bunun bir nedenin de yaşadığımız coğrafyada kız çocuklarının yeterli eğitim alamaması ve küçük yaş evliliklerin olmasıdır.

Dünyadaki tüm doğumlara anne yaşı açısından bakıldığında; tüm doğumların %10'unu 15-19 yaş arası adölesan kız çocukları oluşturmaktadır (107). Çalışmamızda CS sonrası gebe kalan mağdurların geç dönem başvuru yaptığı görülmüştür (Tablo 10). Başvuru esnasındaki gebelik hafta ortalaması $10,50 \pm 3,76$ 'dır. Terminasyon işleminin yapıldığı esnadaki gebelik hafta ortalaması $12,53 \pm 4,37$ haftadır. Bu bilgiler dikkate

alındığında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerin yasa dışı küretaj konusundaki haklı direncinden dolayı bildirim yapmak zorunda kalmaları nedeniyle adli mercilere ulaşıldığı düşüncesini doğurmaktadır.

Gebeliği küretajla sonuçlanan mağdurlarda olguların yaş ortalaması $19\pm6,42$ olduğu, gebeliği doğumla sonuçlanan olguların yaş ortalaması $17,42\pm6,65$ 'tir. Gruplar arasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen doğum yapan olguların yaş ortalamasının 18 yaş altında olması dikkat çekmektedir.

CS sonucu gebe kalan mağdurlardaki saldırgan kimliği ile gebelik sonucu arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmamasına rağmen, saldırganı dini nikâhlı eş, akraba-tanidik, erkek arkadaş olan mağdurların çoğunun gebeliği küretaj ile sonlandırdığı görülmüştür ($p>0,05$). Yapılan bu değerlendirmede dini nikâhlı eşi tarafından CS'ye uğrayan 2 olgununda küretaj olmuş olması dikkat çekmektedir.

Aktürk G. (2022) tarafından yapılan çalışmada mağdurların %30'unun ilk 24 saat içerisinde başvurduğu, %24,2'sinin 1-30 gün aralığında başvurduğu, %24,2'sinin 1 ay ile 1 yıl aralığında başvurduğu, %21,5'inin ise 1 yıldan sonrasında başvurduğu saptanmıştır. Saldırganı tanıdık olan mağdurların başvuru süresinin daha geç olduğu bulunmuştur (101). Başka bir çalışmada olay tarihi ile başvuru süresi arasında geçen süre incelenmiş mağdurların %51,4'ünün 1. gün, %21,8'inin 2-7 gün arasında, %9,2'sinin 8-30 gün arasında, %14,3'ünün bir aydan sonra başvuruda bulunduğu saptanmıştır (102).

Cinsiyetlere göre başvuru zamanına bakıldığında; erkeklerde aynı gün başvuru oranı %33,3 iken kadınlarda %30,5'tir. 1-6 ay arası başvurulara bakıldığı zaman ise erkeklerde bu oran %14,8 iken kadınlarda %31,9 olduğu görülmüştür ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların başvuru zamanının geç dönemde daha fazla olmasında gebeliğin ortaya çıkmasının önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Konya'da yapılan bir çalışmada olgularının %9,8'inin ilk gün, %38,7'sinin 2-10. günler arasında muayene edilebildiği belirtilmiştir (89). CS'dan sonraki ilk 72 saat genital ve ekstragenital akut travmatik bulguların saptanması, gerekli biyolojik örneklerin alınması ve bulguların elde edilmesi açısından çok önemlidir (117). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilk üç gün muayenesi yapılan olguların oranı %11,2 ile %58,6 arasında değiştiği görülmüştür (60, 101, 108, 109). CS mağdurların ilk 7 gün

içerisinde muayene edilen 141 olgudan 25'inde (%17,7) vajinal akut/subakut lezyon saptanmıştır (101). Kapsamlı olarak yapılan bir meta analiz çalışmasında CS'lerde genital yaralanma sıklığının %5 ile %87 arasında değiştiği belirtilmektedir (110). Bizim çalışmamızda olguların sadece %25,7'sinde pozitif genital muayene bulguları gözlenmiştir. Bu sonuç her CS olgusunda herhangi bir muayene bulgusu olmayabileceğini görüşünü desteklemektedir. Ayrıca muayenede pozitif bulgular her zaman iddia edilen olayla ilişkili olmayabileceği unutulmamalıdır. Fiziksel bulgular, biyolojik örnekler ve olayın öyküsü adli soruşturma ile aydınlatılmalıdır.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015 yılına ait Türkiye aile içi şiddet konusunda kadına yönelik araştırma sonuçlarına göre 15 yaş üstü kadınların % 3'ü partner dışı şahıslar tarafından CS'ye maruz kaldıklarını, % 9'u ise 15 yaş altında CS'ye maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Evli kadınların eş veya birlikte yaşadıkları erkekler tarafından yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları CS ise %12 olarak bulunmuştur (77). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise, istismarcıların %40,7-%66,7 oranında mağdurun tanıdığı biri olduğu belirtilmiştir (20). Keleşoğlu'nun yaptığı çalışmada saldırgan kimliği %36,1 partner/eski partner, %38,4'ü tanıdık, %14,6'sı yabancı %9,2'si aile/akraba olduğu saptanmıştır (102). Muğla'da 341 olgu ile yapılan bir çalışmada mağdurların %27,3'ünün eski ya da mevcut partneri, %39,6'sının yakın çevreden tanıdığı biri tarafından saldırıya uğradığı, %17,3'ünde ise saldırganın mağdurla kan bağı olan bir akraba olduğu belirlenmiştir (111).

ÇİM'e başvuran 1147 CS mağduru olgunun incelendiği 5 yıllık bir çalışmada saldırganların çoğunun arkadaş/sevgili olduğu (%58,1), ikinci sırada da aile içi (%37,8) olduğu tespit edilmiştir (95). Bizim çalışmamızdaki saldırgan kimliğine bakıldığında, bilgisine ulaşılan 170 olgunun %22,9'unun saldırganı yabancı, %77,1'inin aile, akraba komşu, okul çalışanı eş veya erkek arkadaşı gibi tanıdığı ve sosyal çevresinde bir şekilde etkileşim içerisinde olan bir kişi olduğu görüldü. Bulgular genel olarak yapılan çalışmalara paralellik gösterse de yabancı saldırgan yüzdesi bizim çalışmamızda beklenilenden biraz fazla çıkmıştır. Yabancı saldırgan oranının fazla çıkmasını; olayın açığa çıkma ve şikayet etme konusunda mağdurların tutumundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Saldırganın tanıdık olması; mağdurlarda daha fazla utanma, yakın tehdit unsuru olarak görülmesi gibi sebeplerle korkunun artması şikayet oranının azalttığını düşündürmektedir. Aynı zamanda aile içi bir Cİ durumunun ortaya çıkması aile birliğini tehdit edecek ve tüm aile bireylerini ilgilendiren bir kriz durumu

oluşurabilecektir. Bu durumda hem mağdurun, hem ailenin diğer bireyler tarafından suçlanmasına ve dışlanmasına neden olabildiği de bilindiğinden fikrimizi desteklemektedir (4). Kimi zaman da bazı olgularda rıza dahilinde gerçekleşen cinsel ilişkilerde karşı tarafı koruma iç güdüsü ile saldırganla ilgili yanlış beyanda bulunma yada hiç bildirimde bulunmama ihtimallerinin de olduğu göz ardı edilmemelidir (79).

Tüm CS olgularından saldırgan kimliği olarak dini nikahlı eşi olan 4 olgu ayrıntılı incelendiğinde; olguların 2'sinin küretaj ile gebelik sonlandırdığı, birinin kayınbabasının tacizi sebebiyle başvurduğu ve bu sebeple bildiriminin yapıldığı, diğer birinin de adli bildirim sonrası yaş tayini nedeniyle Adli Tıp Anabilim Dalımıza geldiği bilgilerine ulaşılmıştır. Bu 4 olgu bize ülkemizde özellikle de sağlık sistemi içerisinde 18 yaş altı çocuk izlemlerinin yetersiz olduğunu ve gözden kaçan bir şeylerin olduğunu net olarak göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalık öyküsü, MR ve çeşitli bedensel engellere sahip olan bireylerin cinsel şiddete uğrama oranlarının genel popülasyona göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (41). Bazı çalışmalarda zihinsel engelli kişilerin %49'unun hayatları boyunca 10 veya daha çok kez cinsel şiddet içeren deneyim yaşadığı belirtilmiştir (112). Yapılan bir çalışmada CS mağdurlarından %13,9 olguda MR olduğu, %2,7 olgunun bedensel engelli olduğu, %15,3 olguya daha önceden ruhsal hastalık tanısı konulmuş olduğu saptanmıştır (102).

Çalışmamızda toplam 23 olguda MR veya sınırda zeka tanısının olduğu görülmektedir. Bu da tüm olguların %13,1'ini oluşturmaktadır. Tüm olgulara bakıldığı zaman CS sonrası psikiyatrik tanı alan olgular %34,1 iken, CS öncesi MR ya da sınırda zeka tanısı olan olgu grubunun %21,7'sinin CS sonrası psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür. Yaptığımız risk analizinde MR veya zeka geriliği tanısı olan CS mağdurlarının CS sonrası psikiyatrik tanı alma riski diğer mağdurların yaklaşık olarak yarısı kadardır (OR:0,495). Bu grupta ki bireylerin olayları algılama, anlama ve muhakeme etme yeteneklerinde ki kısıtlılığın yaşadıkları travmanın ağırlığını anlamlandıramadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ege Üniversitesi'nde CS sonrası adli makamlarca "ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığının" sorulduğu 311 olgunun değerlendirilmeye alındığı bir çalışmada, olguların %92,3'ünde ilk muayenede ruhsal açıdan etkilendiği sonucuna varılmış olup 1 yıllık takip ve tedavi sonrası bu olguların %38,3'ünde kalıcı bir ruhsal bozukluk meydana geldiği gösterilmiştir (22). Bizim çalışmamızda adli makamlarca

tarafımıza TCK-103/6 maddesi gereğince “ruh sağlığının ileri derecede bozulup bozulmadığının” sorulduğu 148 olgu arasında yapılan değerlendirme sonucunda %37,2’sinin ruh sağlığının ileri derecede bozulduğu şeklinde rapor verilmiştir. Rapor sonucu olarak; kanaate varılamayan ve takip gerekliliğine karar verilen olguların, uzun süreli takipleri de göz önüne alındığında bu oranın artması beklenmektedir. Değerlendirme yapan kurulların/heyetlerin ve mağdurların bulunduğu coğrafi bölgelere, kültürel, yaşayış ve inanç farklılıklarına göre değerlendirme ölçütlerinin değiştiği ve standardizasyonunun olmadığı bilinmektedir.

Keleşoğlu (2023) tarafından yapılan çalışmada 294 olgunun 116 ‘sında olaya bağlı ruhsal yakınma olduğu saptanmıştır. Vakalarda en çok (n:38) TSSB 2. sırada ise (n:12) ASB görülmüştür. Olay öncesinde vakaların büyük bir kısmında ruhsal bir patoloji yoktur (102). Dönmez ve arkadaşlarının çalışmalarında mağdurların %81,9’unda istismar sonrası en az bir ruhsal bozukluğun gelişmiş olduğu tespit edilmiştir. Mağdurların %33’üne TSSB, %25,6’sına ASB, %25,1’ine majör depresyon tanısı konulmuştur (45).

Literatüre bakıldığında bazı çalışmalarda da Cİ’ye uğrayan çocuklarda en sık görülen ruhsal bozukluğun %40-50 oranıyla TSSB olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (80-83). Bizim çalışmamızda tüm olguların %34,1’inin psikiyatrik tanı aldığı saptansa da tanı alan olgulara bakıldığı zaman tanılar arasında TSSB’nin literatürle uyumlu olarak %46,7 ile en fazla görülen psikiyatrik tanı olduğu saptanmıştır. Bunu %25 ile ASB ve %23,3 ile depresyon ve %16,7 ile anksiyete tanıları takip etmektedir.

Olguların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları ve eğitim durumları ile ruh sağlığında meydana gelen bozulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar, ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. (3, 86, 87). Bu bağlamda, CS’ye uğrayan bireylerde, cinsiyet, medeni durum ve eğitim seviyesi gibi faktörlerin etkisi gözetenilmeksizin, kadın veya erkek, evli veya bekâr olmalarına bakılmaksızın, CS’ye maruz kalan kişilerin önemli bir çoğunluğunda kalıcı ruhsal değişiklikler ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Bir çalışmada nitelikli CS’ye maruz kalan çocuk ve ergenlerde major depresyon daha yüksek oranlarda belirlenmiştir. Ayrıca, istismarcı ile kurulan ilişki önemli bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Aileden veya tanıdık birisi tarafından istismar edilmenin, daha olumsuz sonuçlara yol açtığı gözlemlenmiş ve istismarcının tanıdık

veya aile içinden olduğu durumlarda majör depresyonun daha yüksek oranda tespit edildiği belirlenmiştir (84, 85). Bizim çalışmamızda tüm olgularda TSSB daha yüksek oranda çıkmakla birlikte saldırganı tanıdık ve aile içi olan mağdurlarda TSSB oluşma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir.

CS'nin farklı türlerinin, mağdur üzerinde ruhsal etkiler açısından çeşitli sonuçlara yol açabildiği bilinmektedir. Temas içeren CS'nin, diğer türlere göre daha yüksek bir olumsuz etki potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir. Özellikle penetrasyon içeren saldırılarda bu etkinin daha belirgin olduğu ifade edilmektedir (84, 85, 88). Bizim çalışmamızda nitelikli CS'ye maruz kalanların %53,7'si, basit CS'ye maruz kalanların %46,3'ü CS sonrası psikiyatrik tanı almıştır. CS nitelik açısından bakıldığında CS sonrası psikiyatrik tanı alma ilişkisi açısından yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Ancak buna rağmen nitelikli olanlarda psikiyatrik tanı yüzdesinin daha fazla olması CS'nin niteliğinin mağdurda psikiyatrik olarak olumsuz etkisini arttırdığını düşündürmektedir ve daha büyük gruplarda ileri çalışılmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

CS sonrası zaman geçtikçe akut stres ve depresif belirtilerin azaldığı gösterilmiştir (113). Mersin Üniversitesi'nde yapılan bir tez çalışmasında CS sonrası adli bildirimin ilk 1 ay içerisinde yapılan olgularda daha sık psikopatoloji tespit edildiği saptanmıştır (101). Bizim çalışmamızda ise CS sonrası %47,1'i ilk 1 ay içerisinde başvurduğu görülmüştür. Tablo 27'deki bulgulara bakıldığında CS sonrasında psikiyatrik tanı alanların % 68,3'ünün ilk 1 ay içerisinde başvurduğu, %31,7'sinin 1 aydan sonra başvurduğu görülmektedir. CS olay zamanı ile mağdurun muayene olduğu zaman arasındaki sürenin artması ile hastalardaki akut stres tepkisinin azalarak kabullenme ve çözüm arayışına dönüşmesi ve psikopatolojik belirtilerin azalması beklenen bir durumdur. Bunun yanı sıra geç başvuru nedeniyle psikopatolojik süreçlerin ilerlemesine bağlı olarak TSSB ve majör depresyon gibi sık konulan tanıların atlanması veya belirtilerinin kronik sürece girmesi nedeniyle bulgularının silikleşmesi sonucu tanı konulamamış olarak değerlendirilebileceğinden kaynaklanmaktadır.

Bir meta analiz çalışmasında cinsel şiddet mağduru olanların intihar eğiliminin diğer insanlara göre 3 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (114). Yine benzer şekilde genç erişkinler üzerinde yapılan 1560 kişinin katıldığı bir anket çalışmasında CS mağduru olanların intihar riskinin CS mağduru olmayanlara göre 2,8 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (115). Türkiye'de yapılan bir tez çalışmasında CS mağdurlarının

%7,1'i ileri zamanlarda intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (102). Yine başka bir çalışmada CS olgularının yaklaşık %5'inin suisit girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (92). Bizim yaptığımız araştırmada ise toplam mağdurlardan %3,4'ünün (n:6) suisit girişiminde bulunduğu tespit edildi. Ancak mağdurların CS sonrası takiplerinin düzenli ve yeterli olmadığı ve kayıt altına alınamadığı düşünüldüğü zaman bu oranın daha yüksek olma ihtimali göz ardı edilmemelidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm olguların CS sonrası %34,1'inin psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür. Bu sonuç bize her 3 CS mağdurundan bir tanesinin ciddi bir psikiyatrik sıkıntı yaşadığını net olarak göstermektedir (Tablo 5). Tüm olguların uzun süreli psikiyatrik takibinin yapılmadığı ve yapıldıysa da bilgisine ulaşılamadığı göz önüne alındığında bu oranın çok daha yüksek olması ön görülebilmektedir. Ayrıca psikiyatrik tanı alan 60 olgudan %10'unun suisit girişiminde bulunduğu bilgisi bize; tüm CS mağdurlarının özellikle psikiyatrik tanı alan olguların hayati önem taşıyan sıkı bir takip, değerlendirme ve destek ihtiyacının olduğunu göstermektedir.

Saldırganların %23'ünün okul çalışanı (öğretmen, servis şoförü, okul hademesi vb.) olması çocuklarımızın okulda yeterince korunamadığını ve gerekli tedbirlerin alınmadığını göstermektedir. Okul içerisinde gerekli yerlere ve okul servislerine güvenlik kamerası konulması, CS konusunda yapılacak olan eğitimlerin artırılması ile bilinçlendirme çalışmaları yapılması şüphesiz faydalı olacaktır. Hangi alanda olursa olsun çocuklar ile iletişim halinde olan tüm personelin, pedagojik eğitim açısından yeterli olmasının yanısıra denetim ve takip konularında gerekli çalışmaların yapılması yerinde olacaktır.

Her ne kadar CS öncesinde MR ve sınırda zeka tanısı olan olgu sayımız az olsa da örneklemimizde zeka olarak zayıf olan bireylerin CS sonucunda ruhsal olarak daha az etkilendiği gösterilmiştir. Bunun daha büyük gruplarda araştırılması sonuçlarımızın desteklenmesi konusunda faydalı olacaktır. Bu gruptaki bireylerin psikiyatrik olarak daha az etkilenmesi aynı zamanda olası bir CS olayının gözden kaçırılma ve gizli kalma ihtimalini de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle daha sık aralıklarla daha ayrıntılı değerlendirmelerin yapılacağı ek önlemlere gereksinim vardır.

CS mağdurları için adli sürecin uzamasının, ruhsal, fiziksel olarak travmaya yol açtığı bilinmektedir. Aynı zamanda sürecin uzaması delillerin kaybolma riskinide beraberinde getirecektir. CS mağdurlarının sekonder travmalara maruz kalmaması için doğru uygulamaların en iyi şekilde yapılacağı tek bir merkeze ihtiyaç vardır. Bu merkezde; herhangi bir şey gözden kaçırılmadan gerek örnek alımında gerekse mağdura yaklaşımda standardize halde en doğru algoritmalara uyarak tüm işlemler uygulanabilmelidir. İhtiyaç duyulan bu merkezde; erişkin ve çocuk psikiyatristi, adli tıp

uzmanı, CS konusunda eğitimli ve nitelikli yardımcı sağlık personelleri (psikolog, hemşire, adli görüşmeci) bulunmalıdır. Örnek alımı için gerekli malzemelerin ve koşulların sağlanabildiği, gerektiğinde mağdurun yedek kıyafet, duş gibi temel insani ihtiyaçlarının karşılanabildiği, ilgili tüm personelin 24 saat esasına göre çalıştığı bir merkez olmalıdır. Böylelikle mağdurların hem akut dönemde sağlıklı bir değerlendirme süreci geçirmesi hem de uzun dönemde gerekli görülen rehabilitasyon desteği sağlanabilecektir. Aynı zamanda bu merkezin ilgili alanlarda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları ile iletişim halinde olması ile psiko-sosyal ve hukuki desteğe ulaşmaları sağlanabilecektir. Tek merkezde yapılacak olan; psikiyatrik görüşme, tedavi ve uzun süreli takiplerin yanı sıra objektif ölçeklerle özgüven, uyum bozuklukları ve sosyal hayata adaptasyon sorunları da saptanabilecek ve gerektiğinde desteklenebilecektir. Çalışmamızda nitelikli CS'ye uğramış kadınların %33,8'inin gebe kaldığı göz önüne alındığında tek merkezli olgu yönetiminde CS sonrası gerekli takiplerle bu oranın dramatik bir şekilde düşeceği öngörülmektedir.

Olguların yaş ortalamasının küçük olması, eğitim sürecindeki kitlenin çoğunlukta olduğu anlamına gelmektedir. Özellikle zorunlu eğitim sürecinde cinsellik, CS ve Cİ konularında gerekli eğitimlerin verilmesi ve yeterli bilincin oluşturulması gerekmektedir. Çıkan sonuçlar bu ihtiyacın tam olarak giderilemediğini göstermektedir.

Kontrasepsiyonun, CS muayenesinin bir parçası olarak kabul görmesi ve rutin uygulamalara katılması gerekmektedir. Çalışmamızda CS sonrası aynı gün adli bildirim yapılan 2 olgunun (%8) sonradan gebelik tanısı alması ülkemizde gebelik önleyici tedavilerin yeterli olarak yapılmadığına işaret etmektedir. Bu nedenle özellikle nitelikli CS mağdurlarının ilk muayenesinde gebelik gözlenmemiş olsa dahi kadın doğum açısından tekrarlayan tetkik ve kontrollerinin yapılması gerekliliği unutulmamalıdır.

Adli bildirim sonrasında terminasyon işleminin yapılmasına karar verilen ve planlama yapılan olgularda kimi zaman işlem 20. hafta öncesinde başlamış olsa da işlemin tamamlanması 20. haftayı geçebilmektedir. Terminasyon işleminin kendisinin ve konsültasyon işlemlerinin uzaması, kimi zaman da ilave yöntemlerin gerekliliği gibi nedenlerle işlemin tamamlanması bazen günlerce sürebilmektedir. Bunlar göz önüne alınmalı ve bu süreçler yasal sürenin içerisine dahil edilmelidir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Saldırgan sayısı ve CS'nin tekrarlanma durumuna ait bilgiler, verilerin eksikliği nedeniyle tek bir CS'de mi yoksa süregelen bir zaman sonucunda çok sayıda tekrarlayan bir CS varlığında mı başvuru yapıldığı veya gebelik oluştuğu bilgisine ait istatistik verilememiştir.

CS'lerin adli vakalar olması ve çoğu olgunun adli soruşturma dosyalarında belgelerinin toplanmış olması sebebiyle bazı bilgilere tam olarak ulaşılamamıştır.

Tek merkezli müdahale, tedavi, takip olmaması ve kayıtların düzenli arşivine ulaşılamaması nedeniyle; yeri, mevsimi, muayene bilgisi olarak genital ve ekstra genital muayene bulgularının ayrıntılarına, mağdurların aile yaşantılarına ait (kimlerle nerede yaşadığı, ebebeyinlerin birlikte/ayrı olmaları vb.) bilgilere tam olarak ulaşılamamıştır.

Çoğu olguda psikiyatrik değerlendirmelerin yetersiz yapılmış veya yapılmamış olması, yapılanların ise uzun dönem verilerine ulaşılamaması nedeniyle araştırmamızın kısıtlılığına sebep olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Glover K, Olfson M, Gameraff MJ ve Neria Y. Assault and mental disorders:a cross-sectional study of urban adult primary care patients. *Psychiatr Serv* 2010, 61(10):1018-23.
2. Beyaztaş FY, İmir Yenicesu G, Bütün C ve Yılmaz R.. Sivas ağır ceza mahkemelerinde karara bağlanan 18 yaş üstü mağdurlara yönelik cinsel saldırı olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 2009;6(2):53-9.
3. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y ve Akkaya H. Yeni Türk Ceza Kanunu sonrası değerlendirilen cinsel suç olguları; Eskişehir deneyimi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 2009;6(1):1-8.
4. İşeri E. Cinsel istismar. içinde: Çuhadaroğlu Çetin F (editör). Çocuk ve ergen ruh sağlığı temel kitabı. Hekimler Yayın Birliği: Ankara, 2008;470–7.
5. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl*, 1997;21(4):391-8.
6. Renteria SC. Sexual abuse of female children and adolescents-detection, examination and primary-care. *Ther Umsch*, 2005;62:230-237.
7. Nurcombe B. Child Sexual Abuse I: Psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:85–91
8. Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B ve ark. Cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen olguların ruhsal değerlendirme sonuçları. *Adli Tıp Bülteni*, 2006;11(2):53-8.
9. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2005; 42(1-2-3-4):19-28.
10. Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S ve ark. Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*,2013;18(3):73-82.
11. TCK 5237 sayılı Kanun: Türk Ceza Kanunu ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun. *Resmî Gazete*,28.06.2014;29044:14-16.
12. Kaya A, Aktaş EÖ. Yüksek yargı kararları ışığında ruh sağlığının bozulması kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014;25(2):133-39.

13. Yorulmaz AC. Cinsel Saldırıları. İçinde: Soysal Z, Çakalır C (editörler). *Adli Tıp Ders Kitabı, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları 4898, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları ;281., 2011:373-87*
14. World Health Organization (WHO). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, Geneva, 2003.
15. Türk Ceza Kanunu 2005. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu. Yayınlandığı Resmî Gazete:12.10.2004; Sayı: 25611.
16. Özdemir E. İşyerinde Cinsel Taciz. Çalışma ve Toplum, 2006; 4: 83-96.
17. Yaşar O, Gökcan HT, Artuç M. Yorumlu- Uygulamalı Türk Ceza Kanunu, Cilt 3, Madde 86-146, 1.Baskı. Ankara, Adalet Yayınevi, 2010: 3229-483
18. Solmuş T. İş Yaşamında Travmalar: Cinsel Taciz Ve Duygusal Zorbalık/Taciz (Mobbing). “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2005;7(2):1-14
19. Yates A. Sexual abuse of children. In: JM Wiener ed. Textbook of Child Adolescent Psychiatry, 2st edition. Washington: American Psychiatric Press; 1999. p.699-709.
20. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009;1:95-119.
21. Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 6545, Kabul Tarihi: 18.06.2014, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 28.06.2014, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 29044.
22. Şenol E, Meral O, Sertöz ÖÖ, Altınparmak AE, Coşkunol H, Güler H. Cinsel saldırı olguları için düzenlenen adli psikiyatrik raporların incelenmesi. Adli Tıp Bülteni, 2016; 21(3): 159-66
23. Greenfeld LA. Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics 1997:NCJ 163392.
24. Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers; The World Bank.1994:255

25. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13(6):541-63.
26. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: Findings From the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice, 2000,NCJ: 183781
27. Crowell NA, Burgess AW. Understanding violence against women. Washington DC, National Academy Press, 1996:70-74.
28. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 20:359:1423-9.
29. Jewkes R, Levin J, Kekana LP. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 2022: 55(9) 1603-17.
30. Miczek KA, Debold JF, Haney M, Tidey J Vivian J, Weerts EM. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1993:377-570
31. Grisso JA, Schwars DF, Hirschinger N et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 16:341(25):1899-905.
32. Abbey A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. In: Watson RR, ed. Drug and alcohol reviews. Vol. 5. Addictive behaviors in women. Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
33. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21(8):789-803.
34. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91(4):565-581.
35. Karanfiloğlu M. Savaş, Kadın, Çocuk ve Göç Üzerine: Suriye Örneği. *Muhakeme Dergisi*.2019;2(1): 99-124

36. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization -- national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. 2014(5):63(8):1-18.
37. Sorenson SB, Siegel JM. Gender, Ethnicity, and Sexual Assault: Findings from a Los Angeles Study. *Journal of Social Issues*. 1992, 48(1):93-104
38. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, Li S. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) (2009-2010): Report to Congress, U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Administration for Children and Families (ACF) Office of Planning, Research, and Evaluation (OPRE) and the Children's Bureau. <http://cap.law.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/07/sedlaknis.pdf>
39. Skjelsbaek I. Sexual Violence and War: Mapping Out a Complex Relationship. *European Journal of International Relations*. 7(2), 2001: 211-37
40. Decker MR, Raj A, Silverman JG. Sexual Violence Against Adolescent Girls: Influences of Immigration and Acculturation. *Violence Against Women*, 2007;13(5):498-513.
41. Spencer N, Devereux E, Wallace A, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 2005; 116:609–13.
42. Barbaree HE, Seto MC, Serin RC. Comparison between sexual and nonsexual rapist subtypes. *Criminal Justice and Behavior*, 1994; 21: 95-114
43. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2014;15(2):194-201.
44. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismar ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:82-86.
45. Dönmez YE, Soylu N, Özcan ÖÖ, Yüksel T, Demir AÇ, Bayhan PÇ, Miniksar DY. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *J Turgut Ozal Med Cent* 2014;21(1):44-8
46. Hudson S, Ward T. Rape: Psychopathology and Theory. *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment*, DR Laws, WO'Donohue (Ed). 1997; New York, Guilford

47. Boykins AD, Mynatt S. Assault history and follow-up contact of women survivors of recent sexual assault. *Issues Ment Health Nurs*,2007; 28(8): 867-81.
48. Özkök MS. Cinsel şiddete maruz kalmış ergen ve erişkin hastalarda tıbbi ve adli yaklaşım. *Türkiye klinikleri J Foren Med-special Topics*,2016 2(2):62-75
49. Kar H, Özdemir Ç. Cinsel Şiddet. İçinde: Dokgöz H (editör). *Adli Tıp ve Adli Bilimler*, 2. Baskı. Ankara Akademisyen Kitabevi, 2020:433-68
50. Rogers D, Newton M. In, *Sexual Assault Examination*. Stark MM(ed). *Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide*. 2nd edition. New Jersey. 2005:61-126.
51. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults / Adolescents. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. Second Edition. April 2013. NCJ:228119
52. Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB. Cinsel suçlarda muayene. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 1(4), 48-52.
53. Sözen Ş, Aksoy E. Cinsel Saldırıların Hekim Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2009; 22:101-109.
54. WHO. "Assessment and examination of adult victims of sexual violence" chapter in book "Guidelines For Medico-Legal Care For Victims Of Sexual Violence". World Health Organization. ISBN 92 4 154628 X 2003. France: 30-56.
55. Sangeeta R, Jagadeesh N, Samant P. *Manual for Medical Examination of Sexual Assault*. Centre for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT). Satam Udyog Parel, Mumbai, 2010.
56. Tavara L. Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; Vol. 20,No. 3, pp. 395-408.
57. Yıldız M. Cinsel saldırı olgularında makroskopik ve kolposkopik muayene bulgularının karşılaştırılması. *Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi. Mersin 2013.
58. Bilgin NG, Mert E, Kar H. Retraumatization of Female Child Sexual Assault Victims; Psychological Effects of Genital. Examination. *TJFMPC*, 2010; 4:23-28.

59. Duman İB, Gürpınar SS, Yıldız A. Cinsel Saldırı/İstismar Mağduru Kadınlarda Fiziksel, Genital ve Ruhsal Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2023;28(1):47-54
60. Ahmetoğlu D. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na Başvuran Cinsel Saldırı/İstismar Olgularının Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Osmangazi üniversitesi. 2023.
61. Teixeria WR. Hymenal Colposcopic Examination in Sexual Offences, Am J Forensic Med Pathol 1981; 2:209-15.
62. Berenson BA, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A Case Contol Study of Anatomic Changes Resulting From Sexual Abuse. American Journal of Obstetric and Gynecology 2000; 182: 820-31.
63. Schwar TG, Olivier JA, Loubser JD: The Forensic ABC in Medical Practice A Practical Guide. Haum Protoria 1988:379-91
64. Soysal Z, Eke M. Cinsel saldırı. Soysal Z. Editör, Adli Obstetrik / Jinekoloji, Cilt 1, Adli Tıp Kurumu Yayınları-9, 2003, İstanbul: 1081-164.
65. Berkowitz CD. Healing of Genital Injuries. Journal of Child Sexual Abuse. 2011, 20:5,537-547.
66. Demirci Ş, Doğan KH, Deniz İ, Doğan NÜ, Günaydın İG. Sağlam Himen Morfolojilerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008;5(3)
67. Stop SV: A Technical Package to Prevent Sexual Violence: Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia 2016.
68. Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D. Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. Scientific World Journal 2015; 11
69. Eckert OL, Sugar N, Fine D. Factors impacting injury documentation after sexual assault: Role of examiner experience and gender. Am J Obstet Gynecol, 2004; 190 (6): 1739-43.

70. Kutlu SS, Serinken M. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar İçin Acil Profilaksi Uygulamaları. JAEM, 2010: 143-7.
71. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. Child Abuse Negl 1994;18:683-97
72. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Child-hood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of child-hood sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1365-74.
73. Wyatt GE, Loeb TB, Solis B, Carmona JV. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. Child Abuse Negl 1999;23:45-60
74. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. JAMA 1998;280:1855-62.
75. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1994;18:409-17.
76. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:269-78
77. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması, Ankara, 2015; 111.
78. Kayı Z, Yavuz MF, Arıcan N. Kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saldırı mağdur araştırması. Adli Tıp Bülteni, 2000: 5(3): 57-65.
79. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E, ve ark. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2011;12:55-61.
80. McLeer SV, Deblinger E, Henry D, Orvaschel H. Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31:875- 9.
81. Bernard-Bonnin AC, Hebert M, Daignault IV, Allard- Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. Paediatr Child Health 2008;13:479-86.

82. Cengel EK, Cuhadaroglu FÇ, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turkish J Pediatr* 2007;49:256-62.
83. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri* 2012;15:33-40.
84. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Child-hood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: Prevalance of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1355-64
85. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal pheno-mena and abuse in adolescents: a review of epide-miological studies. *Child Abuse Negl* 2005;29:45-58.
86. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y ve ark. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. *Türk Psikiyatri Dergisi*,2012;23(4):255-63
87. Korkmaz M, Uysal C, Sivri S ve ark. Cinsel saldırı sonrası Adli Tıp bölümüne başvuran olguların beden ve ruh sağlıklarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2014;41(4):656-661.
88. McClellan J, Adams J, Douglas D, McCurry C, Storck M. Clinical caharacteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse Negl* 1995;19:1245-54.
89. Türkiye İstatistik Kurumu. Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri. 2020 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ceza-Infaz-Kurumu-Istatistikleri-2020-37202>. Erişim tarihi: 04.02.2024
90. Beyazıt U, Bütün Ayhan A. Türkiye’de Yapılmış Çocuğun Mağdur Olduğu Cinsel İstismar Olgularını Konu Alan Bilimsel Çalışmaların İncelenmesi. *International Journal of Social Science* Doi number:<http://dx.doi.org/10.9761/JASSS2631> Number: 31, p. 443-453, Winter II 2015
91. Topal Y, Balcı Y, Erbaş M. Muğla’da 18 yaş ve altı cinsel istismar olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Ortadogu Medical Journal* 10 (2): 135-141, 2018.

92. Uysal C, Yıldırım Z. Retrospective Evaluation Of Sexual Abuse Cases Applied To Dicle University Forensic Medicine Department. Journal of Scientific Perspectives, Volume:5, Supplement Issue 2021: 2. International Understanding the Violence Congress.
93. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü, Adli İstatistikler 2020. https://adlisicil.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/1692021162011adalet_ist-2020.pdf. Erişim tarihi: 12.11.2023.
94. Saraçoğlu S. 2015-2021 Yılları Arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda Kolposkop Eşliğinde Cinsel Saldırı/İstismar Muayenesi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi,2023.
95. Büber Ö. Çocuk izlem merkezine başvuran vakalarının incelenmesi: bir merkezin 5 yıllık deneyimi, Adli Tıp Dergisi, J For Med 2023;37(1):12-18
96. Almadani O, Bamousa M, Alsaif D, Kharoshah MA, Alsowayigh K. Child Physical And Sexual Abuse İn Dammam, Saudi Arabia: A Descriptive Case-Series Analysis Study. Egypt J Forensic Sci. 2012;2(1):33-37.
97. Enyedy A, Tsikouras P, Csorba R. Medical And Legal Aspects Of Child Sexual Abuse: A Population-Based Study İn A Hungarian County. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(4):701.
98. Butun C, Yildirim A, Ozer E, Yilmaz E, Sari SA. A Nonrandom Sample Of 55 Sexual Abuse Cases İn Sivas. Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. 2017;23:4360-4365.
99. İmren SG, Ayşe A, Yusufoglu C, Arman AR. Cinsel İstismara Uğrayan Çocuk Ve Ergenlerde Klinik Özellikler Ve İntihar Girişimi İle İlişkili Risk Etmenleri. Marmara Med J. 2013;26(1):11-16.
100. Priebe G, Svedin CG. Child Sexual Abuse İs Largely Hidden From The Adult Society: An Epidemiological Study Of Adolescents' Disclosures. Child Abuse Negl. 2008;32(12):1095-1108.
101. Aktürk G. Erişkin Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesinde Muayene ve Laboratuvar Temelli Multidisipliner Yaklaşım. Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi, 2022.

102. Keleşoğlu S. 2013-2022 Yılları Arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına Başvuran Cinsel Saldırı Olgularının Sosyodemografik Özellikleri İle Ruhsal Durum Muayeneleri Ve Olayın Gerçekleşme Dinamiklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2023.
103. Çaylı E. 2006 - 2010 Yılları Arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Vakalarda ve Ülke Geneline Cinsel Saldırı ve istismar Olgularının Ruh Sağlığı Açısından Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2011.
104. Linden JA. Sexual assault. Emergency Medicine Clinics of North America. 1999;17(3):685-97.
105. 香港NPT. The clinical outcome of 137 rape victims in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2005;11(5):391-6.
106. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. American journal of obstetrics and gynecology. 1996;175(2):320-5.
107. World Health Organization (WHO). Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2006.
108. Yazar ME. 2010-2016 Yılları Arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Cinsel İstismar ve Saldırı Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2018.
109. Arslan Kırıcı E. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerine Başvuran Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2018.
110. Kennedy K. Heterogeneity of Existing Research Relating to Sexual Violence, Sexual Assault And Rape Precludes Meta-Analysis of Injury Data. J Forensic Leg Med. 2013;20:447-59.

111. Balcı Y, Erbaş M, Işık Ş, Karbeyaz K. Muğla Adli Tıp şube Müdürlüğü'ne Başvuran Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2014;19(2):87-95.
112. Valenti-Hein D, Schwartz L. The sexual abuse interview for those with developmental disabilities. Santa Barbara: James Stanfield Company. 1995.
113. Gilmore AK, Flanagan JC. Acute mental health symptoms among individuals receiving a sexual assault medical forensic exam: the role of previous intimate partner violence victimization. Archives of women's mental health. 2020;23:81-9.
114. Dworkin ER, DeCou CR, Fitzpatrick S. Associations between sexual assault and suicidal thoughts and behavior: A meta-analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2022;14(7):1208-1211
115. Mondin TC, Cardoso TA, Jansen K, Konradt CE, Zaltron RF, Behenck MO et al. Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. Ciencia & saude coletiva. 2016;21:853-60.
116. Öztürk, E. (2017). Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul
117. Isır AB, Çekin N. Şiddet ve İstismar. İçinde: Celbiş O, İşcan MY (editörler). Adli Bilimler: Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve Ölüm, 1.Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp ve Kitabevi, 2016: 217-264

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

