



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

AKUT CİNSEL İSTİSMAR VE SALDIRI OLGULARINDA GÜNCEL TEKNOLOJİ VE LABORATUVAR KULLANIMI İLE RAPORLANDIRMA STANDARDİZASYONU ÇALIŞMASI

Dr. Sıla ASLAN DEMİR

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mete Korkut GÜLMEN**

ADANA-2020



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

AKUT CİNSEL İSTİSMAR VE SALDIRI OLGULARINDA GÜNCEL TEKNOLOJİ VE LABORATUVAR KULLANIMI İLE RAPORLANDIRMA STANDARDİZASYONU ÇALIŞMASI

Dr. Sıla ASLAN DEMİR

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mete Korkut GÜLMEN

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-2019-12123 No'lu
proje ile desteklenmiştir.

ADANA-2020

TEŞEKKÜRLER

Öncelikle bir parçası olmaktan her zaman gurur duyduğum Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim dalının tüm emek verenlerine;

Bölüme adım attığım ilk günden itibaren bana her zaman iyi bir hoca, dünya görüşümü aydınlatan bir mentor ve hoşgörülü bir baba olan; uzmanlık eğitimim sürecinde çalışmalarımın anlamlandırılması, yönlendirilmesi ve sonuçlandırılmasında büyük emeği geçen, özgüvenimi ve farkındalığımı arttıran; disiplini, özverili çalışma temposu ve profesyonelliği ile her zaman örnek alacağım değerli profesörüm, tez danışmanım *Prof. Dr. Mete Korkut GÜLMEN*'e;

Adli Tıp alanındaki bilgileri, deneyimleri ve görüşlerini bizlerle her daim paylaşan, desteklerini bizden esirgemeyen, gerçek anlamda dahi kapıları bize hep açık olan çok kıymetli ve saygıdeğer hocalarım *Prof. Dr. Necmi ÇEKİN*, *Prof. Dr. Behnan ALPER* ve *Prof. Dr. Ahmet HİLAL*'e;

Asistanlık sürecimin başından itibaren yol gösterici ve yardımcı olan uzmanım, son senemde ise asistanı olarak birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım hocam, insanlığı ve temiz kalbi ile örnek aldığım ağabeyim *Dr. Öğr. Üyesi Kenan KAYA*'ya;

Aramızdan çok erken ayrılan, ancak kendisiyle çalışma fırsatı bulabildiğim için kendimi her zaman çok şanslı hissedeceğim, üzerimde emeği bulunan değerli hocam *Prof. Dr. M. Selim ÖZKÖK*'e;

Bu yola başladığım günden itibaren hep yan yana olduğum, en çok şeyi onlardan öğrendiğim ve onlarla paylaştığım kardeşlerim *Dr. Zeynep ŞEKER*, *Dr. Ziya EROĞLU* ve tez çalışmamda ayrıca katkısı olan *Dr. Kemal YILMAZ*'a; her zaman yanımda ve yardımcı olan eşkıdemlim *Dr. Özgenur KÖKEN TOK*'a; beni herkesten iyi anlayan, her derdimde orda olup bir şekilde çözümler üretmeyi başaran manevi küçük kardeşim *Dr. Anıl ÖZESEN*'e; geldiği günden beri samimi arkadaşlığını hiç birimizden esirgemeyen iyi kalpli dostum *Dr. Tuğçe KOCA*'ya ve keyifle çalışma fırsatı bulabildiğim tüm asistan doktor arkadaşlarıma, hayat boyu dostluğumuzun sürmesi temennisiyle;

Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı'nın tüm çalışanlarına;

Adana maceramda hayatta kalma rehberim olan, her süreci kolay ve rahat geçirmemi sağlayan, dolayısıyla bu dönemde elde etmeyi umduğum her başarımın altında imzası bulunacak canım kardeşim *Gökben DORUK*'a;

Şüphesiz ki bulunduğum noktaya sayesinde gelebildiğim *babama*;

Tüm hayatım boyunca en büyük destekçim, her zaman bir abla ve bir aileden çok daha fazlası olan canımın yarısı *Sinem*'e;

Bu şehri ve yaşadıklarımı anlamlandıran; sevgisini, ilgisini, sabrını, anlayışını ve bilgisini benden hiç esirgemeyen eşim, sevgilim, en yakın dostum ve yol arkadaşım *Veysel*'e;

Teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Dr. Sıla Aslan Demir

Adana, 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Genel Kavramlar	3
2.1.1. Kadına Yönelik Şiddet.....	4
2.1.1.1. Kadın Hakları Tarihçesi.....	6
2.1.1.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri.....	8
2.1.1.2.1. Fiziksel Şiddet.....	8
2.1.1.2.2. Duygusal Şiddet	9
2.1.1.2.3. Ekonomik Şiddet.....	10
2.1.1.2.4. Cinsel Şiddet	10
2.1.1.2.4.1. Cinsel Şiddet Türleri.....	11
2.1.1.2.4.2. Cinsel Şiddette Risk Faktörleri	12
2.1.1.2.4.3. Cinsel Şiddetin Sonuçları.....	13
2.1.2. Çocuk İstismarı	15
2.1.2.1. Çocuk Hakları Tarihçesi	16
2.1.2.2. Çocuk İstismarı Türleri.....	17
2.1.2.2.1. Fiziksel İstismar	17
2.1.2.2.2. Duygusal İstismar.....	19
2.1.2.2.3. İhmal	20
2.1.2.2.4. Ekonomik İstismar	20
2.1.2.2.5. Cinsel İstismar.....	20
2.1.2.2.5.1. Cinsel İstismar Türleri	22
2.1.2.2.5.2. Cinsel İstismar Risk Faktörleri	22

2.1.2.2.5.3. Çocuk Evlilikleri.....	23
2.1.2.2.5.4. Ensest.....	24
2.1.2.2.5.5. Pedofili.....	24
2.1.2.2.5.6. Cinsel İstismar Sonuçları.....	25
2.2. Cinsel Şiddet İddiası Bulunan Olgularda Muayene ve Değerlendirme	27
2.2.1. İdeal Muayene Nasıl Olmalıdır?	30
2.2.1.1. Muayene Odasının Özellikleri.....	32
2.2.1.2. Muayenede Zamanlama.....	32
2.2.2. Aydınlatılmış Onam.....	33
2.2.3. Anamnez	35
2.2.4. Fizik Muayene	38
2.2.5. Genito-anal Muayene.....	42
2.2.5.1. Kullanılan Yöntemler	45
2.2.5.1.1. Çıplak Gözle Muayene.....	45
2.2.5.1.2. Kolposkopik Muayene	45
2.2.5.1.3. Doku Boyamaları	46
2.2.5.2. Genito-anal Bulguların Değerlendirilmesi	47
2.2.6. Örnek Alma.....	51
2.2.7. Laboratuvar İncelemeleri.....	53
2.2.7.1. Uyuşturucuyla/Alkolle Kolaylaştırılmış Cinsel Saldırıları	54
2.2.8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Profilaksisi	55
2.2.9. Gebelik Profilaksisi.....	56
2.2.9.1. Gebelik Sonlandırılması	57
2.2.10. Raporlandırma	57
2.3. Cinsel Şiddet Olgularında Yasal Uygulamalar	58
2.3.1. Türk Ceza Hukuku'nda Cinsel Suçlar	59
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	65
4. BULGULAR.....	68
5. TARTIŞMA	93
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	117
KAYNAKLAR	120
EK 1	140
ÖZGEÇMİŞ	146

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri	68
Tablo 2. Yaş kategorilerine göre cinsiyet dağılımları.....	69
Tablo 3. Kadın ve erkek cinsiyetlerin uyruk ve eğitim karşılaştırılması	70
Tablo 4. Çalışma grubunun birlikte yaşadığı kişiler, geçmiş psikiyatrik, istismar ve doğum yapma öyküsü	71
Tablo 5. Kadın ve erkek cinsiyetlerin aile durumunun karşılaştırılması	72
Tablo 6. Cinsiyetler açısından psikiyatrik özgeçmiş ve eski istismar durumunun karşılaştırılması.....	73
Tablo 7. Sosyal medya aracılığı ile tanışma ve eğitim durumları	73
Tablo 8. İstismar olayında fail sayısı ve fail yaş grubu	74
Tablo 9. Failin mağdur ile yakınlık dereceleri.....	75
Tablo 10. İstismar olayının özellikleri.....	76
Tablo 11. İstismar olayının tipi.....	77
Tablo 12. İstismar olayı sonrası başvuru zamanları	78
Tablo 13. Cinsel ve fiziksel şiddet sonrası fizik muayene bulguları	79
Tablo 14. Alkol-madde kullanım iddiası olan istismarda fizik muayene bulguları.....	80
Tablo 15. İstismar olayında alkol-madde kullanımı ve şiddet iddiaları	81
Tablo 16. Yaş kategorilerine göre fizik muayene bulguları	81
Tablo 17. Cinsel şiddet sonrası kadın hastalarda genital muayene bulguları	82
Tablo 18. Alkol-madde kullanımı olan istismarda genital muayene bulguları.....	84
Tablo 19. Yaş kategorilerine göre genital muayene bulguları.....	85
Tablo 20. İstismar sonrası anal muayene bulguları	85
Tablo 21. Alkol-madde kullanım iddiası olan olgularda anal muayene bulguları.....	87

Tablo 22. Yaş kategorilerine göre anal muayene bulguları	88
Tablo 23. Sürüntü alınıp çalışılma ve çalışılan sürüntü sonuçları	88
Tablo 24. Başvuru zamanı ile sürüntü sonuçlarının karşılaştırılması	89
Tablo 25. İstismar tipleri-vajinal sürüntü sonuçları	90
Tablo 26. Kıyafet alınıp çalışılma ve çalışılan örneklerin sonuçları	91
Tablo 27. Başvuru zamanı ile kıyafet inceleme sonuçlarının karşılaştırılması	91
Tablo 28. Toksikolojik örnek alınıp çalışılma ve çalışılan örneklerin sonuçları	92
Tablo 29. Başvuru zamanı ile toksikoloji inceleme sonuçlarının karşılaştırılması	92

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Fail yakınlığı ile eğitim grupları arasındaki ilişki	76
Şekil 2. Cinsel istismar olaylarının aylara göre yüzdesel dağılımları.....	78
Şekil 3. Başvuru zamanı ile fizik muayene bulguları	79
Şekil 4. Başvuru zamanı ile genital bulgu grupları.....	82
Şekil 5. İstismar tipleri ile genital muayene bulgu grupları.....	83
Şekil 6. Başvuru zamanı ile anal muayene bulgu grupları	86
Şekil 7. İstismar tipleri ile genital muayene bulgu grupları.....	86

KISALTMALAR

BM	Birleşmiş Milletler
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
ÇİM	Çocuk İzlem Merkezleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GHB	γ -Hidroksibütirik Asit
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
MDC	Multispektral Dijital Kolposkop
PSA	Prostat Spesifik Antijen
PTSB	Posttravmatik Stres Bozukluğu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

ÖZET

Akut Cinsel İstismar ve Saldırı Olgularında Güncel Teknoloji ve Laboratuvar Kullanımı ile Raporlandırma Standardizasyonu Çalışması

Giriş ve amaç: Cinsel şiddet, cinsiyet ayrımı olmayan, tüm yaş gruplarında karşılaşılabilecek bir suçtur. Kız ve erkek çocukları, kadınlar, yaşlılar, bedensel-mental yetersizliği bulunanlar ve erkekler dahil herkes bu suçun mağduru olabilmektedir. Ancak dünya genelinde olgu sayılarına bakıldığında, bu şiddete en çok maruz kalanların kadınlar ve çocuklar olduğu görülmektedir. Cinsel şiddet olgularının yönetimi; kompleks, dikkat gerektiren, hassas, uzun süreli bir dönemi kapsayan ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren çok aşamalı bir süreçtir. Çalışmamızda cinsel şiddet iddiası ile başvuran olgular incelenerek; zamanında yapılan kaliteli bir adli tıbbi muayenenin önemini gösterebilmek, güncel teknoloji ve laboratuvar kullanımı ile raporlandırma standardizasyonunu sağlayabilmek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmamızda, 2017 ve 2019 yılları arasında Anabilim dalımıza cinsel saldırı/istismar iddiası ile yönlendirilen, iddiaya konu olayların ilk yedi günü içerisinde gerçekleşmiş olan 203 olgu özellikleri incelenmiştir.

Bulgular: Cinsel şiddet mağduru olduğu iddiasıyla muayene ve değerlendirmeleri yapılan olgular incelendiğinde; mağdurların en yüksek oranda 15-17 yaş kategorisinde ve kız çocuğu olduğu, erkek cinsiyette yabancı uyruklu olma oranının kadın cinsiyete göre anlamlı olarak yüksek olduğu, mağdur ve fail arasında sosyal medya üzerinden tanışma öyküsü varlığının yalnızca kız çocuğu/kadın grubunda ve %20,7 oranında görüldüğü, olayların %81,3'ünde failin mağdurun tanıdığı biri olduğu, cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet oranının %31 olduğu, en sık görülen istismar tiplerinin vajinal ve anal penetrasyon olduğu, olaydan sonraki ilk 24 saat içerisinde ve vajinal penetrasyon öyküsü varlığında alınan sürüntülerin pozitif sonuçlanma oranının anlamlı yüksek olduğu, alkol-madde kullanım iddiası mevcut olan 33 olgunun 16'sının toksikolojik incelemelerinin tarafımızca yapılması sonucu %100 oranında alkol/uyutucu-uyuşturucu madde bulunduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Cinsel şiddet olgularının yönetimi, ilk karşılaşmadan itibaren başlayan, yargılama aşaması ile hastanın tedavisinin ve rehabilitasyonunun tamamlanmasına kadar devam eden, mağdurun iyilik hali ve soruşturma kapsamında, maddi gerçekliğin ortaya konmasında önem taşıyan bir süreçtir. Cinsel şiddet olayına dahil bireylerin tıbbi ihtiyaçlarını ön planda tutarak yasal haklarını da korumayı kapsayan doğru bir olgu yönetiminin sağlanabilmesi için uluslararası kılavuz ve sözleşmelere uygun, iyi, standardize ve kaliteli bir muayene ve raporlandırma sistemi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel istismar/saldırı, adli tıbbi muayene, genito-anal muayene, multidisipliner yaklaşım, standardizasyon.

ABSTRACT

Study of Reporting Standards through the Implementation of Current Technology and Laboratory Experimentation on Acute Sexual Abuse and Assault Cases

Introduction and Objective: Sexual violence is a gender neutral crime that can be experienced in all age groups. Anyone could be a victim of sexual violence including girls and boys, women, men, the elderly, physically and/ or mentally disabled; however, as the statistics worldwide considered, it is realized that mostly women and children are the aggrieved party. The study of sexual violence cases is a multiphase process with reference to a long period of time, that takes a sophisticated, exigent as well as sensitive multidisciplinary approach. Having observed cases admitted with the claim of sexual violence, this study aims at the discovery of reporting standards through the implementation of current technology and laboratory experiment, marking the importance of a timely and accurately made medicolegal examination.

Materials and Methods: This study examines the characteristics of 203 cases in total, which were directed to our department with allegations of sexual abuse/assault between 2017 and 2019, within the first seven days of the alleged event.

Results: As the cases of the alleged victims of sexual violence are examined and evaluated, it is observed that the highest rate of victims are girls between the ages of 15-17; the rate of foreign nationality in the male gender is significantly higher than the female gender; the presence of a history of mutual acquaintance of the victim and the perpetrator by social media is only in the girl/woman group with 20.7%; the perpetrator is already acquainted with the victim in 81.3% of all cases; the rate of physical violence is simultaneously attended by sexual violence in 31% of all cases; the most common type of abuse is vaginal and anal penetration; the positive result rate of the swabs taken within the first 24 hours after the event and in the presence of a vaginal penetration history is significantly high; 100% alcohol/drug is found in toxicological examinations of 16 out of 33 cases alleged with alcohol/drugs use.

Conclusion: The study of the cases of sexual violence is a demanding process that begins at the first contact with the patient; and through the judicial proceedings, continues until the treatment as well as completion of rehabilitation of the patient. Maintenance of an accurate study of sexual violence cases, accompanied by prioritizing the medical needs as well as protecting legal rights of the individuals involved, requires a standardized and well-qualified examination and reporting system in accordance with international usage and guidelines.

Key Words: Sexual abuse/assault, medicolegal examination, genito-anal examination, multidisciplinary approach, standardization.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel suçlar, insanlığın başlangıcından beri, kültür, dini inanç veya sosyoekonomik düzey farkı olmaksızın, değişen düzeylerde de olsa bütün toplumlarda, bireyin mahremiyetine, temel hak ve kişisel özgürlüğüne, fiziksel ve ruhsal varlığına ve çevresine karşı işlenen, insana karşı işlenen suçlar içerisinde en ağırlarından birisi olarak değerlendirilmektedir. Cinsel amaç içeren ve hedeflenen kişinin rızası olmadan gerçekleştirilen eylemleri kapsayan cinsel suçlar, en çok kadınlar olmak üzere, çocuklara ve erkeklere yani bütün insanlara yönelen, kısa ve uzun vadede birçok sağlık problemini beraberinde getiren bir suçtur.

Cinsel istismar ve saldırı özellikle son yıllarda, gerek ülkemizde gerek dünyada giderek arttığı bildirilen önemli tıbbi, hukuki ve sosyal bir problemdir. Cinsel istismar/saldırı olaylarında yapılan muayene ve sonuç verilmesi eğitim, uzmanlık ve tecrübe gerektirmektedir. Cinsel istismar/saldırıda oluşan genito-anal bulgular özellikle görüntüleme teknolojilerindeki değişim ve gelişime paralel olarak yeniden değerlendirilmekte ve sınıflandırılmaktadır. Cinsel istismar olguları, gerekli eğitimleri almış, tecrübeli ve alanında uzman kişilerin bulunduğu, multispektral kolposkop ve yardımcı boyama tekniklerinin kullanıldığı, foto dökümantasyonun yapıldığı, gerekli donanım ve konsültasyon imkanlarına sahip merkezlerde muayene edilmeli ve sonuç verilmelidir. Bu sayede olguların daha hızlı çözülmesi sağlanabilir.

Bu çalışmada amacımız; bölgemizdeki cinsel suçlardan yola çıkarak her toplumda görülebilen, mağdurun yakınlarını ve tüm toplumu etkileyen, özellikle son yıllarda şiddet suçları arasında hızlı artış gösteren cinsel suçları geniş bir bakış açısıyla ele alıp bu suçun özelliklerini ve yaklaşım yöntemlerini irdelemek, özellikle tıbbi bulguların güncel teknoloji yöntemleri ile DNA ve laboratuvar incelemelerinin etkisini ortaya çıkarmak, bu alanda çalışan tüm Adli Tıp ve ilgili uzmanlık alanlarının kullanabileceği, raporlandırmada yerel ve ulusal ölçütleri belirleyerek buna uygun bir yapılacak işler çizelgesi oluşturmaktır. 2017 Ocak ayından 2019 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne cinsel istismar/saldırı iddiası ile olaydan sonraki ilk 7 gün içerisinde yönlendirilen hastalardan cinsel muayeneleri dijital multispektral kolposkop eşliğinde yapılan, elde

edilen verilerin bilimsel bir çalışmada kullanılmasına onay vermiş tüm olgular değerlendirilecektir.

Ulusal anlamda, konuya taraf olan tüm birimler, hekimler ve bilim insanlarınca bilim aşıkardır ancak bu çalışma ile bugüne kadar yapılan eksikliklerin daha net olarak karşımıza çıkacağı, aydınlatılabileceği, bu çalışma sonucunda olası en az eksikle cinsel istismar ve saldırı olgularının değerlendirileceği kanısındayız. Ayrıca geniş çalışma verilerinin istatistiksel anlamda literatüre katkı sağlayarak veri tabanı oluşturabileceğini, kapsama açısından da tüm bilim insanlarına farklı şekilde yardımcı olacağını düşünüyoruz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genel Kavramlar

Şiddet, Arapça kökenli bir kelime olup sözlük anlamı "sertlik, katı davranış biçimi, kaba kuvvet kullanımı" olarak geçmektedir.¹ Birçok alanda kendine yer edinen ve tüm canlı yaşamları ile bir şekilde temas kuran şiddet, ortaya çıkış şekli konusunda hala bir fikir birliğine varılamayan, bilim tarihi incelenecek olursa farklı ve kompleks görüşlere rastlanabilecek bir kavramdır. Şiddet olgusu, çok geniş bir kavram olup zorlama, kaba kuvvet uygulama, fiziksel ve/veya psikolojik olarak acı çektirme, cinsel içerikli temas, hatta işkence ve cinayet şeklinde karşımıza çıkabilir.²

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şiddet kavramını, fiziksel efor veya gücün, kişinin kendisine, başka bir bireye, bir gruba ya da topluluğa karşı, yaralanmaya, ölüme, psikolojik zarara, gelişim bozukluğuna veya yoksunluğa yol açabilen ve/veya sonuçlanabilen tehdit edici şekilde veya fiilen kasıtlı olarak kullanılması olarak tanımlamaktadır.³

Önemli bir halk sağlığı, insan hakları ve insani kalkınma sorunu olan şiddet, her yıl, dünya çapında 1,4 milyon kişinin ölümüne sebep olmakta, bu da, her gün 3800'den fazla kişinin ölümüne karşılık gelmektedir.⁴ Şiddet sonucu; ölümlerden çok daha fazla sayıda yaralanma, fiziksel, cinsel, üreme ve zihinsel sağlık sorunları da dahil olmak üzere sağlığın bütün boyutları olumsuz etkilenmektedir. Şiddet dünya geneline bakıldığında, 15-44 yaş arası insanların ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakta olup, erkekler arasındaki ölümlerin yaklaşık %14'ünü ve kadınlar arasındaki ölümlerin ise %7'sini oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu durum, ulusal ekonomiler üzerinde de büyük bir yük oluşturmakta ve ülkelerin sağlık hizmetleri, güvenlik kuvvetleri ve üretkenliklerinde kalite düşüşüne, dolayısıyla da ciddi bir maddi kayba yol açmaktadır.⁵ Bu sorunun dünya çapında önlemez yayılımı, şiddetin bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmesine neden olmuştur.⁶

İstismar kelimesi, Arapça kökenli olup sözlük anlamı "birinin iyi niyetini kötüye kullanmak" ve "sömürmek" olarak karşılık bulmaktadır.¹ Ahlak kurallarına uymayan ve genellikle de yasa dışı olarak değerlendirilen istismar kavramı, çoğunlukla gücü (ekonomik, toplumsal, politik, cinsel vb.) elinde bulunduranların diğer kişilere yönelik kötüye kullanımları ve keyfi eğilimleri olarak meydana gelebilmektedir. İstismar,

bireylerin insan olmalarından kaynaklanan birincil haklarını yani temel hak ve özgürlüklerini ihlal etmekte; cinsel amaçlı temastan tecavüze, zorbalıktan fiziksel şiddete kadar uzanan geniş bir aralıkta, kişilerde psikolojik ve fiziksel patolojilere neden olmaktadır.

Cinsel saldırı terimi, bireyin vücut dokunulmazlığının ihlal edilmesi olup bir kişiyi rahatsız ve korkmuş hissettiren, tehdit ve/veya şiddet içeren, bir kişinin rıza göstermediği veya belli sebeplerle rıza veremediği, istenmeyen tüm cinsel eylem veya davranışları kapsamaktadır.⁷

Cinsel istismar teriminin terminolojide ince farklılıklara sahip olabilecek birçok tanımı olsa da temel olarak yetişkinlere değil, daha çok çocuklara yönelik cinsel şiddet olgularında kullanılmaktadır.⁸ Genellikle, otorite/algılanan otorite konumundaki bir kişi tarafından bir çocuğa veya adölesana karşı işlenen cinsel eylem, cinsel temas veya temassız cinsel etkileşimi içermektedir. 18 yaşını doldurmamış bireylere karşı gerçekleştirilen cinsel saldırı ve taciz davranışları "çocuğun cinsel istismarı" olarak değerlendirilmektedir.⁹

Cinsel şiddet; fiziksel güç kullanımı, tehdit, korku, hile ve kandırma gibi zorlamalarla rızası olmayan kişiye veya yaş küçüklüğü ve akıl hastalığı gibi nedenlerle rızası geçerli olmayan kişiye yöneltilen, cinsel içerikli bir eyleme maruz kalma olarak tanımlanmaktadır. Cinsel şiddet, kapsayıcı bir terimdir ve başlıca taciz, tecavüz, çocuk evlilikleri, zorla evlendirme, küretaja zorlama, cinsel amaçlı insan kaçakçılığı, zorla seks işçiliği, ordu kaynaklı cinsel şiddet gibi çok geniş bir alanı içermektedir.^{5,10,11}

Gerçekleştirilen bir hareketin cinsel şiddet kavramı içerisinde değerlendirilebilmesi için; cinsel içerikli olması, hedef alınan bireyin bu davranışa rıza göstermemesi ya da yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, mental retardasyon gibi sebeplerle rıza geçerliliğinin bulunmaması ve kişinin vücut dokunulmazlığı ve/veya mahremiyetinin ihlal edilmesi gerekmektedir.¹²

2.1.1.Kadına Yönelik Şiddet

Kadınlara karşı şiddet, kadınları en temel hak ve özgürlüklerinden mahrum eden, cinsiyet ayrımcılığına dayalı bir insan hakları ihlali ve salgın düzeyinde küresel bir sağlık sorunudur. DSÖ, kadına yönelik şiddeti; "Cinsiyet dayanaklı, kadını inciterek onu zarara uğratan, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarlarla sonuçlanma olasılığı bulunan,

toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranış" olarak tanımlamıştır.⁵ Toplumlardaki farkındalığın artması sonucu, kadına karşı şiddet tanımına kadının ekonomik ihtiyaçlarından yoksun bırakılması anlamına gelen ve sıkça karşılaşılan ekonomik şiddet de eklenmiştir.

11 Haziran 1985 tarih ve 3232 sayılı kanunla uygun bulunan ve 14 Ekim 1985 tarih ve 18898 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Birleşmiş Milletler (BM) Kadınlara Yönelik Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi Bilgirsesi’ne göre, kadına yönelik şiddet, "bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da oransız bir şekilde kadınları etkileyen, toplumsal cinsiyet temelli" şiddet türüdür. BM Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi’nde, kadınlara yönelik şiddetten, "erkekler ile kadınlar arasındaki eşitlikçi olmayan güç ilişkilerinin bir göstergesi" olarak bahsedilmektedir. Yapılan araştırmalar, kadına yönelik şiddetin meydana gelmesinin ve tekrarlamasının temelini, birçok faktör mevcudiyetinden harici olarak toplumlardaki cinsiyet eşitsizliğine, ataerkil yapıya nedenli asimetrik gelişen güç ilişkisine bağlamaktadır. Cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddetin kabul edilebilirliğine ilişkin normlar, kadına yönelik şiddetin temel nedenidir.^{13,14}

Günümüzde kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet, en yaygın sosyal sorunlardan ve insan hakları ihlallerinden biri olmaya devam etmektedir. Dünyanın her köşesinde, ırk, dil, din veya etnik kimliğe bakılmaksızın, toplumda oldukça yaygın görülen şiddet türü, erkek kişinin ailesindeki kadın ve çocuklara karşı uyguladığı şiddettir.¹⁵ Birçok ülkede yapılan çalışmalar, aile içinde kadına yönelik şiddetin özellikle yaygın olduğunu ortaya koymuştur.^{16,17}

Bir kimsenin cinsel şiddete başvurmasının; kişinin içinde yaşadığı eğitim, kültür ve gelişmişlik seviyesi ile doğrudan alakalı olduğu görüşü yaygındır. Kişinin kendisini ait hissettiği kültürde, istenilenin zorla elde edilmesi durumu bir kahramanlık veya kıvanç kaynağı ise, cinsel şiddete eğilimin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Keza modern toplumlarda, ekonomik özgürlüğünü elde ederek erkekle eşit duruma gelen kadın bireylerin varlığı da, ataerkil örf ve adet ile hareket eden bireylerin davranışlarına kadın üzerinde tekrar hakimiyet kurma isteği katmakta, kadının karşısındaki acizliğini şiddet ile giderme isteği uyandırmaktadır. Dolayısıyla cinsel

şiddetin sadece cinsel içgüdü etkisiyle ortaya çıkmadığı, sosyal ilişkilerin ve toplumsal yapı özelliklerinin bir yansıması olduğu belirtilmektedir.

Şiddet kavramından, yalnızca fiziksel güç uygulamak değil, aynı zamanda şiddeti meydana getirebilecek diğer tüm eylemler de anlaşılmaktadır. Bu perspektifle kadına yöneltilen şiddet daha geniş bir çerçevede değerlendirilebilecek ve kadınlara çok daha geniş sınırlara sahip bir koruma sağlanabilecektir. Zira kadınlar, sosyal yaşamlarının her alanında, cinsiyetleri temelinde, renkleri, ırkları, lisanları, dini inançları ve statüleri gibi birçok nedenlerle de şiddetle yüz yüze gelmektedirler.¹⁸

DSÖ tarafından yayımlanan 2013 yılı kadına yönelik şiddet raporunda, 15-49 yaşları arası kadınların yaşamları boyunca %13 ile %61'inin en az bir defa eşlerinin fiziksel şiddetine maruz kaldıkları, %6 ile %59'unun en az bir defa zorla cinsel ilişkiye girme ya da bu eyleme teşebbüs edilmesi durumunu yaşadıkları, %1 ile %28'inin gebelikleri döneminde eşlerinin fiziksel şiddetine maruz kaldıkları bildirilmiştir.¹⁹

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin sıklığının %25 ile %30 arasında değiştiği belirtilmektedir.²⁰ Tüm ulusal ve uluslararası yasalar ile yaptırımlara rağmen, halen tüm dünya genelinde varlığını sürdüren kadına yönelik şiddetin ülkemizde de ciddiyetini koruduğu bilinmektedir. Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 raporunda; ülkemiz kadınlarının %44'ünün duygusal, %36'sının fiziksel, %30'unun ekonomik, %12'sinin ise cinsel şiddetle karşılaştığı belirtilmektedir.²¹

2.1.1.1. Kadın Hakları Tarihçesi

Haklarında en eski belgeye Sumer tarihinde rastlanabilen, o dönemden günümüze 4000 yıllık bir süreç içerisinde gelen kadının, günümüzde sahip olduğu toplumsal konumu ve sahip olduğu hakların geldiği nokta hala tartışmalıdır. Günümüz kadınlarının bin yıl önceki Sumer ve Anadolu kadınlarına göre yaşam şartlarının gerilediği bildirilmektedir.²²

Kadın hakları, kadınların erkeklerle eşit sosyal, ekonomik, politik ve yasal haklara sahip olmasını sağlamaya dayalı bir kavramdır. Bu kavram 19. yüzyıldan itibaren özellikle daha da önemli hale gelmiştir. Birleşmiş Milletler tarafından yaklaşık 70 yıl önce gezegendeki her insan için benimsenen temel insan hakları arasında; şiddet, kölelik ve ayrımcılıktan uzak yaşama, eğitim alma, mülk sahibi olma, oy kullanma, adil ve eşit bir ücret kazanmak başlıcalarını oluşturmaktadır.

Eleanor Roosevelt'in başkanlığında toplanan bir komisyon tarafından hazırlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Birleşmiş Milletler tarafından 10 Aralık 1948'de kabul edilmiştir. Bu beyannameye göre, bir kadının çocuk sahibi olup olmayacağına karar verebileceği ve yüksek kaliteli sağlık hizmetine sahip olma hakkının bulunduğu, kadın sünnetinin kız çocuklarının haklarının ihlali olduğu ve ortadan kaldırılması gerektiği, her kadının, cinsiyeti veya kimliği ne olursa olsun, eşit ve ayrımcılıktan uzak yaşamayı hak ettiği özellikle belirtilmiştir.²³

Kadına yönelik şiddetin varlığı üzerine söylemler, kadın hareketleri sayesinde Türkiye'de 1980'li yıllardan sonra gündeme gelmiş, devlet gündeminde yer bulmaya başlaması ise 1990'lı yıllardan sonra sağlanabilmiştir. Kadın hareketleri, mücadeleler, başlatılan kampanyalar, türlü eylemler ve etkinlikler 1987 yılında "Dayağa Karşı Kadın Yürüyüşü" ile başlamıştır. Bu sayede toplumun bakış açısı değiştirilebilmiş ve kadına yönelik şiddet ile verilen mücadelede yeni kazanımların önü açılmıştır.²³

BM tarafından 1979'da kabul edilen ve Türkiye tarafından onaylanan Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), taraf devletlere kadın-erkek eşitliğini sağlama ve kadınlara karşı her türlü ayrımcılığı önleme yükümlülüğünü ayrıntılarıyla açıklamaktadır. Yine taraf devletlerin "herhangi bir kişi veya kuruluş tarafından kadınlara karşı ayrımcılığı ortadan kaldırmak için tüm uygun önlemleri alması" zorunlu kılınmıştır.²⁴ Türkiye'nin bu sözleşmeyi kabulü, mücadelenin toplumsal boyuttan hukuksal boyuta taşınmasını ve bu adımla beraber uluslararası örneklerdeki gibi Türkiye'de de devlet bünyesinde çeşitli birimlerin oluşturulmasını sağlamıştır.

1995 yılında BM'nin Dördüncü Dünya Konferansı'nda kabul edilen Pekin Bildirgesi ve Eylem Platformu, toplumsal cinsiyet eşitliğini ve kadın haklarını yaşamın her alanına yerleştirmek için oluşturulmuştur. 189 ülke tarafından oybirliğiyle kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, kadınların güçlendirilmesi ve cinsiyet eşitliği konusunda temel küresel politika belgesi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca bu bildirge; kadın ve yoksulluk, kadınların eğitimi, kadın ve sağlık, kadınlara karşı şiddet, kadın ve ekonomi, iktidar ve karar almada kadınlar, kadınların ilerlemesi için kurumsal mekanizma, kadın hakları, medyada kadın, kadınlar ve çevre, kız çocuk gibi kritik endişe alanında kadınların ilerlemesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması için stratejik hedefler ve eylemler belirlemiştir.²⁵

İstanbul Sözleşmesi olarak da anılan ve dünya üzerinde kadını şiddetten korumaya yönelik tek uluslararası sözleşme özelliği taşıyan "Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Sözleşmesi", 11 Mayıs 2011 tarihinde Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi tarafından İstanbul'da imzaya açılmıştır. İstanbul Sözleşmesi'nin uluslararası hukukta aile içi şiddet ve kadına yönelik şiddet yaptırımlarını içeren ilk ve tek sözleşme olmasının yanı sıra kimliklere göre ayırım gözetmeksizin (cinsiyet kimlikleri ve cinsel yönelim dahil) mağdurların haklarının korunmasına yönelik tedbirlerin uygulanmasını da içerdiği görülmektedir.²⁶

2.1.1.2. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Kadına yönelik şiddet kavramı, genellikle kadınların maruz bırakıldığı fiziksel şiddet eylemleri ile özdeşleştirilmektedir; fakat kadına yönelik şiddetle ilgili tüm çalışmalar göstermiştir ki, kadının maruz kaldığı tek şiddet biçimi fiziksel şiddet değildir. Şiddet algısında insanlara kazandırılan geniş bakış açısı ve kadına yönelik şiddet çalışmalarının etkisiyle bu konudaki bilinçlenmenin zamanla arttığı görülmektedir. Bu bağlamda kadına yönelik şiddet kavramı, fiziksel şiddetin yanı sıra sözel, ekonomik ve cinsel şiddet eylemlerini barındırmaktadır.

Kadına yönelik şiddet kavramı, genel olarak dört farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar fiziksel şiddet, sözel ya da psikolojik şiddet, ekonomik şiddet ve cinsel şiddettir.²⁷

2.1.1.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet; korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kaba kuvvetin kullanılmasıdır. En yaygın yaşanan ve tanımlanan, şiddetin en sık ve görünür türüdür. İstatistiksel kanıtlarla fiziksel şiddete genellikle kadınların maruz kaldığı ve bu şiddetin çoğunlukla ev ortamında gerçekleştiği, hatta ergenlik çağındayken başladığı ortaya konmuştur.^{28,29} Eş ve partner şiddeti en sık görülen şekilleridir.^{28,30,31} DSÖ 2013 yılı raporunda, kadın cinayetlerinin %38'inin kadının eşi/partneri tarafından işlendiği bildirilmektedir.¹⁹ Fiziksel şiddet, daha çok bedene yöneliktir ve bedensel güce dayalıdır. Bu şiddet türünün basit yaralanmalardan cinayete kadar sonuçlanabilen oldukça geniş bir yelpazedeki eylemlerden meydana geldiği görülmektedir.

Fiziksel şiddet; şiddeti uygulayanın fiziksel gücüne dayanabilmekte, kesici-delici aletler gibi türlü araç ve gereçler aracılığıyla uygulanabilmekte ya da uygulayıcının ihmali içeren davranış ve hareketlerinden kaynaklanabilmektedir.³² Fiziksel şiddetin, kadının benlik saygısının yitimi, varlığının değersiz olduğunu düşünme, korkma gibi birçok negatif etkisi olduğu gösterilmiştir.³³

DSÖ tarafından yayımlanan 2013 yılı küresel raporunda; dünya genelindeki tüm kadınların yaşamları boyunca yaklaşık üçte birinin (%35) eşi, eski eşi, partneri veya eski partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddet yaşadığı, düşük ve orta gelirli Avrupa ülkelerinde prevalansın %25,4 olduğu, Doğu Akdeniz ülkelerinde ise bu oranın %37'ye kadar yükseldiği belirtilmektedir.^{19,34}

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 2014 yılı araştırma raporunda; Türkiye'de en az bir kez evlenmiş kadınların %36'sının, buna göre her 10 kadından yaklaşık 4'ünün eşi veya partneri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir. Türkiye genelinde, son 12 ayda eşi veya partnerinin fiziksel şiddetine maruz kalan kadınların oranının %8 olduğu, buna göre de her 10 kadından birinin son bir yıl içinde eşinden/partnerinden fiziksel şiddet gördüğü anlaşılmaktadır. Bu şiddet, gebelik gibi annenin en hassas döneminde bile görülmekte, kadınların %8'i gebelikleri döneminde fiziksel şiddet görmeye devam etmektedir.³⁵

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; Türkiye'de eş dışı kişilerden kaynaklanan, 15 yaş üstü kadınlara ve kız çocuklarına yönelik fiziksel şiddetin sıklığının %17,8 olduğu, şiddet uygulayan kişinin %40,5 baba, %32,1 anne, %15,8 ağabey, %8,0 erkek kardeş olduğu belirtilmektedir.³⁶

2.1.1.2.2. Duygusal Şiddet

Psikolojik olarak kişiye en fazla hasar veren istismar tipi olan duygusal şiddet; kişiyi olumsuz etkileyen tutumlar veya davranışlarda bulunma, ihtiyaç duyulan sevgi ve ilgiden mahrum bırakma şeklinde açıklanabilir.³⁷ Duygusal istismar, kadının kişisel gelişiminin kötü yönde etkilenmesi anlamında kullanılmaktadır. Kişilerin kendilerini değerlendirme ve keşfetme süreçlerinde yanlış algılara sebep olan, engelleyici, örseleyici, kötü muameleler içeren bir süreçtir.³⁸

Sürekli eleştiri, manipülasyon ve kontrol girişimleri, düşmanca, alaycı veya doğrudan sözlü saldırı ile suçlama, utanç verici üslup, sözlü taciz, ceza tehditleri,

kadının günlük hayatın dinamiğindeki rolünü kabul etmeyi reddetme, iletişim kurmayı reddetme, kadını destekleyen arkadaşları ve ailesinden tecrit etme, duygusal şiddet davranışlarından sayılabilir.¹⁹

Türkiye’de, kadınların %44’ünün duygusal istismar tiplerinden en az birine yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları, bu davranışlara bakıldığında %37 hakaret ve küfür, %19 korkutma ve tehdit etme ile karşılaşıldığı belirtilmektedir.³⁵

2.1.1.2.3. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet; gelir getiren iş sahibi olma, mal varlığı, para gibi kaynakların kadına yöneltilen bir tahakküm, bir denetim aracı olarak kullanılmasıdır. Bu şiddet türünün toplumsal cinsiyet görüşüne paralel meydana gelen kadın-erkek eşitsizliğinin ve kadın-erkek arasındaki eşit olmayan güç ilişkisinin bir sonucu olduğu belirtilmektedir.³⁹

Kadının bir iş veya meslekle uğraşının engellenmesi veya buna zorlanması, meslek hayatında gelişmesinin önlenmesi, malına ve parasına el konulması, satın alma hakkının önlenmesi, geliri olmayan veya hayatını idame ettirmesi için کافی gelmeyen kadına ihtiyaç dahilindeki paranın verilmesinin reddedilmesi, yaptığı harcamaların kontrol edilmesi ve kısıtlanması, kadın üzerinden çıkar sağlama maksadıyla maddi destek sağlanması gibi eylemler ekonomik şiddet kapsamını oluşturmaktadır.⁴⁰

Ülkemiz istatistiklerine göre, ekonomik istismar niteliğindeki eylemlere yaşamının herhangi bir zaman diliminde maruz bırakılan kadınların oranının %30, son 12 ayda maruz kalan kadınların oranının %15 olduğu belirtilmektedir. Çalışmanın engellenmesi veya mevcut mesleğin bırakılmasına sebep olmanın, kadına yönelik ekonomik istismarın en sık görülen türü olduğu da belirtilmektedir.⁴¹

2.1.1.2.4. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet; bir kişiyi istemediği bir mekan, bir zaman veya biçimde cinsel birlikteliğe zorlamak, kişinin rızası bulunmaksızın cinsel içerikli eylemlerde bulunmak veya cinselliği baskı, zorbalık, sindirme, gözdağı verme ve denetleme aracı olarak kullanmaktır. DSÖ’nün 2003 yılı tanımlamasında cinsel şiddet; mağdurun rızası olmaksızın, baskı kullanılarak ya da rızasının kabul edilemeyeceği durumlarda (uyutucu-uyuşturucu madde etkisi altında olmak, zihinsel özürlü olmak gibi) cinsel içerikli bir davranış ve/veya eylem maruz bırakarak ve/veya cinsel içerikli konuşmalar

ile kişiye bedensel, psikolojik ve sosyal anlamda zarar verilmesi olarak belirtilmektedir.⁴² Kadını istemediği halde cinsel ilişkiye veya cinsel eylemlere zorlama, cinsel ilişki sırasında incitme, gebelikten veya enfeksiyondan korunma yöntemleri olmadan cinsel ilişkiye zorlama durumlarını içermektedir.⁴³

Cinsel şiddet, cinsiyet ayrımı olmayan, tüm yaş gruplarında karşılaşılabilecek bir suçtur. Kız ve erkek çocukları, kadınlar, yaşlılar, bedensel-mental yetersizliği bulunanlar ve erkekler dahil herkes bu suçun mağduru olabilmektedir. Ancak dünya genelinde olgu sayılarına bakıldığında, bu şiddete en çok maruz kalanların kadınlar ve çocuklar olduğu görülmektedir.^{35,44,45}

Dünya çapında kadınların üçte birinin eşi ya da partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz bırakıldığı bilinmekle beraber, bazı ülkelerde yapılan çalışmalar, kadınların hayatlarının bir döneminde fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz bırakılma oranlarının %70'lere varabildiğini ortaya koymaktadır.³⁵ Cinsel şiddete maruz kalan kadınların toplum ve medya tarafından "damgalanma" korkusu, aile, sosyal çevre ve kurumlardan destek göremeyeceği inancı, bu konuda bildirim eksikliğine neden olmaktadır. Dünya çapında prevalans %7,2'yi işaret etse de retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, erişkin kadınların geçmiş yaşamlarında cinsel saldırıya uğrama oranının %48,9 olduğu gösterilmiştir.⁴⁶

Ülkemizde evli olan kadınların %12'sinin hayatlarının bir döneminde, yüzde 5'inin de son 12 ay içerisinde cinsel şiddete maruz kaldığı³⁵, cinsel şiddet eylemleri içinde "kadının istemediği halde korktuğu için cinsel ilişkiye girmesi"nin en sık beyan edilen cinsel şiddet davranışı olduğu bildirilmektedir.⁴⁷

2.1.1.2.4.1. Cinsel Şiddet Türleri

Temel olarak cinsel şiddet; sözel, görsel ve dokunsal olarak sınıflandırılabilir. Söz konusu davranışlar, laf atma gibi temas içermeyen cinsel amaçlı davranışlardan cinsel penetrasyona kadar geniş bir spektrumu kapsamaktadır.^{45,48}

Cinsel şiddet, farklı durumlarda ve ortamlarda meydana gelen çok çeşitli eylemleri kapsamaktadır:⁵

- Evlilik veya flört ilişkileri içindeki tecavüz,
- Tanınmayan kişiler tarafından tecavüz,
- Savaş durumlarında sistematik tecavüz,

- Cinsel ilişki kurma isteği ile uygulanan cinsel sataşmalar veya cinsel taciz,
- Zihinsel veya fiziksel engelli kişilerin cinsel istismarı,
- Çocukların cinsel istismarı,
- Zorla evlendirilme,
- Kontrasepsiyon kullanma veya cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamak için önlemler alma hakkının reddedilmesi,
- Zorla küretaj, düşük yaptırma,
- Kadın sünneti ve bekaret için zorunlu denetimler de dahil olmak üzere kadınların cinsel bütünlüğüne karşı şiddet içeren tüm eylemler,
- Cinsel sömürü amacıyla insanların fuhuşa, pornografide kullanılmaya ve insan ticaretine zorlanması.

Bu bağlamda bakıldığında, bir eylemin cinsel içerikli olmasının ve kadının istek ve düşüncelerine önem verilmeden bu kapsamdaki davranışlara zorlanmasının, cinsel şiddet kavramının oluşması için yeterli olduğu görülmektedir.¹²

Kadına yönelik cinsel şiddette en çok karşımıza çıkan iki kavram, cinsel taciz ve tecavüzdür.

Cinsel taciz, cinsel arzuların tatmini amacıyla meydana getirilen, mağdurun hoş karşılamadığı tüm fiziksel, sözel veya sözsüz davranışlardır.^{49,50,51}

Tecavüz, fiziksel ya da başka bir yolla zor kullanılarak, herhangi bir vücut boşluğuna penis veya vücudun başka bir organı veya herhangi bir objeyle gerçekleştirilen penetrasyondur.⁵

2.1.1.2.4.2. Cinsel Şiddette Risk Faktörleri

Bireye ait faktörler: Kadın cinsiyet, küçük yaş ve fiziksel ve/veya mental engelli olmak, geçmiş cinsel şiddet öyküsü, eğitim seviyesi düşüklüğü, ekonomik yetersizlik, çoklu partner, alkol ve madde kullanımı, seks işçiliği ve ilgili işlerde çalışmak.⁵²⁻⁵⁵

Aileye ait faktörler: Ebeveyn kaybı, parçalanmış-iletişimi eksik aile yapısı, aile içi şiddet, fiziksel ve ruhsal bozukluğu olan ebeveyn, ebeveynlerde alkol ve madde kötüye kullanımı, üvey baba varlığı, ebeveynlerin kendilerinin geçmişte cinsel istismara uğrama öykülerinin olması, ebeveyn eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması, işsizlik, ebeveynlerde ruhsal, mental ve fiziksel hastalık veya engellilik.⁵⁴⁻⁵⁶

Toplumsal faktörler: Erkeklerin üstünlüğünün kurulduğu, erkek onuru/gururunun vurgulandığı ve erkeklerin cinsel istismar hakkına sahip olma inancının olduğu toplumlarda, şiddet kültürü olan veya şiddetli çatışmaların yaşandığı ülkelerde cinsel şiddet ve tecavüz olasılığı büyük ölçüde artar.^{5,57}

İstismarcıya ait faktörler: Alkol ve madde kötüye kullanımı, cinsel şiddeti destekleyici ve zorlayıcı cinsel fantezilere, davranış ve inançlara sahip olması, dürtüsel ve anti-sosyal kişiliğe sahip olması, kadınlara karşı düşmanlığının olması, çocukluğunda aile içi şiddete şahit olması, yaşadığı aile ortamında fiziksel ve/veya cinsel istismara uğramış olması, cinsel açıdan saldırgan arkadaş ortamında yetişmesi, ataerkil ailede bulunması, ailesi tarafından duygusal olarak desteklenmemesi, ailede onurun sağlık ve güvenlikten daha önemli olarak değerlendirilmesi ve cinsel şiddeti destekleyici toplumsal ve sosyal faktörlere sahip olması cinsel şiddete zemin hazırlayan risk faktörleri olarak sayılabilir.⁵⁸⁻⁶⁰

2.1.1.2.4.3. Cinsel Şiddetin Sonuçları

Cinsel şiddet, kişide birçok psikiyatrik ve fiziksel sağlık problemine yol açmakta, hatta ölümle sonuçlanabilmektedir.^{11,61} Hem erken dönemde hem de uzun vadeli sonuçlarla birlikte çeşitli cinsel ve üreme sağlığı problemleri riskinde artış olduğu gösterilmiştir.^{62,63}

Kadına yönelik cinsel şiddet sonucu;

- Gebelikle ilişkili ve jinekolojik komplikasyonlar: Vajinal kanama/enfeksiyonlar, myomlar (leiomyoma), cinsel istekte azalma, genital tahriş, disparoni, kronik pelvik ağrı, üriner sistem enfeksiyonları;
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH): İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV), Hepatit B, Hepatit C, klamidya, frengi, genital herpes, sifiliz, İnsan Papilloma Virüsü (HPV), trichomonas vaginalis, neisseria gonorrhea;
- Psikolojik bozukluklar: Anksiyete bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, intihar girişimleri, kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları, posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), suisid düşünceleri;
- Sosyal dışlanma ve diğer sosyal sorunlar: Damgalama, kadınları tecavüzle suçlayan sosyal tutumlar, tecavüz kurbanlarının eşleri, aileleri, arkadaşları

tarafından ret veya terk edilmesi, namus cinayetleri meydana gelebilmektedir.^{5,47}

Eşinin, partnerinin veya beraber yaşadığı kişilerin fiziksel ve/veya cinsel şiddeti ile karşılaşan kadınların hayatlarının ilerleyen dönemlerinde çeşitli sağlık sorunları yaşadıkları bildirilmiştir. Örneğin, şiddet mağduru kadınların gebelikleri sonucu düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı %16'dır.³⁵ Şiddet mağduru kadınların, isteğe bağlı küretaj yaptırma ve depresyona girme oranlarının diğer kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir.¹⁵

Cinsel travmaların zihinsel sağlık üzerindeki etkisinin, fiziksel etkisi kadar ciddi ve aynı derecede uzun süreli olabileceği saptanmış⁶⁴; cinsel şiddet mağduru kadının, travma döneminde hayatı üzerindeki kontrolü kaybettiği, uzun dönemi kapsayabilen ve bireyin savunma mekanizmalarını bozup felce uğratan psikolojik reaksiyonlar gösterdiği ortaya konmuştur.^{65,66} Psikolojik travma belirtilerinin bir yıl içinde azalabildiği, cinsel açıdan isteksizlik ve uyumda güçlük gibi problemlerin çözümünün ise çok daha uzayabileceği gösterilmiştir.^{67,68}

Fiziksel ve/veya cinsel saldırı mağduru kadınların 1/3'ünün hayatlarının herhangi bir döneminde suisid düşüncelerine sahip oldukları, bu oranın şiddet yaşamadığını beyan eden kadınlar arasında ise 1/10 düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde, şiddet mağduru kadınların suisid girişiminde bulunma oranının, şiddet mağduru olmadığını beyan eden kadınlara göre 5 kat fazla olduğu saptanmıştır.^{35,69}

Yapılan araştırmalar, cinsel şiddet olayı esnasında mağdurların verdikleri tepkilerin olaydan sonraki dönem hakkında bilgi verebileceği iddiasını ortaya atmıştır. Direnç uygulamak mümkün olmadığında veya diğer kaynaklar mevcut olmadığında, yırtıcı bir saldırıya karşı evrimsel uyarlamalı bir savunma reaksiyonu olduğu bildirilen "tonik immobilité"nin cinsel şiddet anında mağdurlarda görülebildiği bildirilmektedir.⁷⁰ Yoğun korku içeren durumlara yanıt olarak istemsiz, geçici bir motor inhibisyon durumu olarak tanımlanan tonik immobilité, kas hiper veya hipotonisitesi, titreme, vokalizasyon eksikliği, analjezi ve dış uyaranlara göreceli yanıt vermeme ile katatoni benzeri bir durum olarak tanımlanmıştır. Çalışmalar, cinsel istismar mağdurlarında tonik immobilité şiddetinin diğer travma türlerine oranla önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir.⁷¹ İsveç'te cinsel şiddet saldırı sırasında tonik immobilité yaşayan

kadınlarla yapılan 6.ay araştırmasında, tonik immobilitenin PTSTB ve şiddetli depresyon ile ilişkili yaygın bir reaksiyon olduğu saptanmıştır.⁷²

Farklı teoriler, bir kez şiddete maruz kalındığında bile, bir kadının neden bu kötü koşullarda yaşamaya devam ettiğini açıklamaya çalışmaktadır. Bu teoriler arasında en bilinenler "Öğrenilmiş Çaresizlik" ve "Stockholm Sendromu"dur. Genellikle yaşadıkları şiddet ile yalnız kalan, olaylar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığını ve yaşadıklarını değiştiremeyeceğini düşünen kadınlar, bir çıkış yolu olasılığını bilmeden çaresizlik hissi yaşayabilirler. Bu nedenlerden dolayı, yaşadıkları şiddetin kendi hataları olduğuna ve böyle bir sonucu hak edecek bir şey yaptıklarına inanan kadınlar, zamanla koşulları içselleştirir. Özellikle sosyal kontrolün daha yaygın olduğu, daha az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda, şiddete ilişkin açık tartışmalara tolerans göstermeme, mağdur üzerindeki sosyal baskı gibi nedenlerle şiddetin süreklilik hali aldığı bildirilmektedir.⁷³

2.1.2. Çocuk İstismarı

Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre 18 yaşın altındaki her insan çocuktur. Ülkemiz 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu 18 yaşını doldurmamış kişiyi, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu da daha erken yaşta ergen olsa bile 18 yaşını doldurmamış kişiyi çocuk olarak saymaktadır. 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 11. maddesinde erginlik (reşitlik) yaşı 18 olarak kabul edilmiştir.^{74,75}

Çocukların istismarı, potansiyel olarak yıkıcı ve maliyetli neticelere sahip olan büyük bir halk sağlığı ve insan hakları problemidir. Yıkıcı etkileri, dünyanın neresinde yaşıyor olursa olsun, çocuklara geri dönüşümsüz zararlar verir, aileleri, toplulukları, ulusları etkiler ve bu etkilenim nesiller boyu uzanır.⁷⁶

Çocuk istismarı, 0-18 yaş grubundaki çocuğun, kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici, kaza dışı ve önlenabilir bir davranışa maruz bırakılmasıdır. DSÖ; bir erişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek ya da bilmeyerek gerçekleştirilen ve çocuğun sağlığına, bedensel ve psikososyal gelişimine olumsuz etki eden tüm muameleleri çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır. Çocuğa karşı kötü muamele, sonuç olarak, bireysel olarak başlayıp tüm insanlığa sirayet eden, yaşam standartlarında düşmeye, ekonomik ve sosyal gelişimde olumsuzluklara neden olan, her geçen gün yaygınlığı artan uluslararası bir sorundur.^{42,77}

DSÖ verilerine göre, 2-17 yaş arası her 2 çocuktan 1'i bir önceki yıl şiddet görmüştür.⁷⁸ Başka bir çalışmada, 96 ülkeye ait çocuklara yönelik şiddetin yaygınlığına ilişkin veriler incelenmiş; temel vaka tahminleri, Asya, Afrika ve Kuzey Amerika'daki çocukların en az %50'sinin geçmiş yıl şiddete uğradığı ve küresel olarak tüm çocukların yarısından fazlasının yani 2-17 yaş arası 1 milyar çocuğun şiddetin bir türünü yaşadığı olarak belirtilmiştir.⁷⁹

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile UNICEF'in ortaklaşa hazırladığı rapora göre; Türkiye'de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %51'i duygusal istismara, %43'ü fiziksel istismara, %3'ü cinsel istismara ve %25'i de ihmale maruz kalmıştır.⁸⁰

2.1.2.1. Çocuk Hakları Tarihçesi

Eski çağlara bakıldığında, kaderi annesinin kaderine sıkı sıkıya bağlı olan, mal gibi alınıp satılabilen ve çeşitli gerekçelerle kurban edilebilen çocukların haklarının korunması hakkındaki fikirler ve harekete geçilmesi 20. yüzyıl ortalarına denk gelmektedir. 1. Dünya Savaşı'nda en çok zarar gören kesimin çocuklar ve kadınlar olduğu göz önünde tutularak 1920 yılında Cenevre'de özel bir konsey oluşturulmuştur. Çocukların her durumda erişkinlerden daha ihtimamlı, daha kapsamlı olarak değerlendirilmeleri gerekliliği temelinde çalışmalar yapan bu konsey, çocukların her çeşit ihmal davranışı ve istismardan korunma haklarına vurgu yapmak için Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'ni düzenlemiştir. Çocuk haklarının korunmasına dair ilk somut adım olan bu bildirge, 26 Eylül 1924 tarihinde Milletler Cemiyeti Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir. Çocukların yaşam, gelişim, korunma ve katılım haklarını içeren 5 maddelik beyanname, genç Türkiye Cumhuriyeti'nin Cumhurbaşkanı Mustafa Kemal Atatürk tarafından da ivedilikle imzalanmıştır.^{75,81,82}

2. Dünya Savaşı'nda, ilkinde kıyasla çocuklar daha fazla şiddete maruz kalmış, daha büyük felaketler yaşamıştır. Bunun tekrarlanmaması gayesi ile hazırlanan Çocuk Hakları Bildirgesi, 20 Ekim 1959'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanmıştır. Çocuğun, bedensel ve psikososyal açıdan gelişmemiş olması nedeniyle doğum öncesi ve sonrasında özel bakım, ilgi ve korunmaya muhtaç olduğu, hiçbir çocuk arasında fark gözetilmemesi, engelli çocukların tüm ihtiyaçlarının giderilmesi,

doğumu takiben her çocuğa bir kimlik ve yurttaşlık kazandırılması gerektiği, çocukların sevgi, ilgi ve anlayışa ihtiyaçları olduğu vurgulanmıştır.^{83,84}

Çocuk Hakları Bildirisi'nin onaylanmasının ardından bilhassa devletin, çocuk haklarının korunmasına ve gözetilmesine dair yasal, idari ve uygulamaya ilişkin tüm tedbirleri almasının gerekliliğini vurgulayan Türk Çocuk Hakları Bildirisi, UNESCO Türkiye Millî Komisyonu 7. Genel Kurulu'nda 1963 yılında kabul edilmiştir.^{84,85}

Çocuk Hakları Beyannamesi'nin kabulünün 30. yılında, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi oy birliği ile kabul edilmiştir. Türkiye, sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamıştır. Bu sözleşme, çocuklara ve çocuk haklarına dair dünya kıstaslarını bir araya getirip düzenleyen tek ve yaptırım gücü olan ilk hukuki belgedir. Yaşam, sağlık ve eğitim konularında dikkat edilmesi gereken standartların altını çizmeye ek olarak bu sözleşme, ev hayatında veya çalışma ortamında, savaş veya iç çatışma zamanlarında her türlü ihmal ve istismara karşı çocuklara açık ve net bir koruma sunmayı amaçlamaktadır.⁸⁶

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında Mustafa Kemal Atatürk tarafından 1921 yılında Çocuk Esirgeme Cemiyeti kurulmuştur. Çocuklara her zaman yüksek değer veren Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk, 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı'nı çocuklara adanarak bu değeri göstermiştir.^{81,84}

2.1.2.2. Çocuk İstismarı Türleri

Çocuğun istismarı; sorumluluk, güven veya güç ilişkisi kapsamında çocuğun sağlığına, hayatını devam ettirebilmesine, gelişimine, onuruna, reel veya potansiyel hasar verebilecek, her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya sömürü içerikli tüm tutumları kapsar. Bu bağlamda bakıldığında, çocuk istismarı genellikle beş farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar fiziksel istismar, duygusal istismar, ihmal, ekonomik istismar ve cinsel istismardır.

2.1.2.2.1. Fiziksel İstismar

DSÖ'ye göre çocuğun fiziksel istismarı, çocuğa ailesi veya onlara bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından kaza harici eylemlerle fiziksel açıdan zarar verilmesi, bedensel bütünlüğünün ihlal edilmesidir.⁸⁷ Fiziksel istismar, en sık rastlanan, tespit edilmesi en kolay şiddet türüdür ve en sık duygusal istismar ile birlikte izlenmektedir.

Çocuk olgularda kazalara sık rastlanmakla birlikte; yaşın doğasıyla uyuşmayan, kendi kendine gerçekleşme ihtimali az olan beden bulguları ile karşılaşıldığında fiziksel istismar, ayırıcı tanı olarak mutlaka akla gelmelidir.^{88,89} Hatta bazı yayınlara göre, fiziksel yaralanması mevcut olan tüm çocuklarda istismar özellikle düşünülmeli, bu şüphe doğrultusunda laboratuvar ve radyolojik incelemeler esnasında çocuk gözlem altında tutulmalıdır.⁹⁰⁻⁹² Anamnez alma ve klinik muayene esnasında şüphe uyandıran, dikkatli olunması gereken önemli noktalar şunlardır:^{87,93}

- İddia edilen olay ile tedaviye başvurma arasındaki sürede açıklanamayan uzamalar,
- İlk verilen anamnezin sonradan değiştirilmesi,
- Ebeveynlerin olay iddiasındaki uyumsuzluk,
- İzah edilemeyen yaralanmalar,
- Yaşın ve gelişimin doğasıyla uyuşmayan olay öyküsü,
- Mağdurun kardeşinin veya üçüncü şahısların suçlandığı beden hasarları,
- Anamnez ile uyum göstermeyen fizik bulgular,
- İddia edilen travma öykülerinin birden çok olması,
- Çocuğu yalancılıkla suçlama.

Fiziksel istismar, basit bir tokat atmadan bir alet vasıtasıyla çocuğun yaralanmasına veya hayatının sonlanmasına kadar geniş bir kapsamda değerlendirilmelidir.⁹⁴ Hiperaktif, istenmeyen gebelik sonucu doğmuş, özel bakım gerektiren (kronik hastalık, engelli vb.), psikiyatrik problemleri olan, alkol/uyutucu-uyuşturucu madde bağımlılığı olan, işsiz ya da ekonomik problemler yaşayan, eğitimsiz, genç yaştaki ebeveyn veya üvey aile sahibi, çok kardeşe sahip çocukların risk altında olduğu bildirilmektedir.^{93,95,96} Fizik muayenede; ekimozlar, yumuşak doku travmaları, kemik-eklem hasarları, yanıklar, haşlanmalar, beyin, göz, iç organ hasarları, gelişim gerilikleri, intoksikasyonlar ile karşılaşılabilir.⁹⁷⁻⁹⁹

Fiziksel istismarın sonuçları korkutucu boyutlara ulaşabilmektedir. Bunlardan biri olan Kempe'nin 1962 yılında tanımladığı Dövülmüş/Hırpalanmış Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome); deride ekimozlar, multipl kemik kırıkları ve subdural hematom ile özellik gösteren bir tablodur. Ebeveynleri ya da bakıcıları tarafından hırpalanan bu çocukların bir bölümü sakat kalırken, bazıları ölmektedir ve ölüm nedenleri en çok kafa ve batin travmalarıdır.¹⁰⁰

Bir diğeri de kalıcı beyin hasarı veya ölümlle sonuçlanabilen bir çocuk istismarı türü olan Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)'dur. Klasik triadı; subdural hematom, retina kanamaları ve ensefalopatidir.^{101,102} Bir çocukta, retina kanaması, kırıklar, yumuşak doku yaralanmaları, kaza veya diğeri tıbbi durumlar ile açıklanamayan yaralanmalar ile karşılaşıldığında, sağlık çalışanları istismarı mutlaka göz önünde bulundurmalıdır.

Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre; saç çekme, kulak çekme, cisim fırlatma, elle vurma, tokat atma en sık karşılaşılan fiziksel istismar biçimleri iken çocukların bu davranışlara en fazla maruz kaldıkları yerin okul olduğu görülmektedir.⁸⁰

2.1.2.2.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocukları, gereksinim duydukları yakınlık, ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakma ile onları etkileyen tutum ve davranışlara maruz bırakma şeklinde iki temel nedene dayanmaktadır. Sıklıkla diğeri istismar türleri ile birlikte görülür. Fiziksel veya cinsel istismar gibi çocuğun bedeninde somut deliller bırakmadığı için yasal olarak tanımlanması ve rapor edilmesi oldukça zor olan istismar tipidir.¹⁰³

Sürekli eleştirme, aşağılama, vaktinden önce yetişkin rolü verme, saldırgan tutumlar, korkutma, davranışların aşırı kısıtlanması, çocuğu reddetme, yalnız bırakma, sindirme, suça yöneltme, çocukların maruz bırakıldığı duygusal istismar şekillerinden sadece birkaçıdır.^{104,105}

Yapılan birçok çalışmada, çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismarın maruziyetinin ve dolayısıyla çocuğun bedensel ve psikolojik gelişme döneminde yaşadığı sıkıntıların erişkin dönemde depresyon, kaygılanma, PTSD, intihara yönelim, azalmış benlik saygısı ve kişilik bozuklukları gibi bir takım ruhsal sorunların meydana gelişine zemin hazırladığı ortaya konmuştur.¹⁰⁶⁻¹⁰⁹

Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu'na göre; 7-18 yaş aralığındaki en yaygın duygusal istismar şeklinin, dersler nedeniyle baskı görme olduğu, azarlanma ve hoşlarına gitmeyen şeyler duymanın diğeri yaygın duygusal istismar türleri olarak karşımıza çıktığı, bu tavırlara maruz kalmanın yarattığı en yoğun hissin üzüntü olduğu belirtilmektedir.⁸⁰

2.1.2.2.3. İhmal

Çocukların; sağlık, eğitim, barınma, duygusal gelişim, beslenme ve emniyetli yaşam koşulları gibi temel gereksinimleri ile bakımlarının sağlanmaması ihmal olarak değerlendirilmektedir.¹⁰⁵ Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını zedeleyen ve hayatı boyunca kapanmayacak yaralar açan bir sağlık sorunudur. İhmal ve istismarın farkı, ihmalin pasif, istismarın ise aktif olmasıdır.^{110,111}

Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu’na göre; 7-18 yaş grubunun karşılaştığı ihmal eylemleri içinde, en çok maruz bırakıldığı ihmal davranışının "tek başına bırakılmak" olduğu belirtilmektedir.⁸⁰

2.1.2.2.4. Ekonomik İstismar

Çocuğun bakım sorumluluğunu taşıyan kişi veya kişilerin çocuğu maddi bir kazanç vasıtası olarak görmesi, çocuk üzerinden maddi kazanıma ulaşma isteği, çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini engelleyen, haklarını ihlal eden işlerde veya düşük ücrete tabii iş gücü kaygısıyla çalışması veya çalıştırılması, çocuğun ekonomik açıdan istismar edilmesidir. Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) tanımına göre; ekonomik istismar, çocuğun sıhhatinin, eğitim ve öğretim hayatının, bedensel ve psikolojik gelişiminin aleyhine olan, yeteneklerinin gelişmesini engelleyen, çocuğu sahip olduğu potansiyelinden ve onurundan mahrum bırakan her türlü çalışmadır.¹¹²

ILO’nun 2017 raporuna göre; dünyada toplam 152 milyon çocuk işçi bulunmakta, bunun 64 milyonunu kız çocukları ve 88 milyonunu erkek çocukları oluşturmaktadır. Bu çocukların 73 milyonunun ise tehlikeli kategorisindeki işleri yapmakta olduğu, yeterli eğitim, sağlık hizmetleri ve temel özgürlüklerinden yoksun bırakıldığı belirtilmektedir.¹¹³

2.1.2.2.5. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, istismar türleri arasında belirlenmesi oldukça zor olan, genellikle üstü kapalı kalan, örtbas edilen, çocuk üzerinde kısa ve uzun dönemlerde çeşitli etkileri bulunan, ülkemizde ve tüm dünyada gittikçe artan sıklıkta görülen evrensel bir sorundur.^{87,114-117}

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi, cinsel istismarı, "Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel uyarımı için

kullanılmışsa çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından, eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusu ise veya bariz bir yaş farkı varsa da gerçekleşebilir" şeklinde tanımlamıştır.^{66,118}

Başka bir tanıma göre; erişkinlerin cinsel haz amacıyla çocukları kandırması, zorlaması, ikna etmesi veya mecbur bırakması sonucu onlarla ilişki kurması ya da onları pornografiye yönlendirmeleridir.¹¹⁹

Olguların yarısından fazlasında failin çocuğun daha önceden tanıdığı ve güvendiği biri olduğu görülmektedir.¹²⁰⁻¹²²

Çocuğun cinsel istismarı, sık rastlanan ve ekseriyetle senelerce devam eden bir durum olmasına karşın genellikle gizli kalmaktadır. Utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı vakaların yalnızca %15'inin bildirimde bulunduğu düşünülmektedir.^{52,122,123} Çocuğun cinsel istismarına dair gerçek verilere ulaşılmasını engelleyen sebepler arasında; çocuğun travma öyküsünü anlatamaması, anlattığında şüphe ile yaklaşılması veya kendisine inanılmaması/inanılmayacağını düşünmesi, ebeveynlerin fark edip kabul etmesine rağmen olayın yetkili mercilere bildirilmemesi yer almaktadır.¹²⁴

Çocuğun yaşadığı istismar olayını anlatmaktan kaçınma nedenleri ise; istismarcının aile üyesi ya da tanıdığı/sevdiği biri olması, istismarcıyı korumak istemesi, tehdit edilmesi, kendinin/sevdiklerinin başına kötü şeyler geleceğinden korkması, kimsenin ona inanmayacağını düşünmesi, sevdiklerinin gözünde değerini yitireceğinden korkması, konuşma becerisine sahip olmamasıdır.¹²⁵ Toplamların bu konudaki tabulaşmış fikirleri de genellikle bu konunun dile getirilmekten kaçınılmasının en önemli nedenlerden biridir.¹²⁰

Araştırmacılar, mevcut istatistiki verilerin yetersiz olduğu, istismarın önemli bölümünün üstü kapalı kaldığı, ensest olgularının ise sadece %10'unun bildirildiği kanaatindedirler. Oysaki çocukların cinsel istismarı oldukça yaygın, çok ciddi bir problemdir ve yaş, cinsiyet, sosyoekonomik sınıf ve coğrafi bölge farkı gözetmeksizin herkesin mağduriyetine sebep olabilir. Yoğunluğun en yüksek olduğu bildirilen yaş grubu ise 8-11 yaş aralığıdır. Rapor edilmiş vakaların, tüm vakalara kıyasla küçük bir bölümü kapsadığı belirtilmektedir.^{126,127}

Türkiye'de Çocuk İstismarı Raporuna göre; cinsel suç mağduriyeti yaşayan çocukların oranı, 2014 yılından 2016 yılına kadar %33 artmıştır.¹²⁸ TÜİK verilerine göre; 2016 yılında kolluk kuvvetlerine mağdur olarak başvuran veya getirilen 158.343

çocuğun 16.877'si cinsel şiddete maruz kalan çocuklardan oluşmaktadır ve bu çocukların yaklaşık %87'si kız çocuğudur. 2017 yılına bakıldığında toplam sayının 137.482 olduğu, bunun ise 18.623'ünün cinsel şiddet mağduru çocuklar olduğu görülmektedir.¹²⁹

Türkiye Özet Raporu'na göre; yapılan çalışma kapsamında, cinsel istismarı saptama oranının diğer istismar türlerine kıyasla daha az olduğu belirtilmektedir. Çocukların %1'i, son bir yıl içinde, izlemek ya da bakmak istememesine rağmen, cinsel içerikli bir film izlettirildiğini ve fotoğrafları görmeye zorlandığını beyan etmiştir. %0,5'i ise, herhangi bir kişinin, kendisine, rızası dışında, dokunmak, kendine dokundurtmak gibi cinsel amaçlı bir eylemde bulunduğunu belirtmiştir.⁸⁰

2.1.2.2.5.1. Cinsel İstismar Türleri

Çocuklara yönelik davranışların cinsel istismar şeklinde algılanması, kültürel farklara, toplumdaki kişilerin inançlarına, sosyal değerlere, gelenek ve aile içi ilişkilere bağlı olarak değişmektedir.¹³⁰ Çocuğa karşı uygulanan cinsel istismar türleri yedi alt başlık altında ele alınmaktadır:^{122,118}

- Temas içermeyen istismar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik),
- Cinsel dokunma,
- Oro-genital ilişki,
- İnterfemoral ilişki (penetrasyon olmaksızın sürtünme),
- Seksüel penetrasyon (parmakla, objelerle ve/veya penis ile vajinal ve/veya anal penetrasyon),
- Cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve fuhuşu),
- Diğer (cinsel amaçla çocuğun üzerine idrar yapma, dışkılama vb.).

2.1.2.2.5.2. Cinsel İstismar Risk Faktörleri

Geçen uzun yıllar ve yapılan araştırmalar neticesinde, bazı özellikli aileler ve çocukların cinsel istismar açısından risk taşıdığı, istismarcılara ait bazı hususların ortak olduğu saptanmıştır:⁵⁹

Riskli çocuklar: Küçük yaş, kız çocuğu olmak, adölesan dönem, fiziksel ve/veya mental gelişim bozukluğu, alkol veya uyutucu-uyuşturucu madde etkisi altında olmak, pasif, bağımlı, içe dönük, kendini ifade etmede zorluk yaşayan çocuklar.

Riskli aileler: Ebeveynlerden birinin yokluğu, dağılmış aile yapısı, evden uzakta çalışan/yaşayan anne, fiziksel ve mental bozukluğa sahip ebeveyn, evde üvey baba varlığı, sosyal izolasyon, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak.

İstismarcıya ait faktörler: Mevcut cinsel istismar öyküsü, genetik yatkınlık, gelişmemiş sosyal ilişkiler, ailevi sorunlar, hormonal olaylar, uyutucu-uyuşturucu madde ve alkol kullanımı, sosyokültürel özelliklerin cinsel kimlik gelişimi üzerine etkileri, sosyal yoksunluk, psikopatoloji.

2.1.2.2.5.3. Çocuk Evlilikleri

Çocuk istismarının dünya üzerinde görülen en yaygın şekillerinden biri de çocukluk dönemindeki evliliklerdir. Reşit olunmayan evliliklerin oranı dünyada düşmekle beraber, Türkiye gibi ülkelerde varlığını sürdürmektedir.¹³¹ Çocukluk dönemindeki evlilikler, 18 yaşını doldurmamış, bedensel, fizyolojik ve mental açıdan evlenmek ve çocuk sahibi olmak gibi yükümlülükleri taşımaya hazır olmayan çocuğun dahil olduğu evlilik olarak tanımlanmaktadır.¹³²⁻¹³³

Evlendirilmiş çocuklar evde her türlü şiddete ve istismara karşı korunmasız haldedir.¹³⁴ Bu çocukların fiziksel ve cinsel şiddet mağduriyetini daha fazla yaşadığı gösterilmiştir.¹³⁵ Fiziksel açıdan gelişimi tamamlanmamış kız çocuklarının gebelikleri; kalıcı fiziksel ve psikolojik hasara sahip olma, anne ve bebek ölümleri risklerini arttırmaktadır.^{134,136}

Türkiye'de yasal evlilik yaşı 18'dir ve çocuklar 17 yaşında ebeveynlerinin veya yasal vasilerinin rızasıyla evlenebilirler. 16 yaşındaki çocuklar da "istisnai koşullar altında ve hayati gerekçelerle" mahkemelerin özel izinleriyle evlenebilirler.⁴¹ Artan ortalama evlilik yaşına rağmen, çocuk evliliği Türkiye'de bir sorun olmaya devam etmektedir ve kız çocukları için basmakalıp rolleri güçlendiren, eğitimini kısıtlayan, sağlıklarını riske sokan, onları şiddet ve yoksulluk tehlikesiyle karşı karşıya getiren bir cinsiyet eşitsizliği modelini yansıtmaktadır.

2014 yılında yayınlanan UNICEF raporuna göre, dünya genelinde 20-24 yaş arasındaki kadınların %35'i 18 yaşından önce evlenmekte veya birlikte yaşamaktadır. Bunlardan %8'i 15 yaşından önceki evlilikleri içermektedir. TÜİK 2014 verilerine göre, 16-17 yaşında evlenen 34629 kız ve 1670 erkek çocuğu bulunmaktadır ve bu veriler yalnızca resmi bir evlenme yoluyla evlenen çocukları yansıtmaktadır.¹³²

Türkiye’de kız çocuklarının 18 yaşından önce yaklaşık %15’inin, 15 yaşından önce ise %1’inin evlendiği tahmin edilmektedir ve bu oranlar da Avrupa’nın en yüksek çocuk evlilik oranlarından biridir. Kayıt dışı ve gayri resmi dini törenler olarak gerçekleştirilen çocuk evlilikleri, cinsiyet eşitsizliği ve kız çocuklarının bir şekilde erkeklerden daha aşağı olduğu inancından kaynaklanmaktadır. Türkiye’de çocuk evlilikleri ayrıca; cinsiyet normları, doğum kayıt sistemlerinin kötü olması, yoğun mülteci akışı, istismarı örtbas etmek için evlenme/evlendirilme, insan ticareti ve din olgularına da dayanmaktadır.^{137,138}

2.1.2.2.5.4. Ensest

Fransızca "inceste" meşru olmayan cinsel ilişki, Latince "castus" dini kurallara uygun, temiz, bakir, "incestus" ise yasak, haram, sınırı aşan anlamına gelmektedir. Türkçe’ye "yasaksevi" olarak da çevrilmiştir.^{1,66,139}

Tanımı ve kapsamı ile ilgili çokça görüşler bulunan ensest kavramı, daha ağır basan ve kabul gören anlamıyla, biyolojik bağa bakılmaksızın, çocuğun bakımından sorumlu olan herkes tarafından gerçekleştirilebilecek tüm cinsel içerikli davranışlardır. Genel olarak, "Yasal, ahlaki ve dini nedenlerle evliliği yasak olan veya uygunsuz görülen bireyler arasındaki cinsel ilişki" ensest olarak kabul edilir. En sık gözlenen ensest türü bir baba ile kızı arasındaki ilişki olsa da, kardeşler arasında da sıklıkla görülür. Üvey baba, üvey anne ve üvey kardeşler tarafından gerçekleştirilen cinsel istismar da ensest olarak kabul edilir.¹⁴⁰ Toplumun yapılanması nedeni, mağdurun korkuları, utancı, güçsüzlüğünden faydalanılarak saklanan, geleneklerle korunan bir eylem olan ensestin bu nedenlerle gerçek sayılarının bilinmesi mümkün değildir.¹⁴¹

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda "ensest" tabiri yer almamakla beraber, Kanunun çocuk cinsel istismarına dair olan 103. maddesinin 3. fıkrasının (c) bendinde, "Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş veya evlât edinen tarafından..." meydana getirilen cinsel eylemlerin, cezanın ağırlaştırılması için bir gerekçe olduğu belirtilmektedir.¹⁴²

2.1.2.2.5.5. Pedofili

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin en son yayımladığı DSM-5 tanı ölçütleri kapsamında pedofil; cinsel nesne seçim bozukluğu (parafililer) kapsamında bulunan,

adölesan dönem öncesi, genellikle 13 yaşında ve 13 yaşını doldurmamış çocuklar ile ilgili cinsel fanteziler kuran ve cinsel duygular besleyen, cinsel anlamda uyarılan, bu çerçevede eyleme geçen ve bu hissiyatı 6 aydan az olmamak üzere devam eden olgu olarak tanımlanmaktadır. Her iki cinsiyette de görülmekle birlikte erkeklerde daha sık görülmektedir. Bir kişinin pedofili tanısı alabilmesi için 16 yaşını doldurmuş olması ve cinsel hissiyata sahip olduğu çocuktan en az beş yaş olmak üzere büyük olması gerekliliği de mevcuttur.^{143,144}

Pedofili tanısını almış kişilerin çocuklara karşı olan cinsel yöneliminin genellikle adölesan dönemde geliştiğinin bildirilmesinin yanı sıra erişkin dönemde de gelişebildiğini gösteren vakalar da bulunmaktadır.¹⁴⁵ Pedofillerin çocuklara karşı besledikleri cinsel yönelim ve dürtüler ile bu hissiyat dahilinde çocuklara karşı eylemlerinin yanlış olduğunu düşünmemeleri, onları diğer çocuk cinsel istismarcı gruplarından ayıran en belirgin nitelikleridir.^{146,147}

Yapılan bir çalışmaya göre, eşcinsel ve heteroseksüel kontrol gruplarına kıyasla, pedofillerin ventral striatum, orbitofrontal korteks ve serebellumda gri madde hacminde azalma olduğu gözlemlenmiştir.¹⁴⁸ 2013 yılında, fMRI ile yapılan bir çalışmada, araştırmacılar pedofillerin özellikle frontal bölge faaliyetlerinde farklılıklar bulmuşlardır.^{149,150}

Çocuğun cinsel istismarı, onlara ve onların çocuklarına da sirayet edecek, nesillerce sürecek problemler meydana getirir. Çocuğun cinsel istismarı, kronik psikiyatrik sorunlara bağlı yüksek morbidite ve genellikle madde kullanımı, suisid gibi nedenler sonucu gelişen, kayıt altına alınamayan yüksek mortalite etkenidir. Pedofili, yüksek tekrarlanma oranları ile bu problemlerle en çok karşılaşılan kliniklerdir.¹⁵¹

2.1.2.2.5.6. Cinsel İstismar Sonuçları

Çocukların cinsel istismarı, ömür boyu devam eden ve nesiller boyu süren sayısız potansiyel sonuçlara sahiptir; sağlık, eğitim, istihdam, suç alanında ve bireylerin, ailelerin, toplumların ekonomik refahı üzerinde ciddi olumsuz etkiler bırakmaktadır. Çocuğun cinsel istismarı sadece mağduru değil, aynı zamanda mağdurun ailesini, arkadaşlarını ve bir bütün olarak toplumu etkilediği için cinsel istismar tüm insanları ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur.^{152,153}

Cinsel istismar sonrası çocuk üzerindeki en derin etkilerden biri, sevgi dolu ilişkiler kurma ve sürdürme yeteneği üzerindeki olumsuz etkisidir. Bu da hayatlarının geri kalanında sahip oldukları ilişkilerde problem yaşamalarına, tekrarlayan travmalara neden olur. Hayatta kalmayı başarabilenlerin yaşamları boyunca tekrar cinsel, fiziksel veya duygusal istismar mağduru olma olasılıklarının iki ila dört kat daha fazla olabildiği çalışmalarla gösterilmiştir.^{154,155}

Çocuğun cinsel istismarı durumunda, psikolojik olarak ilk sonuçlar; şok, korku, anksiyete, sinirlilik, suçluluk, PTBS semptomları, inkar, konfüzyon ve yastır.^{156,157}

DSÖ, çocuk cinsel istismarının sonuçlarını şu şekilde sınıflandırmaktadır:^{87,158}

- **Fiziksel sonuçlar:** Batın/göğüs yaralanmaları, ekimozlar, laserasyonlar, abrazyonlar, yanıklar ve haşlanmalar, merkezi sinir sistemi yaralanmaları, engellilik, kırıklar, oküler hasar.
- **Cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları:** Cinsel işlev bozukluğu, HIV/AIDS gibi CYBH, istenmeyen gebelikler.
- **Psikolojik ve davranışsal sorunlar:** Alkol ve uyuşturucu-uyuşturucu madde kullanımı, bilişsel bozukluklar, suça karışma, şiddet uygulama ve diğer risk alma davranışları, depresyon ve anksiyete, beslenme ve uyku düzensizlikleri, gelişimsel gecikmeler, utanç ve suçluluk hissiyatı, hiperaktivite, yüzeysel ilişkiler, düşük okul performansı, azalmış benlik saygısı, PTBS, psikosomatik bozukluklar, kendine zarar verme ve intihara meyil.
- **Uzun vadeli sağlık sonuçları:** Kanser, kronik akciğer hastalığı, fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu, iskemik kalp hastalığı, karaciğer hastalığı, infertilite gibi üreme sağlığı sorunları.

Çalışmalara göre; çocuklarda cinsel istismarın en yaygın etkileri; PTBS, psikolojik sorunlar ve aşırı mastürbasyon düşünceleri, müstehcen konuşmalar, oyunlarda cinsel içeriğin artması, başkalarının cinsel organlarını görmeye çalışmak, cinsel içerikli yayınları izlemede artış, fuhuşa yönelme gibi uygunsuz cinsel davranış belirtileridir.^{152,159,160}

PTBS, bir kişinin fiziksel ve/veya psikolojik bütünlüğüne bir tehdit ve/veya zarar içeren bir deneyim sonrası gelişebilen reaktif bir bozukluktur. Çocuklarda PTBS belirtileri, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir.^{161,162}

- İstismar hatırlatıcılarına maruz kalma kaygısı,

- Travmanın oyun yoluyla yeniden canlandırılması,
- Travmanın tekrar gerçekleştiğini hissetmek,
- Tekrarlayan geri dönüşler veya anılar,
- Kabuslar,
- Spesifik korkular,
- Travmanın hatırlatılmasından kaçınma
- Konsantrasyon sorunları vb.

2.2. Cinsel Şiddet İddiası Bulunan Olgularda Muayene ve Değerlendirme

Cinsel şiddet vakalarının yönetimi, ilk karşılaşmadan itibaren başlayan, hastanın sağlığına ve refahına öncelik verilen, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren, yargılama aşaması ile hastanın tedavisinin ve rehabilitasyonunun tamamlanmasına kadar devam eden karmaşık, uzun ve zor bir süreçtir. Zamanında yapılan yüksek kaliteli bir adli tıbbi muayene, potansiyel olarak cinsel saldırı hastalarının endişelerini doğrulayabilir ve/veya giderebilir, yaşayabilecekleri travmayı en aza indirebilir, sonuç olarak da iyileşmelerini destekleyebilir. Aynı zamanda toplanan deliller, ceza soruşturmasında maddi gerçekliğin ortaya çıkarılmasına yardımcı olabilir; netice olarak da cezaların infazı ile daha fazla cinsel şiddetin önlenmesini sağlar. Cinsel şiddetle uyumlu bulguların ortaya konabileceği hakkında halkın bilinçlendirilmesi, daha fazla mağdurun saldırıyı ifşa etmesi ve yardım araması ile sonuçlanabilir. Cinsel şiddetin varlığı ve yaygınlığı arttıkça mağdurların sayısı, ihtiyaçları artmakta, tam donanımlı ilk muayeneler ve takip muayeneleri sonucunda mağdurların yardıma ihtiyaç duyabilecekleri alanlar netlik kazanmaktadır. Dolayısıyla mağdur, yalnızca adli bir vaka olmanın sınırlarını aşır psikolojik, tıbbi ve adli tıbbi ihtiyaçları dahilinde değerlendirilmesi gereken bir hasta olarak görülmeye başlanmıştır.^{11,163}

Cinsel şiddet mağdurlarının değerlendirmesinde, etik kurallar çerçevesi içerisinde, öncelik her zaman hastanın sağlığına ve refahına verilmelidir. Bu olgularda muayene, genel olarak iki amaca hizmet etmelidir:^{42,164-166}

1- Cinsel şiddet yaşadığını iddia eden bireylerin aşağıda sıralanan tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak:

- Akut tıbbi değerlendirme ve tedavi sağlanması,
- Hızlı bir ilk değerlendirme yapılması,

- Kriz müdahalesi ve duygusal destek ihtiyaçlarının giderilmesi,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı profilaksi sağlanması,
- Gebelik riski açısından değerlendirme ve üreme sağlığı hizmetleri dahil tedavi seçeneklerinin tartışılması,

- Tıbbi ve duygusal ihtiyaçlar için takiplerinin sağlanması.

2- Adli delil toplama yoluyla adalet sistemi ihtiyaçlarını ele almak:

- Olay öyküsünün elde edilmesi,
- Fiziksel bulguların dokümantasyonunun yapılması,
- Kanıtların uygun şekilde toplanması ve saklanması,
- Bulguların analizi ve yorumlanması,
- Bulguların sunumu ve uzman görüşü oluşturma.

Cinsel şiddetin mağdur üzerindeki etkisi karmaşık bir konudur. Bu nedenle, cinsel şiddet mağdurlarıyla ve/veya ilgili kanıtlarla çalışan herhangi bir sağlık profesyonelinin travmanın ve bu suçlardan kaynaklanan yaralanmaların mağdurlar üzerindeki etkisine ilişkin özel bir eğitime sahip olması, bu suçların acil ve olası uzun vadeli etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabileceğinden şiddetle tavsiye edilmektedir.^{61,167} Sağlık profesyonelleri cinsel şiddet mağduru olanlara hizmet verirken, özenli, yargılayıcı olmayan bir yaklaşımda bulunmalı; aşağılayıcı ve suçlayıcı yaklaşımların mağdurun güvenliğini sarsarak ikincil travmatizasyona yol açacağı bilinmelidir. Kimsenin cinsel şiddete uğramayı "hak edecek" bir şey yapamayacağını, mağdurun saldırıdan sorumlu olmadığı açıkça belirtmelidir. Kişinin tüm olayı hatırlayamayabileceğini, olayın bazı yönleri hakkında konuşamayabileceğini veya anlatmak istemeyebileceğini hatırlamak önemlidir; bu nedenle sabırlı olunmalıdır. Hekim tüm fiziksel yaralanmaları tespit edebilmeli, belgeleyebilmeli ve bu amaç doğrultusunda genito-anal bölgenin normal anatomik görünümü hakkında bilgi ve deneyim sahibi olmalıdır. Muayene eden kişi detaylara çok dikkat etmeli ve alınan tüm örnekleri kaydetmelidir. Öykü ve muayene bulguları, objektif olarak yorumlanmalı ve ayrıntılı bulgular güncelken rapor hazırlanmalıdır.

Cinsel şiddet olgularında muayene, mağdur için travmatik bir işlemdir; bu nedenle, eksiksiz ve multidisipliner bir muayene ile adli işlemlerin yerine getirileceği ve tüm delillerin toplanabileceği, uygun şekilde saklanabileceği bir ortam gereklidir.

Tekrarlanan muayeneler ve sorgulamaların kişinin tekrar tekrar mağdur edilmesine, sonuç olarak da PTSD bulgularının artmasına neden olabileceği bildirilmektedir.^{168,169}

DSÖ'nün yayınladığı rehberler başta olmak üzere, birçok ülkenin cinsel şiddet alanında ülkenin kültürel yapısı, mağdurların sosyodemografik özellikleri, olası ihtiyaçları, sağlık merkezlerinin çalışma düzeni, yasal durumu göz önünde bulundurularak kendi protokolleri bulunmaktadır. Genel anlamda dünya standartları ve uluslararası protokollerin incelenmesi sonucu; muayenenin mümkün olan en kısa süre içerisinde, hastayı tekrarlayan travmalardan uzak tutacak şekilde, zarar vermeden uygulanması önerilmektedir. Aynı zamanda bu alanda üzerine görev düşen hekimler, sağlık hizmetleri çalışanları, kolluk kuvvetleri, avukatlar ve savcılar gibi hem tıbbi hem adli birimlerin işbirliği içerisinde mağdur odaklı bir yaklaşım sergilemesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Mağdur odaklı yaklaşımın temellerini; cinsel şiddet hastalarının acil vaka olarak değerlendirilip öncelik verilmesi, sürecin hastanın anladığı dil ve terimlerle açıklanması, hastanın mahremiyetinin ve gizliliğinin sağlanması, her hastanın ihtiyaçlarının farklı olabileceği akılda tutularak bunların karşılanması için muayene sürecinin gerektiği gibi uyarlanması, muayene sürecinin öneminin mağdura aktarılması oluşturmaktadır.¹⁷⁰

Anayasa'da belirtildiği üzere Türkiye Cumhuriyeti, sosyal bir hukuk devletidir ve sosyal devlet olmak demek "insan onuruna yakışır bir yaşamı güvence altına almak" demektir. Bu bağlamda, işlenen bir suç nedeniyle etkilenen bireye "insan" olmasından kaynaklanan hakları çerçevesinde değer verilmeli, bu doğrultuda davranılmalı ve bu kişilere doğru desteğin sağlanması için çaba gösterilmelidir. Hiçbir suç mağduru; ırk, renk, etnik ya da sosyal köken, genetik özellikler, dil, din ya da inanç, politik ya da diğer görüşler, ulusal bir azınlığın üyesi olma, mülkiyet, doğum, engellilik, yaş, cinsiyet, cinsel ifade, cinsel kimlik, cinsel eğilim, ikamet durumu ya da sağlık gibi nedenlerle ayrımcılığa maruz bırakılmamalı, saygıyla ve profesyonel bir anlayışla yaklaşım sergilenmelidir.¹⁷¹

Ülkemizde, cinsel istismar/saldırı mağdurları ile çalışan sağlık görevlilerine rutinde verilen bir eğitim olmamakla birlikte, ülke bazında oluşturulmuş ortak bir protokol, bir standardizasyon da bulunmamaktadır. Cinsel şiddet alanında kullanılan ortak bir dilin olmayışı; muayene ve değerlendirme sürecinde anlam karmaşıklığına, raporlarda farklılıklara, ayrıca hak kayıplarına ve yaşanan travmanın mağdur

üstündeki kısa ve uzun süreli etkilerinin şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda, ülkemizde cinsel şiddet muayenelerinin gerçekleştirilebileceği, olayı değerlendirecek tüm ekibin hazır bulunacağı, 24 saat hizmet veren cinsel şiddet veya kriz merkezleri bulunmamaktadır. Bu muayeneler çoğunlukla Adli Tıp Kurumu ve ilgili birimler, üniversitelerde bulunan Adli Tıp Anabilim dalları ya da çeşitli sağlık kuruluşlarının acil servislerinde adli tabiplik uygulamaları çerçevesinde gerçekleştirilmektedir.¹⁷² Sadece 0-18 yaş grubu cinsel şiddet olgularının muayenesi, değerlendirilmesi ve takipleri amacıyla oluşturulmuş olan Çocuk İzlem Merkezleri'nin günümüzdeki yeterlilikleri ve etkinlikleri konusunda tartışmalar devam etmektedir.

2.2.1. İdeal Muayene Nasıl Olmalıdır?

Uluslararası protokollerin genel çerçevede değerlendirilmesi sonucu, ideal bir muayene nasıl olmalıdır sorusunun cevabının DSÖ'nün 2017 yılı raporunda da belirttiği üzere şu şekilde olduğu görülmüştür.^{8,42,61,164,170,173-175}

- Kişi tarafından verilen bilgileri, saygılı ve empatik bir şekilde dinlemek,
- Kişinin endişeleri ve ihtiyaçları hakkında sorgulama yapmak ve tüm soruları yargılayıcı olmadan ve doğru şekilde cevaplamak,
- Kişinin güvenliğinin sağlanabilmesi için görsel ve işitsel gizlilik ortamı oluşturmak,
- Psikososyal hizmetlere erişimi kolaylaştırmak, duygusal ve pratik destek sağlamak,
- Adli konular hakkında yaşa uygun bilgiler sağlamak/vermek,
- Acil tıbbi ihtiyaçlara ve birinci basamak desteğe öncelik vermek,
- Bakımın sağlandığı ortamın ve bakım yöntemlerinin mağdurun yaşına uygun olmasının yanı sıra, örneğin engellilik veya cinsel yönelim gibi konularda ayrımcılığa maruz kalanların ihtiyaçlarına da duyarlı hale gelmek,
- Hastaneler/sağlık kuruluşları içerisinde çok sayıda bakım noktasına gitme ihtiyacını en aza indirmek,
- Mağdurun ailesine kişinin önümüzdeki günlerde veya aylarda gösterebileceği olası semptom ve davranışları anlamaları için bilgi vermek,
- Olay öyküsünü tekrar tekrar anlatma durumunu en aza indirmek,

- Önce genel konular hakkında sorular sorarak güven ilişkisi oluşturmak ve uyum yakalamak,
- Doğru ve etkin tedavi sağlayabilmek için kişinin fiziksel ve psikolojik açıdan kapsamlı bir değerlendirmesinin yapılması,
- Açık uçlu sorular sormak,
- Yalın bir dil ve terminoloji kullanmak,
- Bulguların sonuçları hakkında bilgi vermek,
- Muayeneyi mağdurun istekleri doğrultusunda yürütürken gecikmeleri en aza indirmek,
- Her muayene adımından önce ne yapılacağını açıklamak,
- Mağdurun isteği doğrultusunda gerekirse hekimin cinsiyeti hakkında seçim yaptırmak,
- Muayene prosedürlerini açıklamak için yaşa uygun görsel resim ve imgelerle uygun terimleri kullanmak,
- "Bekaret testi" adı altında aşağılayıcı ve fiziksel anlamda zarar verici muamele yapmamak (iki parmak testi veya vajinal muayene),
- Prepubertal dönemde spekulum veya anoskop kullanılmasını ve dijital veya bimanuel muayenelerin rutin olarak yapılmasını önlemek,
- Yasal hizmetlere erişimin ve aynı zamanda gizliliğin korunması amacıyla tıbbi geçmiş, fizik muayene ve diğer testler ile ilgili bilgilerin doğru ve eksiksiz bir şekilde belgelendirilmesi,
- Bulguları kaydetmek için yapılandırılmış bir format kullanmak,
- Anamnezin doğru ve eksiksiz dokümantasyonunu sağlamak,
- Semptom ve yaralanmaların ayrıntılı bir şekilde kaydedilmesi,
- Hangi amaçlarla kullanılacağını açıkladıktan sonra fotoğraf ve/veya video çekmek için uygun şekilde bilgilendirilmiş onam almak,
- Toplanan tüm bilgileri gizli tutmak,
- Cinsel şiddet sonucu meydana gelebilecek CYBH ve gebelik açısından önlemler almak,
- Cinsel şiddetin olası kısa ve uzun dönem sonuçları göz önünde bulundurularak mağdurlara psikiyatrik destek sağlamak,
- Objektif, eksiksiz, yalın bir terminolojinin kullanıldığı bir rapor hazırlamak.

2.2.1.1. Muayene Odasının Özellikleri

Cinsel şiddet mağdurlarının değerlendirilmesi amacıyla oluşturulacak merkez için ideal olan yer, bir hastane veya bir tıp kliniğinde, tıbbi uzmanlığa hemen erişimin olabileceği bir yerdir. Bunun sebebi, hastanın kafa travması, zehirlenme gibi cinsel şiddet sonucu meydana gelebilecek durumlarda acil tıbbi müdahale ve tedaviye ulaşım imkanının veya laboratuvar hizmetlerinin bulunması gerekliliğidir.¹⁷³

Mağdurun konfor seviyesini en üst düzeye çıkarmak için her türlü çaba gösterilmelidir. Mümkünse mağdur doğrudan muayene odasına veya ayrı bir bekleme odasına götürülmelidir. Muayene sırasında kolluk kuvvetlerinin bulunmasının gereksiz ve mahremiyetin ihlali olduğu unutulmamalıdır.

Muayene odasının sıcaklığının ne çok sıcak ne çok soğuk, ortalama oda ısısında olması gerektiğinin belirtilmesinin yanında⁸, cinsel şiddet muayene odalarının diğer odalardan farklı olarak mağdurun üşümemesi ve muayene esnasında kasılmaması için iyi ısıtılmış olması gerektiğini belirtenler de bulunmaktadır.^{176,177}

İdeal bir cinsel şiddet mağduru muayene odasında; doktorun hastaya sağ taraftan yaklaşabilmesi için yerleştirilmiş bir muayene masası, jinekolojik muayene masası, her hasta için temiz çarşaf ve önlük, genito-anal muayenenin kalitesi açısından iyi bir aydınlatma, özellikle kişinin rahatça soyunup giyinebilmesi için görsel ve işitsel gizliliğin sağlanabildiği ayrı bir oda/kabin ve ayrı bir lavabo ile duş, kıyafet değişim imkanları, örnek toplama materyalleri, dokümantasyon için bir masa, muayene esnasında girişleri önlemek için kilitli bir kapı gerekmektedir. Bekleyen aile ve arkadaşlar için kullanılabilecek bir resepsiyon alanı da ayrılmalıdır. Muayene odasının sadece perdeleri değil duvarları ve kapıları olmalı, ayrıca failler mağdurlardan ayrı tutulmalıdır.¹⁷⁰

2.2.1.2 Muayenede Zamanlama

Fizik muayenenin zamanlaması, özellikle akut müdahalenin gerekli olduğu olgularda, büyük ölçüde hasta için en uygunu olacak şekilde ayarlanmalıdır. Ancak; acil kontrasepsiyon gibi terapötik fırsatların kaybedilmemesi, yaralanmalar gibi fiziksel kanıtların değişmemesi, kan ve meni dahil olmak üzere saldırganın temas kanıtını oluşturacak adli materyalin kaybedilmemesi için hizmete erişimin gecikmemesi ve hızlı harekete geçilmesi gerekmektedir.⁸

Cinsel şiddet olgularının muayenesi sonucu elde edilen bulguların yorumlanması için günlük pratiğimizde kullandığımız Adam's kriterleri, 2015 yılında revize edilmiş ve muayeneler acil, ivedi, acil olmayan şeklinde sınıflandırılmıştır.¹⁷⁶ Acil bir değerlendirme gerekiyorsa gecikmeksizin muayene yapılmalı, ivedi ve acil olmayan değerlendirmeler 1 ila 7 gün içerisinde yapılmalıdır. Çalışmalar, prepubertal çocukların muayenelerinin saldırıdan sonraki 24 saatlik zaman dilimi içerisinde yapılması halinde büyük ölçüde DNA elde edilebildiğini doğrulamıştır.^{167,178,179}

Acil değerlendirme endikasyonları: Akut ağrı veya kanama, intihar düşüncesi veya insan ticareti şüphesi gibi tıbbi, psikolojik veya güvenlikle ilgili endişeler, 72 saat içerisinde gerçekleştiği iddia edilen olgular, acil kontrasepsiyon ihtiyacı, CYBH için maruziyet sonrası profilaksi ihtiyacı.

İvedi değerlendirme endikasyonları: Acil tıbbi, psikolojik veya güvenlik ihtiyaçları olmayan, son 2 hafta içinde meydana gelen, şüpheli veya bildirilmiş cinsel şiddet iddiaları.

Acil olmayan değerlendirme endikasyonları: İddianın son 2 hafta içerisinde olmadığı ve acil tıbbi, psikolojik veya güvenlik gereksinimleri gerektirmeyen çocuk tarafından istismarın açıklanması, cinselleştirilmiş davranışlar, multidisipliner bir ekip tarafından şüphelenilen cinsel istismar veya ailenin cinsel istismarla ilgili endişelerinin bulunduğu olgular.

Takip değerlendirmesi için endikasyonlar: İlk muayenede yeniden değerlendirmeyi gerektiren belirsiz bulgular, ilk muayene sırasında tanımlanmayan veya tedavi edilmeyen CYBH için ek testler, akut bulguların iyileşme evrelerinin dokümantasyonu, 100'den daha az cinsel şiddet mağduru muayenesi yapmış hekimin ilk muayenedeki bulgularını tekrar değerlendirme gereksinimi.¹⁶⁷

2.2.2. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, medikolegal açıdan bakıldığında oldukça önemli bir konudur. Kişilerin isteği dışında muayene yapılması söz konusu değildir. Adli bir sürecin içinde de olsa tüm muayenelerde kişinin rızasının alınması uluslararası sözleşmeler, yasalarımız ve yönetmeliklerde yer verilen insan haklarının gereğidir. Bir kişinin rızası olmadan muayenesinin yapılması ve örnek alınması, söz konusu tıbbi görevlinin kişinin vücut bütünlüğüne saldırı ile suçlanmasına neden olabilir.¹⁸⁰

Cinsel şiddet iddiası olan olgularda aydınlatılmış onam, iki hususu özellikle barındırmalıdır. Birincisi genel tıbbi değerlendirme, testler ve tedavi için, diğeri de adli delil olarak nitelendirilebilecek kanıt toplama ve foto dokümantasyon içindir. Her muayeneden ve genito-anal bölge incelemesinden önce izin alınmalıdır.¹⁷⁶ Hastalar, uygulanacak her prosedürün nasıl ve neden yapılacağı, adli delil niteliği taşıyabilecek örneklerin nasıl toplanacağı, uygulamaların varsa alternatifleri, çekilen fotoğraf veya videoların saklanması ve kullanımlarının ne gibi durumlarda gerekli olabileceği, sürecin nasıl işleyeceği konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalar, rızalarının karşılığını tam olarak anlamalı ve rızalarını yazılı olarak vermelidirler.¹⁸¹⁻¹⁸³ Hastaları bir prosedüre izin verip vermeme konusunda bilinçli kararlar alabilecek duruma getirmenin tek yolu ise, onlara ilgili tüm bilgileri anladıkları bir dilde aktarmaktır. Burada önemli olan, hastanın muayenesinin herhangi bir kısmını veya tamamını reddedebileceği, onamını istediği zaman geri alabileceğidir.¹⁸²

Cinsel muayene öncesi çocuğun velisine, yapılacak muayenenin içeriği ve medikolegal gereklilikleri anlatılmalı, aydınlatılmış yazılı onam alınmalıdır. Mağdur çocuk muayene hakkında anlayabileceği şekilde mutlaka bilgilendirilmeli, muayenenin gerekli görülen her aşamasında yapılacak işlemi anlaması sağlanmalıdır.¹⁸⁰

Ceza Muhakemesi Kanunu madde 75 şüpheli veya sanığın, madde 76 diğer kişilerin beden muayenesi ve vücuttan örnek alınmasına dair düzenlemeleri içermektedir. Madde 76'ya göre, iddiaya konu suça ilişkin delil toplamak amacıyla yapılacak dış/iç muayene ve biyolojik örnek alınması ancak savcı veya hakim kararı ile gerçekleştirilebilir. Madde 75'te ise, şüpheli veya sanığın muayeneye ve biyolojik örnek toplanmasına rıza vermemesi halinde ne yapılması gerektiğine dair bir hüküm yer almamaktadır. Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik madde 18/1'e göre, şüpheli sanık veya diğer kişilerin muayene ve örnek toplanmasına izin vermemeleri durumunda ilgili Cumhuriyet başsavcılığı tarafından gerekli tedbirlerin alınacağı bildirilmekle birlikte tedbirlerin ne olacağı açıklanmamıştır. Dış/iç muayene ve biyolojik örneklerin alınması hakkında şüpheli veya sanığın rızasının aranmadığı, ancak mağdur konumundaki kişinin rıza vermesi dahilinde müdahalelerin yapılabileceği söylenebilir. Cinsel şiddet vaka yönetiminin sadece genital muayeneden özellikle çocuğun yüksek yararının ilk hedef alındığı, bedensel ve ruhsal muayeneyi içeren bütüncül yaklaşıma evrildiği uluslararası

düzende, maalesef ki hala mağdurun rıza vermediği durumlarda iç beden muayenesi yapmadığı için yargılanan hekimler söz konusudur.

Muayene için rıza alınırken ve muayene sırasında odada bir hemşirenin ya da kadın bir sağlık personelinin de yer alması önerilmektedir. Kolluk kuvvetleri hiçbir şartta muayene odasında bulunmamalı; ancak mağdur bir çocuk ise ve annesi veya bir yakınının muayene esnasında yanında kalmasını istiyorsa, çocuğun bu isteğine izin verilmelidir, denmektedir. Yine de bu olgularda ensest ihtimali açısından dikkatli olunmalıdır.^{172,183}

Hekimler başta olmak üzere vaka yönetimi içerisinde görevli tüm tıbbi ve adli görevliler, hastaların rızasını almak için herhangi bir yargı veya zorlayıcı uygulamadan kaçınmalıdır. Böylesi bir uygulama etik ve mesleki uygulamalara aykırıdır. Ayrıca, aydınlatılmış onam süreci, bir prosedürü reddetmenin sonuçları hakkında bilgilendirilmeyi de içermelidir.^{11,174,184} Tüm bilgilendirmeler yapıldıktan sonra kişi muayene aşamasını reddediyorsa, yasalara uygun şekilde reddetme ile ilgili bir belge düzenlenmeli, saklanmalı ve yetkili makamlara bildirilmelidir.

2.2.3. Anamnez

Cinsel şiddet olgularında, hastanın ilk tıbbi bakımı tamamlandıktan sonra, muayene ve delil toplanmasından önce, hastadan tıbbi geçmiş bilgileri alınmalıdır. Hastalara saldırı ile ilgili ayrıntılı adli ve tıbbi sorular sorularak elde edilen bu öykü, bulguların muayenesi, delil toplanması ve analizine rehberlik etmeyi amaçlamaktadır.⁶¹

Olay öyküsünün paylaşılması, hastalarda saldırıyı tekrar yaşıyormuş hissi uyandırabileceği gibi bu durum, duygusal ve fiziksel iletişim kurmayı zorlaştırabilir. Hastalar kendileri ile ilgili oldukça özel konuları paylaşmaktan rahatsız olabilirler. Hastanın oldukça hassas olacağı bu dönemde, tıbbi geçmiş ve olay hakkında bilgi almak isteyenler, hastalara olabildiğince saygılı olmalı ve soruların tekrarını en aza indiren bir bilgi toplama süreci oluşturmak için işbirliği içinde çalışmalıdır. Cinsel şiddet ile ilgili sorulara doğrudan yönelmeden önce tarafsız konular ile ilgili sorular sorularak güven ilişkisi kurulmalıdır. Uygun bir dil ve terminoloji ile tekrarlanmayan, açık uçlu sorular tercih edilmelidir.¹⁷³

Cinsel saldırı olgularının değerlendirilmesinde, görüşmenin hekim ve mağdur arasında yalnız gerçekleştirilmesine dikkat edilmelidir. Ancak belirtildiği gibi mağdur

bir çocuksa, korkmuşsa veya yalnız kalmak istemiyorsa, annesi veya bir yakınının muayene esnasında yanında olmasına izin verilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken, muayeneye refakat eden kişi, hastalar için soruları cevaplamamalı, hastaların cevapları hakkında yorum yapmamalı, hastaların cevaplarına yanıt vermemeli veya hastaların cevaplarına yanıt olarak yüz ifadeleri yapmamalıdır. İstenildiği takdirde, çocuğun yanında muayeneye refakat eden kişi ile ayrı bir görüşme talep edilebilir. Eğer tercümanlar gerekli ise, önceden hazır olmalıdır. İletişim ile ilgili engelleri olan hastalar, yardımcı iletişim cihazlarını kullanmak isteyebilirler. Tıbbi prosedürler ve insan anatomisi hakkında resimli kartların kullanılması, bazı bilişsel engelli veya sınırlı kelime dağarcığı olan hastalarla iletişimi kolaylaştırabilir.¹⁷⁰ Muayene sırasında saptanabilecek fiziksel bulguları ya da normal bir muayene bulgularının cinsel şiddeti dışlamadığı açıklanmalıdır.¹⁶⁷

Mağdurun çocuk olduğu cinsel şiddet vakalarında görüşme ve muayene odaları, çocuğa uygun, olası ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte, samimi olmalı; yaşa uygun ekipman ve oyuncaklar ile kayıt materyallerini içermelidir. Görüşmenin nedeni hakkında çocuğa yaşına uygun aydınlatıcı bilgiler verilmeli, çocuğun anlatımının doğal akışına mümkün olduğunca müdahil olunmamalı, çocuğun ifadesi tekrarlanarak onaylanmalıdır. Çocuğun olay öyküsünde tutarsızlıklar fark edilirse, baskıcı ve eleştirel olmayan bir dil kullanılarak çocuğu anlamaya yönelik sorular sorulmalı ve görüşme nasıl sonlanırsa sonlansın katılımından dolayı çocuğa teşekkür edilmeli, görüşme bitirilirken yerine getirilemeyecek vaatlerde bulunulmaması gibi ilkelere özen gösterilmelidir. Görüşme sırasında anatomik yapıya uygun bebekler ya da çocuk resimleri, projektif testlerin kullanılması önerilmektedir.¹⁸⁵

Bir çocuğun istismara ilişkin başlangıçtaki inkârı, istismarın gerçekleşmediğine ilişkin kanaat oluşturmamalıdır. Bu durumda ayrıntılı öykü alınması, ruhsal durum muayenesinin yapılması ve ruhsal değişimlerin değerlendirilmesi gerekmektedir.¹⁸⁵ Çocuğun yaşadığı istismarı açıklama süreci oldukça kompleks, birçok değişkene bağlı, olgudan olguya farklılık gösteren bir dönemdir. Bu süreç; inkar, kısmen açıklama, isteksiz açıklama, tamamen açıklama arasında gidiş-gelişler gibi tutum değişikliklerini içermektedir.¹⁸⁶ Açıklama sürecini anlayabilmek; hem inceleme hem de çocuğun korunması açısından son derece önemlidir. Cinsel istismarın ifade edilmesi ile ilgili bu zamana dek yapılan araştırmalar, bu süreci kolaylaştıracak baskın bir yöntem

olmadığını ortaya koymaktadır.¹⁸⁷ Yaş, mağdurun saldırganla yakınlığı, aile desteğinin olmayışı, sonuçlardan korkma, inanılmamaktan korkma; çocuğun isteksizliğini pekiştirecek etkenler olarak görülmektedir.¹⁸⁸ Uzmanların çocuklara her zaman bilgi paylaşabileceği, soru sorabileceği rahatlığı ve güveni verebilmesinin yanı sıra söylenmemiş olmasının yapılmadığı anlamına gelmediğinin bilincinde olması gerekmektedir.

Hastanın tıbbi geçmişi ve olay öyküsü alınırken önerilen en güvenli yol, muayeneye ilgili tüm prosedürleri açıklayan, belli bir düzeni olan, bilgi ve kanıt toplanmasının eksik kalmasını önleyen standart muayene protokollerinin kullanılmasıdır.^{174,189} Birçok ülke ve kurumun hazırladığı standart öykü alma ve muayene kılavuzları bulunmaktadır. Özellikle kapsamlı ve iyi hazırlanmış bir kılavuzun ayrıntılı ve eksiksiz bilgi alınmasını sağlamakta çok etkili olduğu bilinmektedir.¹¹

Tıbbi tanı koymada ve cinsel şiddet tedavisinin uygun şekilde belirlenmesinde öncelikle doğru ve eksiksiz bir tıbbi geçmiş alınması önemlidir. Obstetrik ve jinekolojik geçmiş başta olmak üzere genel tıbbi ve cerrahi geçmiş, menstrüasyon bilgileri, yakın geçmişteki rızaya bağlı cinsel aktivitenin zamanı, düzenli bir cinsel partnerinin olup olmadığı, alkol ile uyutucu-uyuşturucu madde kullanımı, kronik rahatsızlıklar, kanama bozuklukları, özellikle de tetanoz aşısı geçmişi ilk etapta öğrenilmesi gerekenlerdir.¹¹ Olay ile ilgili olarak sorulması gerekenler; olay yeri, zamanı, fail(ler)in sayısı ve bilgileri, saldırının tipi (temas, sürtünme, anal, vajinal, oral penetrasyon gibi), vücudun herhangi bir bölgesine oral temas, vücut boşluklarına veya vücut üzerine ejakülasyon, kondom veya kayganlaştırıcı kullanılıp kullanılmadığı, fiziksel şiddet varlığı ve bölgesi, tehdit veya ilaç kullanımı olup olmadığı ve olay sırasında bilinç kaybı olup olmadığıdır.^{11,176} Olay sonrası; mağdurun idrar veya gaita yapıp yapmadığı, dış fırçalama veya gargara kullanma, vücudun belli bir bölümünü veya tamamını yıkama, istemli cinsel ilişkiye girme, olay esnasında giyilen kıyafetlerin, iç çamaşırının yıkanıp yıkanmadığı sorgulanmalıdır. Son olarak hastanın genital bölgesinde kanama, kaşıntı, üriner sistem semptomları, anal bölgede kanama/ağrı, karın ağrısı ile vücudunda travma aldığını ve/veya ağrısı olduğunu belirttiği bölgeler sorulmalı; muayenede ağrı olduğu belirtilen yumuşak doku alanlarında makroskopik bir lezyonun saptanamazsa, travma sonrası ekimozların görünmesinin uzayabilmesi nedeni ile kişi 24 saat sonra tekrar muayeneye çağırılmalıdır.^{11,170,173}

2.2.4. Fizik Muayene

Cinsel şiddet mağdurlarının fizik muayenesinin, rutinde yapılan fizik muayenelerden çok daha fazla dikkat gerektiren, her bulgunun mutlaka kaydedildiği ve saklandığı incelikli bir değerlendirme olduğu bilinmektedir. Muayene esnasında uygulanacak her işlemde, muayene edilecek her bölgeden önce hastanın sözel onamı alınmalı, her basamak tek tek açıklanmalı, hastaya soru sorma hakkı tanınmalıdır. Hastaların fizik muayenesinin tamamını veya bir kısmını reddedebileceği, bu durumda hastanın kararına saygı gösterilmesi gerektiği bilinmelidir. Hastanın fizik muayene üzerinde bir dereceye kadar kontrolüne izin verilmesine dikkat edilmeli ve muayenesinin reddi durumlarında kayıtlar buna göre düzenlenmelidir.⁸

Çocuk mağdurların muayenesinde öncelikli olan çocuğun güvenliğini kazanmaktadır. Çocuğun yaşına uygun olarak her muayene açıklanmalı, çocuktan onay alınmalıdır. Çocukların muayenesi, çocuğun rızası dahilinde annesinin kucağında yapılabilir.⁷⁸

Hem tıbbi hem adli açıdan oldukça önemli bir prosedür olan muayene aşamasında, işleyişin düzeninin sağlanması, takibin kolaylaşması, herhangi bir basamağın atlanmaması, delil toplama basamaklarının kurallarına uygun gerçekleştirilebilmesi için dünya genelinde hazır formlar ve kitler kullanılmaktadır. Bu kitlerin içerisinde sürüntü çubukları, kan tüpleri, tek kullanımlık eldiven, maske ve önlük, plastik tarak, zarf, paket vb. yer almaktadır.¹⁹⁰ Ülkemizde rutinde kullanılan bir denetim listesi veya kit uygulaması bulunmamaktadır.

Cinsel şiddet mağdurlarının travma sonrası bedenlerinde meydana gelen yaralanmalara bakıldığında, bu suçun mağduru kişilerin 3/4'ünün herhangi bir vücut bölgesinde yaralanma olduğu, ancak bu yaralanmalar arasında genito-anal bölge yaralanmalarının çok nadir olduğu belirtilmektedir.^{191,192} Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda ise genito-anal bölge harici yaralanmaların seyrek olduğu görülmektedir.¹⁷² 10-19 yaş aralığındaki 315 cinsel suç mağduru ile yapılan çalışmada, 237 kişide (%75) genito-anal bulgu bulunmadığı bildirilmiştir.¹⁹³ 15 yaş üstü cinsel şiddet iddiası ile değerlendirilen 819 kadın ve kız çocuğunun dahil edildiği bir çalışmada, olguların %52'sinde genel vücut travması, %20'sinde genito-anal travma saptandığı, %41'inde yaralanma izlenmediği; 20 yaşından genç, 49 yaşından büyük olgularda genito-anal travma bulgularının daha sık olduğu belirtilmektedir.¹⁹⁴ Yine başka bir çalışmada, cinsel

şiddete uğrayan olguların %70,4'ünde nongenital bulgu olduğu, bulguların da en çok uyluk, üst kol ve yüzde bulunduğu bildirilmiştir. Olgulardan %10,4'ünde boğma veya ağız burun tıkanması bulguları saptandığı belirtilmiştir.^{11,195}

Özellikle cinsel şiddet mağdurlarında saptayabileceğimiz, olay hakkında delil sayılabilecek ve/veya delil barındırabilecek bazı özel lezyonlar ve özellikle dikkat edilmesi gereken bazı vücut bölgeleri vardır. Baş ve boyun bölgesinde saptanabilen ekimozlar, areolada 1-2 santimetre aralıklı ekimozlar, tırnakların neden olduğu lineer abrazyonlar, zorlu penetrasyon sonucu özellikle uyluk iç kısımları ile birlikte bacaklar, kalçalarda ekimozlar, ellerin gluteusları ayırması sonucu ekimozlar görülmesi önemlidir. Cinsel şiddetin uygulandığı zemin kaynaklı, sırtta özellikle omuzlarda ve gluteal bölgelerde ekimozlar ve abrazyonlar, açık alanda gerçekleşmesine bağlı taşlara, çalılara ve dallara ait lezyonlar, deride yaprak ve çimen lekeleri bulunabilir. Isırık ve emme izleri, olayın gerçekliği ve delil barındırabilmeleri açısından çok önemli lezyonlardır.¹⁷² Boyun, omuzlar, memeler ve gluteal bölgelerde emmeye ve ısırma bağlı çeşitli özelliklerde sahip ekimozlar bulunabilir. Dudakların sert bir şekilde cildi kavraması, emme ve negatif basınca bağlı olarak subkutanöz dokuların yüzeysel katmanlarında meydana gelebilen küçük venüllerin rüptürü, peteşiyal kanamalar olan "aşk öpücüğü" adı verilen lezyonun saptanması önemlidir. Dudakların kenarında yarım ay şekilli lezyonlar, diş izleri ve abrazyonlar görülebilir. Diş izleri saptanırsa, dişlerin kalıbı çıkarılabilir, saldırganın kimlik tespitinde bir adli odontologdan yardım alınabilir.^{170,176}

Muayene sırasında hem tıbbi hem de adli örnekler toplanmalıdır. Tıbbi ve adli hizmetlerin aynı anda, aynı yerde ve aynı kişi tarafından sağlanması, hastanın muayene sayısını azaltır ve hastanın ihtiyaçlarının daha kapsamlı bir şekilde ele alınmasını sağlar. Muayene sırasında, mağdurun vücudunda saptanan küçük büyük fark etmeksizin tüm travmatik lezyonlar yaralanmanın anatomik yeri, boyutu, şekli, sınırları, rengi, derinliği vb. kaydedilmeli, uygun diyagramlar üzerinde işaretlenmeli, her yaralanma uygun bir L ölçek eşliğinde yakın, orta ve uzak mesafelerden fotoğraflanmalıdır.^{61,174} Kişinin bedeninde saptanabilecek saç, kıl gibi delil niteliği taşıyabilecek tüm biyolojik örnekler toplanmalı; öpme, ısırma, emme gibi oral temas veya kişinin vücuduna boşalma gibi biyolojik madde transferi olabilecek bölgeler tespit edilerek bu bölgelerden DNA incelemesi için sürüntü örnekleri alınmalıdır.¹¹ Sürüntü örnekleri cilt yüzeyinden

alınırken çift swap tekniği kullanılmalıdır. Bu teknikte, öncelikle bir sürüntü çubuğu serum fizyolojik ile nemlendirilir, şüpheli bölgeye uygulanır. Sonrasında kuru sürüntü çubuğu ile aynı bölgeden tekrar örnek alınarak etiketlenir ve laboratuvara gönderilir. Hastada travma sonucu iç organ yaralanması veya fraktürlerden şüpheleniliyorsa radyolojik inceleme talep edilmelidir. CYBH ve gebelik değerlendirmesi için gerekli numuneler alınmalıdır.^{173,175}

Fizik muayenenin bir kısmını kıyafet incelemesi oluşturmaktadır. Kıyafetler; kıllar, lifler ve vücut sıvıları için muhafaza görevi görür; bu örneklerin her biri, cinsel şiddetin en önemli ve tek göstergesi olabilir. Kıyafetler hastanın mahremiyeti sağlanarak temiz, tercihen açık renkli bir kağıdın üzerine çıkarttırılır. Her bir parça eldiven kullanılarak paketlenir, özellikle iç çamaşırlarının ayrı bir zarfa konulması önerilmektedir. Kan veya meni gibi ıslak lekelerle sahip kıyafetlerin kurumasına izin verilmeli, kuruduktan sonra içe doğru katlanmalı ve daha sonra kağıt torbalara yerleştirilmelidir. Her paket hastanın bilgilerini içerecek şekilde etiketlenmeli ve incelemeye gönderilmelidir. Kişiye mutlaka yedek kıyafet temin edilmelidir.¹⁸²

Bilindiği üzere her fizik muayene inspeksiyonla başlar. Hastanın genel görünümü, kişisel bakımı, tutum ve davranışları incelenmelidir. Hastanın mental durumu değerlendirilmeli, algılama yeteneğini bozacak bir durum olduğundan şüphelenilirse not edilmelidir. Kişinin genel görünümü ile arteriyel kan basıncı, nabız, solunum sayısı, ateş gibi vital bulgular kaydedilmelidir. Tepeden tırnağa muayenede, genito-anal bölgenin muayenesi en sona bırakılmalı, hastanın güveni kazanılmaya çalışılmalıdır.⁴² El incelemesinde, parmaklar ve tırnaklar delil barındırması açısından kıymetlidir. Gerekli görülürse örneklenip kaydedilmelidir. El bilekleri, bağ izi açısından; ön kollar, morarma, sıyrıklar, laserasyonlar veya insizyon gibi savunma yaraları açısından; üst kolların iç yüzeyleri ve koltuk altları, kuvvet uygulanmaya, kıyafet sürtünmesine, sıkılmaya bağlı parmak ucu şeklindeki ekimozlar ve peteşiler açısından dikkatle incelenmelidir.

Yüz bölgesi incelenir. Konjonktivalar, herhangi bir solunum yolu baskısına bağlı meydana gelebilecek peteşiler açısından değerlendirilir. Burun incelenerek kanama belirtileri olup olmadığı, kulak arkaları, kulak zarları kontrol edilmelidir. Yüz kemikleri nazikçe palpe edilmeli, hassasiyet varsa belirlenmelidir. Ağız bölgesi; sıyrıklar, uygulanan fiziksel şiddet sonucu meydana gelebilecek labial frenilum yırtılmaları

açısından kontrol edilmelidir. Damaktaki peteşiler, penetrasyonu gösterebilir. Yırtık bukkal mukoza veya kırık diş olup olmadığı kontrol edilir. Gerekli görülürse oral numune alınmalıdır.

Kafa derisi nazikçe palpe edilerek hematomu düşündüren hassasiyet, şişlik ve laserasyonlar açısından incelenir. Şiddet esnasında saçın çekilmesine bağlı saç dökülmesine dikkat edilmelidir. Boyun bölgesi incelemesinde ekimoz saptanması, yaşamı tehdit eden ciddi bir saldırıyı gösterebilir. Emme tarzı ısırıklar görülmesi halinde, kuru ve ıslak sürüntü örnekleri tükürük incelemesi açısından mutlaka alınmalıdır.

Göğüs, sırt, batin muayenesinde hastaya zaman tanımak, muayene sırasına göre yalnızca ilgili alanın açılması hastanın rahatı ve mahremiyeti açısından önemlidir. Genellikle sırt ile başlamak en uygundur. Omuzlar ayrı ayrı görülmeli, tüm sırt ekimoz, laserasyon ve sıyrıklar açısından incelenmelidir. Sonrasın her meme sırayla ısırıklar, emme izleri, künt travmalar, kesici alet yaraları açısından incelenmelidir; cinsel şiddet vakalarında özellikle memelerde lezyonlar saptandığı görülmektedir.¹¹

Batin muayenesi, ekimoz, sıyrıklar, laserasyonlar ve diğer izler açısından incelenmeli; herhangi bir iç kanama riski yönüyle ayrıca değerlendirilmelidir.

Hasta yatar pozisyondayken bacaklar incelenebilir. Uylukların iç kısımları parmak ucu ile uyumlu ekimozlar ve künt travma açısından değerlendirilmelidir. İç uyluklardaki morarma deseni genellikle simetriktir. Diz ve özellikle bacak ön yüzde saldırı anında yaralanmalar olabilir. Ayak bilekleri bağ izleri açısından incelenmeli, ayak tabanı da dahil olmak üzere tüm yaralanmalar kaydedilmelidir.

Fizik muayene notlarına kişinin kimlik bilgilerini tamamlaması açısından vücudunda mevcut fiziksel deformiteler, operasyon skarları ve dövmeler kaydedilmelidir.^{8,11,42,61,170}

Burada atlanmaması gereken en önemli noktalardan biri de eğer mümkünse iddia edilen saldırganın muayenesinin yapılmasıdır. Yapılan bir çalışmada, şüphelilerin ilk 24 saat içerisinde yapılan muayenesinde %77,1 oranında ekstragenital yaralanma bulunduğu kaydedilmiştir.^{11,195} Şüphelinin özellikle el, yüz ve boyun bölgesinde sıyrıklar, yarım ay şekilli tırnak lezyonları, bacaklarda tekme izleri vb. saptanabilir. Mağdurdan geçebilecek doku örnekleri ve biyolojik materyal örnekleri uygun şekilde alınmalı ve etiketlenmelidir.

2.2.5. Genito-anal Muayene

İyi bir genito-anal muayene gerçekleştirebilmenin ilk ve en önemli adımı, normal anatomiye iyi bilmektir. Bulguların tanımlanması ve yanlış yorumlamalardan kaçınmak, ancak genital ve anal bölgenin anatomisinin normal varyasyonlarının bilinmesi ile mümkündür. Muayenede herhangi bir genito-anal yaralanmanın bulunmayışının, kişinin cinsel şiddet iddiasını dışlamayacağı unutulmamalıdır.¹¹ Genito-anal bölgenin muayenesi sırasında saptanan tüm lezyonlar tanımlanmalı, kaydedilmeli, fotoğraflanmalıdır.

Genito-anal yaralanma bulunma sıklığını etkileyen faktörler; iddia edilen olay ile muayene arasında geçen süre, muayeneyi gerçekleştiren hekimin bilgisi ile deneyimi ve muayene yöntemidir. Cinsel şiddet sonrası -ilk 24 saat özellikle olmak üzere- ilk 72 saat kritiktir. Adam's kriterleri güncellemesinde, çocuklar için kritik sınırın 24 saat olduğu belirtilmiştir. Multispektral dijital kolposkop gibi görüntüleme araçları ve boyama yöntemlerinin muayenelerde kullanılmasının, çıplak gözle yapılan muayenelere göre bulgu saptama oranını önemli ölçüde arttırdığı gösterilmiştir.^{11,196}

Genito-anal bölgedeki lezyonların tanımlanması ve belgelendirilmesinde ortak bir dil kullanmak amacıyla "TEARS" sınıflaması kullanılmaktadır.^{197,198}

- Tears, laserasyon, tenderness (yırtık, laserasyon, hassasiyet)
- Ecchymosis (ekimoz)
- Abrasions (abrazyon)
- Redness (kızarıklık)
- Swelling (ödem)

Genito-anal bölgenin ayrıntılı incelenebilmesi için hastanın kendini rahat hissetmesi, kasılmanın engellenmesi için ortam sıcaklığının uygun olması gerekmektedir. Muayenenin her adımının açıklanması, her işlemten önce sözel onay alınması, muayenenin etkinliğini ve kalitesini arttıracaktır. Muayene odasının aydınlatması iyi olmalı ve hastanın vulvar bölgesine yönlendirilecek bir ışık kaynağı bulunmalıdır.

Uygun bir ışık kaynağı eşliğinde muayeneye ilk olarak pubis kıllarının incelenmesi ile başlanmalı, saldırganı ait olabilecek kıl, meni artığı gibi olası kanıtlar aranıp ilgili bölgeler tek kullanımlık bir tarakla taranmalı, şüpheli alanlar örneklenmelidir. İnceleme dış genitallerden devam etmelidir. Mons pubis, labium major

puğendi, labium minus puğendi, clitoris, posterior forşet ve perineum özellikle dikkat edilerek incelenmeli; dem, ekimoz, laserasyon, kanama aranmalıdır. Posterior forşet mukozal kıvrımlar nedeniyle net görüle miyorsa çok nazıkçe gerilerek incelenmelidir.

Bir cinsel şiddet olgusunun genito-anal muayenesinde en sık görülebilecek yaralanmaların posterior forşette yırtık ve sıyrıklar olduğu bildirilmektedir.¹⁹⁹ Bunu sırasıyla labium minus ve hymen yaralanmaları takip eder. 14-19 yaş arası 214 olgunun incelenmesi sonucu, posterior forşet yırtığı (%36), labium minus, hymen, serviks veya posterior forşette eritem (%18-%32) ve hymende dem (%19) saptanmıştır.²⁰⁰

Genital bölge incelemesinde en çok kullanılan yöntem, jinekolojik pozisyonda labial traksiyon yani lateral labial çekme yöntemidir. Burada labiumlar ortadan laterale doğru çekilir, tüm genital bölge net olarak incelenebilir. Hastanın rahat bir muayene geçirmesi sağlanabilirse, bu yöntem yardımıyla pelvik taban relaksasyonu neticesinde dokular daha net seçilebilir. Hymen tipini belirlemede en iyi yöntem olduğu belirtilmektedir. Labial seperasyon tekniği yöntemi ise labiumların aşağı laterale çekilmesi şeklinde uygulanır; puberte öncesi çocuklar ve morbid obez kadınlarda tercih edilebilir.¹⁷⁶

Hymen muayenesi, bir cinsel şiddet olgusunda kanıtlar açısından önemlidir. Aslında bir mukoza kıvrımı olan hymen, doğası gereği oldukça farklı şekillerde izlenebilmektedir: Halka şeklinde (anular), yarım ay (semilunar, falciform), kalbur biçiminde (cribriformis), köprülü şekilde (septus, biperforate, bifenestratus, biforis), serbest kenarı ince tırtıklı şekilde (denticularis, fimbriated), aşırı düzensiz parçalı kenarlı (sculptatus), dudak şeklinde (bilabiata), tamamen kapalı hymen ağzı (imperforatus). Yine mağdurlar arasındaki anatomik farklılıklar, rıza dahilinde girilen cinsel ilişkiler, hamilelikler, cerrahi müdahaleler, vajinal tampon kullanımı, kazayla olan yaralanmalar, mastürbasyon, parmak penetrasyonu gibi nedenler, hymen şekilleri arasındaki farklılıklara neden olabilmektedir.¹⁷² Hymen doğum esnasında parçalanarak vajina kenarlarında nedbeleşerek caruncula hymenalis formasyonuna dönüşebilir.²⁰¹ Vajinal doğum sonrası oluşan bu nedbeleşme genellikle saat 5 ve 7 hizasında hymen yokluğuna neden olur. Sıralanan tüm bu nedenlerle erişkin kadınlarda hymenin incelenmesi fazla bir bilgi vermezken, çocuklarda oldukça önem taşımaktadır.¹⁷⁶

Hymen muayenesinde; hymen şekli, kenar yüksekliği (yüksek/alçak), yapısı (elastik/sert), açıklığının kaç cm olduğu, doğal çentik mevcudiyeti, derinliği ve

lokalizasyonu, yırtık mevcut ise lokalizasyonu, yırtık çevresinde tırnak izi olup olmadığı, yırtık bölgesinin kanamalı ve iltihaplı görünümde olup olmadığı, yırtığın taze ya da eski olduğu, ekimoz ya da diğer gözlemlenebilen bulgular yazılmalıdır.²⁰² Hymendeki lezyonlar değerlendirilirken özellikle lezyonun vajen duvarına kadar inip inmediğine dikkat edilmelidir.²⁰³ Hymende yırtık olarak değerlendirilen lezyonlar; genellikle vajen duvarına kadar inmekte, V şekilli, simetrik olmaya meyilli, kenarları düzensiz, ödem, ekimoz gibi travma bulguları içeren künt travmatik yaralanmalardır. Doğal çentikler; hemen hemen vajen duvarına hiç ulaşmayan, "U" şekilli, asimetrik, kenarları düzenli, travmatik bulgu barındırmayan yaralanmalardır.^{204,205} Yine de olay hikayesinin fiziki bulgularla uyumu, kişinin tıbbi geçmişi her zaman göz önünde tutulmalı, kesin yorumlamalardan kaçınılmalıdır.

Vajinada yaralanmalar nadir olmakla birlikte, yabancı cisim, laserasyon açısından incelenmeli, gerekirse muayenede spekulum kullanılmalıdır. Menstrüasyon kanamasının yoğun olduğu günlerde yanlış yorumlamalardan kaçınmak amacıyla, sürüntü örnekleri alınıp muayene birkaç gün sonraya ertelenmelidir.^{206,207}

Anüs muayenesinde; en sık diz dirsek pozisyonu olmakla birlikte, sol lateral pozisyon da kullanılmaktadır. Çocuklarda ise muayene anne kucağında yapılabilir. Sürüntü örnekleri alındıktan sonra, gluteusların el ile açılması sonucu anüs görünür hale getirilmeli; inspeksiyonla ekimoz, laserasyon ve abrazyonlar aranmalı, mağdurun küçük çocuk olduğu durumlarda perine yırtıkları bulunma ihtimaline dikkat edilmelidir.²⁰² Diz dirsek pozisyonunda muayene olan kişide birkaç dakika sonra venöz konjesyon oluşabileceği akılda tutularak muayene esnasında dilatasyonla bu konjesyonda bir farklılık oluşup oluşmadığına dikkat edilmelidir.¹⁶⁷ Yabancı cisimden şüphelenilen bir durumda önce dijital rektal muayene tercih edilmeli; anal kanama, şiddetli anal ağrı durumlarında proktoskopiden yararlanılmalıdır. Kronik anal ilişki durumlarında; mukozalarda düzleşme ya da kalınlaşma, kıvrımlarda silinme, fissürler, eski veya yeni yırtıklar, anal bölgenin huni şeklini alarak yerleşiminin derinleşmesi izlenebilmektedir. Sıklıkla saptanan mukoza konjesyonu ise spesifik olmayan bir bulgu olarak yorumlanmaktadır.²⁰⁸

2.2.5.1. Kullanılan Yöntemler

Cinsel şiddet olgularında muayene; çıplak gözle, kolposkop eşliğinde ve yardımcı doku boyamaları ile yapılabilmektedir.

2.2.5.1.1. Çıplak Gözle Muayene

Genito-anal muayenenin yardımcı bir yöntem olmadan, yalnızca inspeksiyon ile gerçekleştirilmesidir. Özellikle mikro travmaların saptanmasında başarısız olduğu bilinen bir uygulama olmasına rağmen, ülkemizde yardımcı inceleme araçlarındaki eksiklik nedeniyle, halen ilgili kurumların çoğunun günlük pratiğinde kullanılan tek yöntem olduğu bilinmektedir.

2.2.5.1.2. Kolposkopik Muayene

Kolposkop; serviks, vajina, vulva veya anüsün aydınlatılmış, büyütülmüş bir görünümünü sağlamak için çeşitli büyütme lenslerine sahip bir mikroskopun kullanıldığı teşhis cihazıdır. Çıplak gözle muayeneye kıyasla epitel yüzeylerinin kolposkopi ile daha iyi görselleştirilmesi, muayeneyi gerçekleştiren hekimin normal anormal alanlardan ayırt ederek biyopsi materyalinin en doğru alandan alınması yeteneğini arttırmaktadır.^{199,209}

Multispektral Dijital Kolposkop (MDC), bir dizi floresan görüntü elde eden özel yapım kolposkop üzerine monte edilmiş özellikli bir ışık kaynağı ve görüntüleme cihazıdır. MDC, standart kolposkopiye ve biyopsilerin daha iyi yönlendirilmesine uygun bir alternatif sağlama potansiyeline sahiptir. Kullanıcıya daha kısa çekim süreleri, gelişmiş görüntü ve spektrum kalite kontrolü sağlayabilir.²⁰⁹

Dijital kolposkop, genel olarak değerlendirildiğinde, cinsel şiddet mağdurlarının muayene kalitesini önemli ölçüde arttırmaktadır. Hekime sağladığı kolaylıklar arasında; kolposkopun kendine ait büyütme ve ışık sisteminin olması, noninvaziv olması, fotoğraflama ve dijital görüntü kayıtlarına izin vermesidir.^{207,210} Yeni geliştirilen cihazlar sayesinde muayenenin tek başına gerçekleştirilebilmesi olanağı da bulunmaktadır. Cinsel şiddet sonrası sık görülen bulgular olan dokularda ödem ve enfeksiyon, standart kolposkop ile görüntülemelerde parlamaya ve dolayısıyla yorumlamalarda hataya neden olmaktadır polarize multispektral kolposkopi, görüntülemelerdeki parlamayı ortadan kaldırarak muayene, dijital görüntü ve fotoğraf

kalitesini arttırmaktadır.¹¹ Ayrıca video kayıtları, muayene bulgularını daha açık bir şekilde belgeleyebilir, muayenede yaralanma bulguları olup olmadığı konusunda ikinci bir görüş elde etme avantajı sağlamaktadır.²¹¹

Cinsel şiddet vakalarında kolposkop kullanımının ilk örneğine, 1981'de cinsel saldırı mağduru bir erişkin hastanın Brezilyalı bir doktor tarafından yapılan muayenesinde rastlanmaktadır. Kolposkop muayenesi ile doktor, geleneksel muayeneye göre %11,8 daha fazla oranda bulgu saptadığını belirtmektedir.²¹² Çalışmaların devam ettirilmesi sonucu kolposkopik tekniğin çocuklarda yaralanmayı saptama oranının, çıplak gözle muayene ve Toluidin blue uygulamasından daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{213,214} Dijital kolposkopik teknikle görüntü alınması ve kaydedilmesi, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki cinsel şiddet olgularının muayenesinde standart uygulama haline getirilmiştir.⁶¹ Aynı şekilde Birleşik Krallık'ta da hem yetişkinlerin hem de çocukların muayenesi için altın standart bir uygulama olarak kabul edilirken, Avustralya'da kolposkopik muayene sadece genç hastaların muayenesinde kullanılmaktadır.²¹⁵

Kolposkop ile eski-yeni ve tam-kısmi yırtık, yırtıkların iyileşme süreci, çıplak gözle muayene ile saptanamayan mikro travmalar, kondiloma aküminata ve trikomonas vajinalis gibi CYBH daha kolay saptanabilir; saçaklı hymen olgularında ayırım güçlüğü ortadan kaldırılabilir; iletişim ve kooperasyon kurulması zor olan çocuk olgularda muayene sürecini kolaylaştırabilir ve aynı zamanda fotoğraf çekimi yapılabilir.^{200,206,207,212} Genito-anal bölgenin foto dokümantasyonunun dijital kolposkop ile yapılması, yaralanmaların görüntü kalitesini oldukça arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, çıplak gözle yapılan muayene sonucu pozitif bulgu saptama oranının %14'ten %68'e kadar artabileceği belirtilmektedir.¹⁹² Ayrıca bu yöntemin bilimsel çalışmalara, yapılan muayenelerin kalitesinin değerlendirilmesine ve bulguların mahkemede delil olarak kullanılmasına önemli katkılar sağladığı görülmektedir.

2.2.5.1.3. Doku Boyamaları

Geçmiş dönemlerde genito-anal mikro travmaları ortaya çıkarmak için lügol solüsyonu, jansiye violet, fluorescein gibi çeşitli doku boyalarının kullanıldığı bilinmektedir. Günümüzde en yaygın kullanılan boyama tekniği ise Toluidin blue uygulamasıdır. Normal cilt yüzeyinde çekirdek bulunmazken, laserasyon gibi travmatik

yaralanmalarda bol çekirdek içeren dermisin açığa çıktığı, Toluidin blue boyasının da bu alanı tutarak mikro travmayı gözle görülebilir hale getirdiği gösterilmiştir.²¹⁶

1963'te servikal neoplazmları saptamak amacıyla bir boyama tekniği olarak kullanılmaya başlanan Toluidin blue boyasının, sonraki yıllarda cinsel istismar mağduru olgularının değerlendirilmesinde kullanıldığı görülmektedir.²¹⁷⁻²²⁰

Toluidin blue, cinsel saldırıdan sonra genital ve perianal yaralanmaları tespit etmek ve belgelemek için önemli bir araçtır. Toluidin blue boyasının uygulanmasının posterior forset laserasyonlarının tespit oranını %16'dan %40'a çıkardığı gösterilmiştir.²²¹ 120 kadınla yapılan bir çalışmada, Toluidin blue kullanımının çıplak gözle muayene ve kolposkopi kullanımına göre genito-anal muayenede yırtık ve abrazyon saptamayı anlamlı ölçüde arttırdığı gösterilmiştir.²²²

Uygulama tekniği şu şekildedir: %1 Toluidin blue çözeltisi, steril bir pamuklu çubuk veya özel olarak hazırlanmış tek kullanımlık şırıngalarla incelenecek dokuya uygulanır. 1 dakika beklenir, yavaşça %1 asetik asit çözeltisi püskürtülerek doku yıkanır, inceleme ve fotoğraflama gerçekleştirilir. Burada önemli olan noktalar; dijital muayene veya spekulum kullanımından önce, ilgili sürüntü örnekleri alındıktan sonra Toluidin blue uygulanması gerektiğidir.²²¹

2.2.5.2. Genito-anal Bulguların Değerlendirilmesi

Cinsel şiddet iddiası bulunan olguların genito-anal bulgularının değerlendirilmesinde dünya standartlarının ve uluslararası kılavuzların kullanımı, objektif, kaliteli ve standardize edilmiş raporlandırmayı sağlar. Amerikan Pediatrik Birliği tarafından yoğun ve kapsamlı çalışmalar sonucu 0-18 yaş aralığındaki çocukların anogenital lezyonlarının değerlendirilmesi için Adam's kriterleri oluşturulmuş ve birkaç yılda bir revize edilerek güncelliği korunmuştur.

Adam's kriterlerinin 2018 yılında yapılan son revizyonundaki kriterler şu şekildedir:²¹¹

Bölüm 1: Fiziksel Bulgular

A. Yenidoğanlarda ya da Cinsel İstismara Uğramamış Çocuklarda Yaygın Olarak Görülen Bulgular

Bu bulgular normaldir ve çocuğun cinsel istismar açıklaması ile ilgisizdir:

1.Hymenin normal varyasyonları: Anüler, kresentik, imperfore, mikroperfore, septalı, redundant, herhangi bir lokalizasyonda dentat, tepeli hymen...

- Saat 3 ve 9 hizasının üzerinde derinliği ne olursa olsun çentik veya yarık,
- Saat 3 ve 9 hizasının altında hymen tabanına kadar uzanmayan süperfisyal çentik veya yarık,
- Hymenin posterior kenarının düzlüğü (genişlemiş vajinal açıklık görünümü)

2- Periüretal ya da vestibüler bantlar

3- İntravaginal çıkıntılar veya kolonlar

4- Hymen üzerinde eksternal çıkıntı

5- Diastazis ani

6- Perianal doku katlantıları

7- Perianal doku, labium minus dokusunun hiperpigmentasyonu (ırk)

8- Üretral açıklığın dilatasyonu

9-Normal orta hat anatomik özellikleri

- a. Erken adölesan dönemde görülen fossada oluk
- b. Orta hat füzyonunun tamamlanmaması (perineal oluk)
- c. Medyan rafe
- d. Linea vestibularis (orta hat avasküler alan)

10. Anoderm ve rektal mukozanın anüs tam dilate olduğunda görülebilen pektin/dentat çizgisinin görülmesi

11. İnternal sfinkter kapalı iken eksternal sfinkterin yetersiz dilatasyonu

B. Travma ya da Cinsel İlişki Dışında Genellikle Tıbbi Koşullar Nedeni ile Oluşan Bulgular

Bu bulguların her biri birçok farklı nedenlerle de olabilir; ayırıcı tanıya gidilmelidir:

12- Genito-anal dokularda eritem

13- Vestibül ve hymenin damarlanmasında artış

14- Labial adezyon

15- Posterior forşetin frajilitesi

16- CYBH kaynaklı olmayan vajinal akıntı

17- Anal fissür

18- Perianal alanda venöz konjesyon ya da venöz göllenme

19- Kabızlık veya enkoprezis gibi predispozan koşulların varlığında, anestezi veya sedatizasyon uygulandığında veya postmortem dönemde anal dilatasyon.

C. İstismar ile Karıştırılabilecek, Diğer Nedenlerle Oluşabilecek Bulgular

20- Üretral prolapsus

21- Atrofik liken skleroz

22- Vulvar ülser (Behçet hastalığında görülen aftöz ülserler gibi)

23- Cinsel yolla bulaşmayan bakteri, mantar, virüs, parazit ve enfeksiyonlar nedenli perianal ve vulvar dokularda eritem, inflamasyon ve fissürleşme

24- Rektal prolapsus

25- Hymen dahil genital yapılarda histolojik analizlerle doğrulanmış, postmortem kırmızı-mor renk değişimi

D. Uzmanların Fikir Birliğine Varamadıkları Bulgular

26- Predispozan faktörler yokluğunda internal ve eksternal anal sfinkterin ikisinin birden gevşemesi ile oluşan komple anal dilatasyon

27- Saat 3 ve 9 hizaları altındaki alanda, neredeyse vajen duvarına ulaşan, tam kat olmayan çentik veya yarık

28- Saat 3 veya 9 hizasında tam kat yarık/şüpheli transeksiyon

E. Travmanın neden olduğu durumlar

a. Genital/anal dokularda akut travma

29- Labialar, penis, skrotum veya perinede akut laserasyon veya ekimoz

30- Posterior forşet veya vestibülün hymeni içermeyen akut laserasyonu

31- Hymende ekimoz, peteşi ya da abrazyon

32- Hymende, herhangi bir derinlikte, parsiyel ya da tam kat akut laserasyon

33- Vajinal laserasyon

34- Dermis altındaki dokuları içeren perianal laserasyon

b. Genital/anal dokunun (rezidüel) iyileşme yaraları

35- Perianal skar

36- Posterior forşette ya da fossada skar

37- Hymende saat 3-9 hizaları altında kalan bölgede, iyileşmiş, vajen kaidesine ulaşan ve hymenal doku artığı bulunmayan tam kat yırtık

38- Klitoral başlığın, klitoris, labium minus veya labium majusun bir kısmının veya tamamının kesilmesi gibi kadın genital mutilasyonu bulguları

Bölüm 2: Enfeksiyonlar

A. Cinsel Temasla İlişkili Olmayan Enfeksiyonlar

- 39- Candida albicans gibi mantar enfeksiyonları veya Streptococcus tip A veya tip B, Staphylococcus sp, Escherichia coli, Shigella gibi bakteriyel enfeksiyonlardan kaynaklanan vajinitler
- 40- Epstein-Barr virüsü ya da diğer solunum yolu virüsleri gibi viral enfeksiyonların neden olduğu genital ülserler

B. Hem Cinsel Hem Cinsel Olmayan Yolla Yayılabilen Enfeksiyonlar

Bu enfeksiyonların yorumlanması, annenin jinekolojik öyküsü (HPV) veya çocuğun oral lezyon öyküsü (HSV) veya cinsel yolla bulaşma olasılığını açıklığa kavuşturabilecek vücutta (Molluscum) başka lezyonların varlığı gibi ek bilgiler gerektirebilir. Bu bulguların fotoğrafları veya video kayıtları alınmalı, ardından bir uzman tarafından değerlendirilmeli ve doğrulanmalıdır.

41. Genital veya anal bölgedeki Molluscum contagiosum. Küçük çocuklarda, bulaşma muhtemelen seksüel olmayan yollarla gerçekleşirken adölesan popülasyonda yakın cilt temasıyla da bulaşma tanımlanmıştır.
42. Genital veya anal bölgede Condyloma acuminatum (HPV). 5 yaşından sonra ilk kez ortaya çıkan siğillerin cinsel temasla bulaşma olasılığı daha yüksektir
43. Oral, genital veya anal bölgede HSV tip 1 veya 2 enfeksiyonları.

C. Cinsel Temas Kaynaklı Enfeksiyonlar

44. Genital, rektal veya faringeal Neisseria gonorrhea enfeksiyonu
45. Sifiliz
46. Genital veya rektal Chlamydia trachomatis enfeksiyonu
47. Trichomonas vaginalis enfeksiyonu
48. HIV (kan veya enfekte iğne ile bulaş dışlandıktan sonra)

Bölüm 3: Cinsel İstismar Tanısını Koyduran Bulgular

- 49- Gebelik
- 50- Direkt çocuğun vücudundan alınmış örneklerde semenin saptanması.

2.2.6. Örnek Alma

Cinsel şiddet iddiası ile başvuran olgularda, en hassas ve dikkatli olunması gereken aşamalardan biri örneklerin toplanma aşamasıdır. Yasal sürecin düzgün işleyebilmesi için kişinin tıbbi durumu hakkında bilgi verebilecek ve delil niteliği kazanabilecek materyallerin uygun zamanda, uygun şekilde toplanması, saklanması ve incelenmesi gerekmektedir.

Güncel ve uluslararası protokollerde adli örnekler toplanırken dikkat edilmesi gerekenler ve aşamalar şu şekilde belirtilmektedir:^{170,173,223}

- Toplanan her numune uygun şekilde paketlenildikten sonra mutlaka hasta bilgileri, tarih ve numune bilgilerini de içerecek şekilde etiketlenmelidir. Kuru sürüntü örnekleri bekletilmeden, ıslak sürüntü örnekleri uygun şekilde kurutulduktan sonra tüplere yerleştirilmeli, aynı şekilde etiketlenmelidir.
- Kontaminasyonu engellemek için her numunede farklı eldiven kullanılmalı, maske ve bone takılmalıdır.
- Hastanın öyküsünde olay sonrası banyo yapıp yapmadığı, dişlerini fırçalayıp fırçalamadığı, idrar ve gaita yapıp yapmadığı, kıyafetlerin yıkanıp yıkanmadığı mutlaka sorgulanmalı, örnekler bu bilgiler doğrultusunda toplanmalıdır.
- Hastadan referans örneği olarak, oro-genital istismar öyküsü yok ise, bir adet oral sürüntü örneği alınmalıdır. Filtre kağıdına 2-3 ml emdirilerek alınan tükürük veya ağız çalkantı suyu bu amaçla kullanılabilir.
- Eğer oral seks iddiası mevcut ise, oral sürüntü örnekleri alınıncaya kadar hasta hiçbir şey içmemelidir.
- Hastanın idrar yapma ihtiyacı sonucu elde edilebilecek idrar, toksikolojik inceleme için kullanılmalıdır.
- Dudaklar ve ağız çevresine vücut sıvıları bulaşıklığı iddiası mevcut ise; artık veya leke nemli ise kuru sürüntü çubuğuyla, kuru ise steril su ile nemlendirilmiş çubukla örnek alınır; örnekleme ikinci sürüntü çubuğuna da yapılır.
- Oral sürüntü örnekleme: Oral penetrasyon iddiası mevcut, ilk 1-2 gün içerisinde ise; ejakülat sıvısının varlığının saptanması için sürüntü çubuğu dil altı, diş eti kenarları da dahil olmak üzere ağız içerisinde döndürülerek iki adet örnek alınmalıdır.

- Cilt yüzeyinden semen, tükürük, kan gibi vücut sıvılarının tespiti için; artık veya leke ıslak ise kuru sürüntü çubuğuyla, kuru ise steril su ile nemlendirilmiş çubukla her alandan en az iki adet olacak şekilde örnekleme yapılmalıdır.
- Tırnak aralarında deri kalıntıları, kan vb. örnekler, törpü veya kürdan yardımıyla kazınarak veya tırnaklar steril bir tırnak makası ile kesilerek petri kabına konulmalıdır.
- Saçlarda semen, yabancı cisim, yabancı saç örneği incelemesi veya kontrol örneğinin mikroskopik karşılaştırması için sürüntü çubuğuyla örnekleme, temiz bir kağıt üzerine steril bir tarakla tüm saç tarama veya 10-20 adet saç toplama işlemi şeklinde olmalıdır. Transfer esnasında örnek kaybı yaşanmaması için alınan örneklerin alüminyum folyo içerisine konulması önerilmektedir.
- Olay sonrası giyilen kıyafetler ve iç çamaşırlar inceleme için alınmalı, kağıt torbalara konulmalıdır. Eğer örnekler ıslaksa, kağıt torbalar plastik torbaların içinde korunabilir.
- Pubik kıllarda semen, yabancı cisim, yabancı pubik kılı incelemesi veya kontrol örneğinin mikroskopik karşılaştırması için sürüntü çubuğuyla örnekleme, temiz bir kağıt üzerine steril bir tarakla tüm pubik kılları tarama şeklinde yapılmalı ve yaklaşık 10 adet pubik kıl kesilerek plastik torbalara konmalıdır.
- Vulvar sürüntü örnekleme: İlk 7 gün içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi vajinal ilişki, ilk 48 saat içerisindeki dijital penetrasyon, ilk 72 saat içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi anal ilişki ile ejakülasyon sıvısının vulvar, perianal ve perineum bulaşıklığı iddiaları mevcut ise; tüm vulvar alanı içerecek şekilde iki adet sürüntü örneği alınmalıdır.
- Vajinal sürüntü örnekleme: İlk 7 gün içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi vajinal ilişki, ilk 48 saat içerisindeki dijital penetrasyon, ilk 72 saat içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi anal ilişki ile ejakülasyon sıvısının vulvar, perianal ve perineum bulaşı iddiaları mevcut ise vajinal sürüntü örneği alınır. Vajinanın alt kısım örnekleme için hymenin 1 cm üstünden iki adet, üst kısım örnekleme için posterior forniksi de içerecek şekilde iki adet numune alınmalıdır.
- Endoservikal sürüntü örnekleme: 2 ila 7 günlük süre içerisinde kondom kullanılmış olsa dahi vajinal ilişki sonrası spekulum eşliğinde iki adet numune alınmalıdır.

- Perianal sürüntü örneklemeesi: İlk 7 gün içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi vajinal ilişki, ilk 48 saat içerisindeki dijital penetrasyon, ilk 72 saat içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi anal ilişki ile ejakülasyon sıvısının vulvar, perianal ve perineum bulaşıklığı iddiaları mevcut ise; iki adet steril su ile nemlendirilmiş çubukla örnekleme yapılmalıdır.
- Rektal sürüntü örneklemeesi: İlk 72 saat içerisindeki kondom kullanılmış olsa dahi anal ilişki ve ilk 48 saat içerisindeki dijital anal penetrasyon iddiaları mevcut ise; anal kanaldan 2-3 cm içeri bir proktoskop sokularak iki adet örnekleme yapılmalıdır.
- Penis sürüntü örneklemeesi: İlk 3-7 gün içerisinde ilişki iddiası mevcut ise; şüpheli muayenesinin bir parçası olarak iki adet şafttan, iki adet koronal sulkustan, iki adet glanstan, iki adet penis kökünden örnekleme yapılması önerilmektedir.

Adam's kriterleri güncellemesine göre, cinsel şiddet olgularında, prepubertal çocuklardan 24 saat, adölesan ve yetişkinlerden 5-7 güne kadar adli delil toplanması önerilmektedir.¹⁶⁷

Cinsel saldırı kurbanından sürüntü örnekleri toplarken, numunenin alındığı bölgeye bağlı olarak 2-4 örnek almanın DNA elde etmek için iyi bir sayı olduğu belirtilmektedir. Örneğin, ağız ve vajina gibi nemli bölgeler, örnekleme için bol miktarda DNA'ya sahip olacak ve birçok sürüntü toplanabilecek, kurumuş bir lekede ise toplanması için sınırlı miktarda DNA olacaktır. Tüm örneklemeelerin aynı anda yapılmasının, her swap üzerinde eşit miktarda DNA birikmesini sağlayacağı belirtilmektedir.²²⁴

2.2.7. Laboratuvar İncelemeleri

Venöz kan örnekleri; kan grubu tayini, mikrobiyolojik kültür, toksikoloji, DNA profili ve gebelik testleri için alınmaktadır.¹⁶⁷

DNA analizi için kan alınırken; EDTA içerikli iki adet tüpe, tüpün ¾'ünden fazlası dolu olmayacak şekilde yaklaşık 5 ml kan alınmasının yeterli olduğu belirtilmektedir.²²³ Kan grubu tayini için, biri antikoagülanlı olan iki tüpe 2'er ml kan alınmalıdır.^{172,225}

İddiaya konu saldırganın muayenesinde, laboratuvar incelemelerinin genital incelemeden daha faydalı olabileceği; pubik kıllar, saç veya sakallardan örnekler alınmasının, pubik kılların yabancı cisim veya kılların bulunabilmesi için taranmasının,

kan grubu, uyuşturucu madde, alkol ve DNA için kan örnekleri alınmasının önemli olduğu belirtilmektedir.¹⁷²

Özellikle uyutucu-uyuşturucu madde, alkol iddiası mevcut olan olgularda toksikolojik inceleme için toplanması gereken örnekler:^{170,223}

- 1- Kan örnekleri: Olay sonrası ilk 72 saat içerisindeki olgularda %1,5 sodyum florid ve potasyum oksalat içeren iki adet tüpe, tüpün $\frac{3}{4}$ 'ünü geçmeyecek şekilde, yaklaşık 5'er ml kan alınmalıdır.
- 2- İdrar örnekleri: Olay sonrası ilk 120 saat içerisindeki olgularda steril idrar kabına, kabın $\frac{3}{4}$ 'ü geçilmeyecek şekilde idrar örneği alınmalıdır. Uyutucu-uyuşturucu iddiasında örneklemenin 14 güne kadar yapılabileceği belirtilmektedir.
- 3- Saç örnekleri: Protokollere göre değişmekle birlikte olay sonrası 1-6 ay arasındaki süre diliminde alınması önerilmektedir.

Olay örgüsüne ait iddiaya konu mağdur ve saldırgana ait tüm örnekler uygun zamanda, uygun tekniklerle toplanmalı; ıslak biyolojik kanıtlar kurutulmalı, örneğin özelliğine göre oda sıcaklığında, buzdolabında veya dondurulmuş olarak saklanmalıdır. Kan örnekleri kesinlikle dondurulmamalıdır.²²⁶

Delil güvenlik zinciri; fiziksel kanıtların toplanmasının, kontrolünün, transferinin, analizinin ve düzeninin kronolojik olarak belgelenmesidir. Hekim ve diğer sağlık çalışanları, mağdurdan kanıt niteliği taşıyabilecek örnekleri toplar, paketler ve etiketlendirir. Kolluk kuvvetlerine kriminal laboratuvarlarında çalışmak üzere imza karşılığı teslim edilir. Aynı şekilde kriminal laboratuvar çalışanları da numuneleri imza karşılığında alır.^{226,227}

2.2.7.1. Uyuşturucuyla/Alkolle Kolaylaştırılmış Cinsel Saldırıları

Uyutucu-uyuşturucu madde ve/veya alkol etkisi altındaki mağdurlarda meydana gelen bilinç bulanıklığı, bilinç kaybı, acizlik ve direnç gösterememe sonucu maruz kaldıkları rıza dışı cinsel saldırı suçunun dünya genelindeki yaygınlığı gittikçe artmaktadır.^{228,229}

Benzodiazepinlerden; diazepam, flunitrazepam, lorazepam, hipnotiklerden; zopiclone, zolpidem, anestetiklerden; γ -hidroksibütirat (GHB), ketamin, amfetaminlerden; metilendioksimetamfetamin (Ekstazi), opiatlardan; kokain, cannabis (marihuana) ve alkollerden; ethanol gibi düzinelerce kimyasal madde cinsel saldırılarda

potansiyel olarak kullanılmaktadır.²³⁰ Etanol en yaygın kullanılan santral sinir sistem depresörüdür. Ancak GHB ve flunitrazepam en bilinen “tecavüz hapları”dır. Sedasyona ve amneziye neden olurlar, içeceklerde kolayca çözülürler ve sistemden hızla uzaklaştırılırlar.²³¹

Literatür değerlendirmesi yapıldığında, cinsel saldırı mağdurlarında en çok tespit edilen maddenin alkol (%37-%46,4) olduğu saptanmıştır.²³⁰⁻²³² Kenevir yaygınlığının %18,2-%25,6, kokain yaygınlığının ise %7,7-%10,8 olduğu belirtilmektedir.²³³

2.2.8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Profilaksisi

Cinsel şiddet olgularında en arzulanan durumlar CYBH’ye yakalanmak ve gebelik ihtimalidir. Cinsel şiddet mağdurlarının yaklaşık %5 kadarında CYBH tespit edildiği belirtilmektedir.²³⁴ Vaka yönetiminde CYBH’nin profilaksisi, önemli aşamalardan birini oluşturmaktadır.²³⁵

Bugüne kadar tanımlanmış 20’den fazla CYBH olduğu bilinmektedir ve dünyada en sık görülen bakteriyel CYBH etkeni Chlamydia trachomatis’tir. Cinsel ilişki esnasında alkol veya uyutucu-uyuşturucu madde etkisi altında olunması ve seksüel yolla bulaşan diğer enfeksiyonların mevcudiyeti bulaşma riskini arttırmaktadır. Özellikle kan yoluyla bulaşan HIV, HBV, HCV gibi enfeksiyonların riski, menstrüel kanama varlığında girilen cinsel ilişkilerde artmaktadır. Aynı zamanda erkekten kadına bulaşın daha fazla olduğu da belirtilmektedir.²³⁶

Kişinin olaydan bağımsız cinsel aktivite öyküsü, CYBH riskini belirlemede önemli bir faktördür. CYBH, enfeksiyonun kuluçka dönemine bağlı olarak maruziyetten sonra değişen sürelerde tanımlanabilir ve tarama için optimum sürenin potansiyel maruziyetten iki veya daha fazla hafta sonra olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir.¹⁷³

Ampirik tedavi önerilen grupta; Neisseria gonorrhoeae (Seftriakson, 250 mg, IM, tek doz); Chlamydia trachomatis (Azitromisin, 1 gr, oral veya Doksisisiklin, 100 mg, oral, günde iki kere bir hafta boyunca); Trichomoniasis ve bakteriyel vajinozis (Metranidazol, 2gr, oral) bulunmaktadır.^{237,238}

Hepatit A virüsü profilaksisi için temas sonrası ilk 14 günde uygulanacak HAV immünglobulinin %85 üzerinde koruma sağladığı belirtilmektedir. Hepatit B virüsü profilaksisi için HBV aşısı ve Hepatit B Immünglobulin (HBIG) kullanılmaktadır. İlk

muayenede hiç aşılanmamış ya da aşılması tam olmayan hastaya hem HBV aşısı hem de HBIG uygulaması; aşılması tam olup aşı cevabı test edilememiş hastaya HBV aşısı mümkün olan en kısa süre içerisinde (tercihen 24 saat) uygulanmalıdır.²³⁴ 1-2. ve 4-6. aylarda rapel aşıları tamamlanmalıdır. Hepatit C virüsü için ise etkili bir profilaksi seçeneği bulunmamakla birlikte takip testleri yapılmaktadır.^{236,238}

Tek bir cinsel istismar sonrası sekresyonlar ve kan yoluyla saldırgandan mağdura HIV bulaşı riskinin düşük olduğu bilinmekle beraber; travma, kanama, vajinal, anal veya oral penetrasyon durumları, birden fazla saldırgan iddiası, mukoz membranlarda ejakülat varlığının riski arttırdığı belirtilmektedir. Olgu tüm yönleriyle değerlendirilip profilaksi uygulanmaya karara verilirse, antiretroviral üçlü tedavi (Abacavir, Zidovudin, Lamivudin veya Emrisitabin) mümkün olan en kısa süre içerisinde (tercihen ilk 24 saatte) başlanmalıdır. Antiretroviral tedavinin koruyuculuğunun %100 olmaması, toksisitesinin yüksek olması ve klinik verilerin yetersizliği nedeni ile çocuk yaş grubunda kullanımı tartışmalıdır. Eğer antiretroviral profilaksi uygulanmaya karar verilirse, hastalar 3-7 gün sonra değerlendirilmeye çağırılmalıdır.^{234,236}

Günümüzde uzmanların ortak görüşüne göre prepubertal dönemdeki cinsel istismar vakalarına rutin antimikrobiyal profilaksi önerilmemektedir. Ancak ergenlik çağında özellikle de ilk 72 saat içerisinde değerlendirilen olgularda, bu yaş grubunda pelvik inflamatuvar hastalık riskinin yüksek olması nedeniyle uzmanların birçoğu bu gruba profilaksi verilmesini önermektedir.²³⁹ Aynı şekilde, çocuklarda cinsel istismar sonrası CYBH insidansı daha düşük olduğundan, bu çocukların düzenli takibinin tüm profilaksi uygulamalarından daha güvenli olduğu da bildirilmektedir.²⁴⁰

2.2.9. Gebelik Profilaksisi

Cinsel şiddet iddiası ile değerlendirilen doğurganlık çağındaki her kız çocuğu ve kadında gebelik ihtimali göz önünde bulundurulmalı; enfeksiyon profilaksisi veya acil kontrasepsiyon başlanmadan evvel gebelik açısından değerlendirilmelidir. Gebelik profilaksisi için acil RİA takılması ve progesteron içeren hormon preparatları önerilmektedir.²⁴¹ Levonorgestrel 1,5 mg tek seferde; 20-30 µg etinil östradiol + 0,1-0,15 mg levonorgestrel ya da 0,3 mg norgestrel içeren preparatlardan her seferde 2 adet olmak üzere 12 saatte bir, 3 gün boyunca verilmektedir.²³⁴

2.2.9.1. Gebelik Sonlandırılması

Gebeliğin cinsel şiddet sonucu meydana gelen en travmatize edici sonuç olduğu kabul edilmektedir. Özellikle fiziksel ve psikolojik gelişimi tamamlanmamış, çocuk sahibi olma bilincinde olmayan adölesan yaş grubunda gebelik meydana gelmesi, beraberinde çok daha büyük sorunlara neden olmaktadır.²⁴² 6 yıllık periyodu kapsayan bir çalışmaya göre, cinsel istismar sonucu gebe kalan 18 yaş altı 111 çocuğa ait tıbbi kayıtların incelenmesi sonucu, çocukların yarıya yakınının doğum yaptığı; doğan çocukların yarıya yakınının kurum bakımında olduğu, 3 çocuğun koruyucu aileye teslim edildiği; mağdurların yarısında yaşadıkları olay nedeniyle psikolojik patoloji geliştiği saptanmıştır.²⁴³

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 99. maddesinin 6. fıkrasına göre, normal yasal süreçte 10 hafta olan gebelik sonlandırma süresi, cinsel saldırı sonrası oluşan gebelikler için 20 haftaya kadar uzatılmıştır. Yani 20 haftadan fazla olmayan ve kadının rızasının bulunduğu durumlarda gebeliğin sonlandırılmasının suç oluşturmayacağını düzenleyerek 20 haftanın altındaki cinsel şiddet nedenli meydana gelen gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir.²⁴⁴

2.2.10. Raporlandırma

Her bir aşaması ayrı bir bilgi ve deneyim gerektiren cinsel şiddet olgu muayenesinde en son ve belirleyici olması nedeniyle belki de en önemli adım raporlandırmadır. Adli tıp hekimi muayene ve değerlendirme aşamalarındaki hassas ve dikkatli çalışmasını ancak ayrıntılı, doğru, objektif dokümente edebildiği sürece kalıcı hale getirebilir.

Rapor içeriğinde; ilgili makam, muayenenin yapıldığı yer, muayene tarihi ve saati, muayeneyi yapan hekim ve sağlık çalışanları, mağdurun kimlik bilgileri, tıbbi geçmişi, genel görünümü, iddiaya konu olayın kişinin anlatımı ile kısa bir öyküsü, uygulanan tıbbi işlemler, tüm fizik muayene bulguları, muayene pozisyonları, tüm genito-anal muayene bulguları, numunelerin içeriği ve nereden alındıkları, laboratuvar sonuçları, radyolojik inceleme sonuçları, konsültasyonlar, profilaksi uygulamaları, alınan kıyafetler, hasta, velisi veya vasisi tarafından imzalanmış aydınlatılmış onam belgesi bulunmalıdır. Sonuç bölümünde ise, iddiaya konu olay ile kişinin tüm bulguları ve

laboratuvar inceleme sonuçları yorumlanıp karşılaştırılarak uyumlu olup olmadıkları belirtilmeli ve ayırıcı tanımlar irdelenmelidir.

Raporlandırmanın dünya standartları ve uluslararası protokollere uygun olarak hazırlanmış bir kılavuz ve/veya bir "check-list" rehberliğinde yapılması önerilmektedir. Rapor düzeni, içeriği, bulguların yorumlanması ve sonuç kısımlarının ortak dil kullanılarak hazırlanması, raporların standardizasyonunu ve dolayısıyla yargı önünde iddiaya konu tüm kişilerin haklarının korunmasını sağlayacaktır. Günümüz gelişmiş teknoloji ve bilim dünyasında, adaletin nitelikli ve standardize edilmiş bilirkişi raporları ile daha fazla desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir.²⁴⁵

2.3. Cinsel Şiddet Olgularında Yasal Uygulamalar

Bireylerin yaşamlarındaki en özel alanlardan biri de şüphesiz bireylerin cinsel yaşamlarıdır. Bu alanın dokunulmazlığı, özellikle son yüz yıldır ceza hukuku normlarıyla korunmaktadır. Bu bağlamda bir ülkede cinsel şiddete karşı getirilen yaptırımların ölçütü ve şekli, bizlere o ülkedeki cinsel hayatın ne şekilde algılandığı ve o ülkedeki toplumsal temeller hakkında fikirler vermektedir. Toplumsal dinamikler temelinde, cinsel şiddet olgularının tek yaptırım alanının ceza hukuku olması düşünülemez. Ceza hukukunun yanında toplumsal ve dini kurallar da saldırganları tecrit etmekte ve cezalandırmaktadır. Bununla beraber mağdurun da aidiyet hissettiği sosyal veya sınıfsal gruptan dışlanma endişesi ve utanma duygusu ile hareket ederek, eylemi adli mercilere bildirmeme yolunu seçmesi de sıkça karşılaşılan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. "Siyah rakamlar" halinde kalan pek çok cinsel şiddet olgusu, aslında istatistiklerin gerçekleri ne kadar yansıttığı konusunu sorgulamaya yol açmaktadır.

Çağdaş ceza hukukunda, cinsel suçlara yönelik yaptırımların yardımıyla korunmak istenen hukuki menfaatin, bireyin bizzat ve özgürce cinsel tercihte bulunabilmesi olduğu düşüncesi kabul görmektedir. Ancak mevzuat tekniği açısından kimi ülkelerde cinsel suçlar ve cezalarına ilişkin normlar "Cinsel Dokunulmazlık" başlığı altında kabul edilse de, kimi ülkelerde "Cinsel Özgürlüğe Karşı Suçlar" başlığını altında yer almaktadır. Dokunulmazlık başlığı altında normların düzenlenmesi, korunan hukuki değer bakımından bireyin vücut bütünlüğünün ön plana çıkarıldığını ortaya koymaktadır. Aslında bu durum ön planda korunması gereken cinsel özgürlüğün arka

planda kalmasına yol açmaktadır. Bu da öğretide korunan menfaatin cinsel özgürlük mü yoksa cinsel dokunulmazlık mı olduğu hususunda tartışmalara yol açsa da, ağırlıklı olarak kişinin kendi özgür iradesiyle cinsel tercihte bulunmasının buradaki asıl menfaat olduğu düşüncesi benimsenmektedir.

2.3.1. Türk Ceza Hukuku'nda Cinsel Suçlar

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nu ile birlikte, yürürlükten kaldırılan 765 Sayılı Ceza Kanunumuzda yer alan cinsel suçlar radikal bir şekilde değişikliğe uğratarak reforme edilmiştir. Yeni kanun döneminde normların sistematik bir şekilde ele alınmasının yanı sıra, kanun koyucu açısından korunan hukuki menfaatin değiştiği de anlaşılmaktadır. Eski kanun döneminde cinsel şiddet suçları, "Genel Adap ve Aile Düzenine Karşı Suçlar" başlığı altında düzenlenmişken, yeni TCK döneminde bu suçlar "Kişilere Karşı Suçlar" başlığı altında düzenlenmiştir. Bu bağlamda cinsel şiddet suçlarında korunan menfaatin; genel adap, iffet, namus gibi toplumsal yönü ağır basan değerlerden, bireysel cinsel özgürlüğün korunması yönünde bir değişime uğradığının açık olduğu bildirilmektedir. İlgili kanun maddesinin gerekçesinde yer alan "kişilerin vücudu üzerinde cinsel davranışlarda bulunulmak suretiyle cinsel dokunulmazlığın ihlal edileceği" ifadesi ile cinsel özgürlük kadar cinsel dokunulmazlığın da, korunan menfaat bakımından ön planda tutulduğu anlaşılmaktadır.²⁴⁶

Yürürlükteki kanunumuzda, cinsel suçlar dört ayrı maddede (m.102-m.105) düzenlenmiştir. Bu maddelerde cinsel eylemlerin; tipleri, cinsel özgürlüğe ve dokunulmazlığa hangi boyutta müdahale ettiği ve toplumsal değerlerin ne boyutta ihlal edildiğine göre farklı ceza yaptırımları öngörülmüştür. Bu bağlamda, kanunumuz cinsel eylemin cezai karşılığını; vücut dokunulmazlığını ihlal edip etmediğine, vücut dokunulmazlığı ihlal ediliyorsa, bu ihlalde mağdurun vücuduna bir cisim sokulup sokulmadığı temellerine göre tasnif etmiştir. Bu temeller üzerinde de cinsel eylemin, sosyal ilişkilerdeki toplumsal kuralları hangi boyutta ihlal ettiğine göre verilecek cezada çeşitli artırım nedenleri belirlenmiştir.

Cinsel Saldırı Suçu (m.102) :

Cinsel özgürlük ve dokunulmazlık hakkı, Anayasal dayanağını "Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı" başlıklı 1982 Anayasası'nın 17. maddesinin 1. fıkrasından almaktadır. Buna göre, "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir." Anayasal bu norm karşısında, herkesin cinsel dokunulmazlığı ve özgürlüğünün olduğu kabul edilmektedir.

Cinsel saldırı suçu, 5237 sayılı TCK'nın 102. maddesinin 1. fıkrasında "Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, 2 yıldan 7 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." şeklinde düzenlenmiştir. TCK'nın 102. maddesinin 2. fıkrasında ise "Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, on iki yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır" hükmü ile hangi hallerde cezada artırma gidilmesi gerektiği düzenlenmiştir. Görüldüğü üzere kanun koyucu, temelde yapılan tasniflemeye bağlı kalarak, vücuda organ veya cisim sokulması halinde verilecek cezanın artırılması yönünde irade göstermiştir.

5237 sayılı TCK'nın 102. maddesinin gerekçesinde ise cinsel saldırı; "Cinsel arzuları tatmin amacına yönelik fakat cinsel ilişkiye varmayan davranışlarla, bir kişinin vücut dokunulmazlığını ihlal etme" olarak tanımlanmıştır. Bir başka deyişle bu suçun oluşabilmesi için fiziki temasın varlığı şartı aranmıştır.

Aynı maddenin üçüncü fıkrasında ise cinsel saldırı suçunun daha ağır cezayı gerektiren nitelikli halleri tanımlanmıştır. Buna göre suçun;

- a. Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- b. Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- c. Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı,
- d. Silahla veya birden fazla kişi tarafından birlikte,
- e. İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle işlenmesi hâlinde cezanın artırılması gerekmektedir.

Yasal düzenlemenin içeriği gereği, eylemin hangi kanun maddesinin sınırları içerisinde kaldığının tespiti zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda mağdur

üzerinde gerçekleştirilecek tetkikler, yargılama sürecinde belirleyici nitelikte olmakta ve faile verilecek cezayı belirlemektedir.

Kanunun 102/4 maddesinde: "Cinsel saldırı için başvuru alan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır." hükmü yer almaktadır. Bir başka deyişle, basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde meydana gelen yaralanma hallerinde, failin ayrıca kasten yaralama suçundan cezalandırılması yoluna gidilemeyecek, ancak basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikli yaralanma hallerinde fail cinsel istismar suçunun yanında kasten yaralama hükümlerinden de cezalandırılacaktır.²⁴⁷ Dolayısıyla muayene esnasında elde edilen yaralanma bulguları mutlak surette adli raporda yer almalı, bununla birlikte yaralanmanın ölçütüne ilişkin açıklamalara da yer verilmelidir.

Çocukların Cinsel İstismarı Suçu (m.103) :

Bir önceki kanun maddesi olan TCK 102 ile karşılaştırıldığında, reşit kişilere karşı işlenen eylemler açısından "cinsel saldırı" ifadesi kullanılırken, çocuklar açısından "cinsel istismar" ifadesi kullanılmaktadır.²⁴⁷

Kanun koyucu, madde 103'te yaş gruplarına göre bir ayrıma giderek 15 yaşını doldurmamış veya doldurmasına rağmen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan çocuklara karşı gerçekleştirilen her tür cinsel içerikli davranışı istismar sayarken, 15 yaşından büyük çocuklara sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedenden dolayı gerçekleştirilen cinsel içerikli davranışları cinsel istismar kabul etmiştir.²⁴⁸

Maddenin 2. fıkrasında nitelikli cinsel istismara ilişkin düzenlemelere yer verilmiş ve nitelikli cinsel istismar failin, mağdurun vücuduna organ veya sair bir cisim sokması olarak tanımlanmıştır. Suç niteliği itibarıyla, vücuda temas ile birlikte bir organ veya cisim sokulmuş olması gerekmektedir. Bu bağlamda vücuda bir organ veya cismin girip girmediğinin araştırılması, hukuk sisteminin adli bilirkişilerden beklentileri arasında yer almaktadır.

Ülkemizde doğum kayıtlarının gerçeğe uygun yapılmadığı durumlar göz önüne alındığında, yaşı gerçeğe uygun olarak tespiti ile ilgili de bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu nedenle kanun düzenlemesinde çocuğun yaşı esas alındığından, yaş kayıtlarına

sıklıkla itiraz edilmektedir. Yaş tespiti açısından rapor düzenlenirken fizik muayeneye ek olarak radyolojik incelemelere de başvurulması gerekmektedir.

Yasal düzenlemelerde görüleceği üzere, yaş dışında mağdur açısından araştırılması gereken bir diğer özellik, 15 yaşını doldurmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarının mağdur tarafından algılanıp algılanmadığı konusudur. Mağdurun algılama yeteneğinin zayıflığının olup olmadığının tespiti, bilirkişi olarak görev yapan Adli Tıp Kurumu ve ilgili yapılar ile üniversitelerdeki Adli Tıp Anabilim dalları tarafından yapılmaktadır. Burada araştırılması gereken ölçütler; mağdurun düşünceleri ile davranışları arasında seçim yapma yeteneğinin olup olmadığı, serbest iradesi ile davranışlarına yön verip veremediği, telkinlerle veya hezeyanlarla hareket edip etmediği konularıdır. Aslında kural olarak 15 yaşını doldurmuş bir mağdurun, fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğinin araştırılması gerekmemektedir. Ancak bu yönde bir itiraz veya şüphe olması halinde, soruşturma aşamasında savcılık, kovuşturma aşamasında mahkemeler bu konuda ilave araştırma talep etmektedirler.

Yine kanun metninden de anlaşılacağı üzere, mağdurun 15 yaşından küçük olması halinde rızasının olamayacağı kabul edilmekte, bu durum kanuni bir karine sayılmaktadır. Bu durumlarda algılama yeteneği ile ilgili olarak araştırmaya gerek görülmemektedir.

TCK'nın 103. maddesinin 5. fıkrasında, cinsel istismar için başvurulacak cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması halinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümlerin uygulanacağı düzenlenmiştir.²⁴⁷ Benzer bir hükmün bir önceki kanun maddesinde de yer aldığı, orada da açıklandığı üzere yaralanmaya ilişkin bulguların adli raporda yer almasına dikkat edilmelidir.

Cinsel istismar fiilinin, T.C.K 103/7. fıkarda düzenlendiği şekli ile kişinin bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması bu suçun netice sebebiyle ağırlaşmış hallerini oluşturmakta, faile verilecek cezada artırımı gidilmektedir. .

Reşit Olmayanla Cinsel İlişki Suçu (m.104) :

Reşit olmayan ve fakat algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiş olan çocuklara cinsellik konusunda kararlar alma ve uygulama hakkı verilmesi, uluslararası sözleşmelerde kabul görmektedir.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 34'üncü maddesi ile hukuka uygun olan ve olmayan cinsel eylemlerin ayrımının yapılması suretiyle cinsel ilişkiye rıza gösterme yaşı hakkında asgari bir sınırlama getirilmemiştir. Sözleşmeyi kaleme alanlar, 18 yaşını doldurmayanların cinsel yaşantılarının tamamen düzenlenmesinin ve sınır getirilmesinin hedeflenmediğini, yalnızca çocukların cinsel istismara karşı korunmasının amaçlandığını belirtmişlerdir. Sözleşmenin 12. maddesi ile beraber ele alındığında, kişisel görüşlerini özgürce belirleme kapasitesine ve yetkinliğine haiz çocukların, cinsel birlikteliğe rıza gösterme hakkında sınırlı bir otonomiye sahip olabileceği belirtilmektedir.²⁴⁹

Türk Ceza Kanunu'nun 104'üncü maddesinde "Reşit olmayanla cinsel ilişki" başlığında; cebir, tehdit ve hile olmaksızın, 15 yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandıracağı kayıtlıdır.

Kanun maddesinden de anlaşılacağı üzere bu suç şikayete bağlı bir suçtur. Yani 15 yaşını bitirmiş çocukların cinsel özgürlükleri, karşılıklı olarak birbirlerini şikâyet etmedikleri takdirde, hukuk düzenimizde kabul edilmiştir. Rıza ile gerçekleşen cinsel ilişki sonrası pişmanlık yaşayan 15 yaşını bitirmiş bir çocuğun şikayet hakkı saklı kalmaktadır.²⁵⁰

Cinsel Taciz Suçu (m.105) :

Kanunumuzda yer alan bu suç, vücut dokunulmazlığının ihlal edilmediği hallerde, cinsel niyet ve içerikle gerçekleşen davranışların karşılığıdır. Eylem kapsamında vücut dokunulmazlığı ihlal ediliyor ve temas gerçekleşiyorsa, bu sefer cinsel saldırı veya mağdurun yaş durumuna göre çocuğun cinsel istismarı suçu oluşacaktır.

Kanunumuzun 105. maddesinde; "Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikayeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına, fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur." denmektedir.

Kanun maddesinden de anlaşılacağı üzere, temas olmaksızın sözle veya bir hareketle gerçekleşecek eylemin, cinsel içerikli ve cinsel tatmine yönelik gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Örneğin Yargıtay, cinsel organını mağdurlara gösteren sanığın fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılamadığını ve bu fiille ilgili olarak

davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunup bulunmadığının tespiti için Adli Tıp birimlerinden rapor alınmasının gerektiğini, aksi halde incelemenin eksik olacağını belirtmektedir. Failin hangi amaçla hareket ettiğinin Adli Tıp birimlerince yapılacak inceleme sonucu ortaya çıkartılacağı ve bu doğrultuda hüküm verilmesi gerektiği bildirilmektedir.²⁵¹

Ülkemiz yasaları kapsamında cinsel şiddet suçunun faillerine karşı birçok Avrupa ülkesine göre daha uzun süreli hapis cezalarına hükmolunduğu, ancak, ortak görüşün cinsel şiddet mağdurlarının korunmasına yönelik tedbirlerin yetersiz olduğu yönünde olduğu öne sürülmektedir. Ülkemiz Ceza İnfaz Yasası, yerleşik uygulamalar ve çıkarılan af düzenlemeleri nedenli yaptırımların yasalarda belirtildiği ölçüde yüksek olmadığı, sanıkların cezalarının yalnızca bir bölümünü cezaevinde geçirdikleri, bunun sonucunda da yasadaki cezaların önleyiciliğinin ve caydırıcılığının etkin olmadığı belirtilmektedir. Cinsel şiddet suçuyla etkin mücadelenin sağlanabilmesi ve devamlılığının sürdürülebilmesi, mağdur odaklı bir yaklaşımın tam anlamıyla gerçekleştirilebilmesi için Ceza İnfaz Yasaları'nın cinsel suçlar bakımından yeniden ele alınması gerektiği önerilmektedir.²⁵²

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada 1 Ocak 2017 – 31 Aralık 2019 tarihleri arasında yargı makamları tarafından Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na cinsel istismar ve saldırı iddiası ile yönlendirilen, iddiaya konu olayın ilk yedi günü içerisinde olan; fizik ve genito-anal muayene yapılmasına, dijital multispektral videokolposkop ile fotoğraf ve görüntü kaydına, adli delil niteliğindeki kanıtların toplanmasına izin veren mağdurların rızaları, kendileri ve varsa yasal temsilcilerinden aydınlatılmış yazılı onam formu imzalatılarak alınmış ve çalışmaya dahil edilmiştir.

Olguların yaş, cinsiyet, uyruk, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aile yaşantısı gibi sosyo-demografik verileri incelenmiştir. Yaş kategorilendirmesi; TCK sınıflandırmasına uygun olarak 12 yaşının doldurmamış, 12 yaşını doldurmuş ama 15 yaşını doldurmamış, 15 yaşını doldurmuş ama 18 yaşını doldurmamış, 18 yaşını doldurmuş şeklinde dört grupta yapılmıştır. Medeni durum; bekar, evli ve gayri resmi (dini) evlilik olarak üç gruba ayrılmıştır. Eğitim durumu; okuma yazma bilmiyor, okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olarak altı gruba ayrılmıştır. Meslek; çalışmıyor, öğrenci, işçi, memur ve seks işçisi olarak beş gruba ayrılmıştır. Aile yaşantısı; anne ve baba ile, anne ile, baba ile, resmi/dini nikahlı eşi ile, anne ve üvey baba ile, baba ve üvey anne ile, akrabalar ile, sevgi evlerinde, bakım evinde, yalnız, cezaevinde yaşıyor olarak 11 gruba ayrılmıştır. Olayın gerçekleştiği tarih, ay ve mevsim bazında ele alınmıştır.

Muayene basamaklarının işleyişinde yanlış değerlendirmeler yapılmaması için kişinin daha önce maruz kaldığı cinsel bir istismar olayı olup olmadığı, daha önce hiç vajinal doğum yapıp yapmadığı sorgulanmıştır. Hastanın psikiyatrik geçmişi; özellik yok, psikiyatrik hastalık/ilaç kullanım öyküsü mevcut, mental retarde şeklinde üç gruba ayrılmıştır.

İddia edilen fail sayısı, kimliği ve ortalama yaşları kaydedilmiştir. Fail kimliği; arkadaş (okul arkadaşı, aile dostu vb.), sevgili/partner, eski sevgili/nişanlı/sözlü, resmi/dini eş, eski eş, baba, üvey baba, çocuk, yakın akraba (dayı, amca, kuzen, dede, enişte vb.), uzak akraba, patron/iş yeri sahibi, mahalle sakini (komşu, bakkal vb.), iş

arkadaşı ve tanımıyor olarak 14 gruba ayrılmıştır. İddiaya konu mağdur ve fail arasında sosyal medya üzerinden tanışma öyküsü olup olmadığı öğrenilmiştir.

Olay yeri; ev, otel/pansiyon, halka açık mekanlar (umumi tuvalet, iş yeri, okul, market, bakkal, berber vb.), araç (araba, kamyon vb.), bina (inşaat, boş bina, apartman vb.), açık alan (sokak, tarla, bahçe, arazi, park vb.), cezaevi olarak yedi gruba ayrılmıştır. İddia edilen faille mağdur arasında mağdura ait fotoğraf, video kaydı, özel bilgilerin paylaşılması gibi tehditten doğan bir görüşme olup olmadığı, iddia edilen olay öyküsü içerisinde madde-alkol kullanım öyküsü bulunup bulunmadığı ve mağdurun failden şikayetçi olup olmadığı sorgulanmıştır.

İddiaya konu olay ile adli tıbbi muayene getiriliş/başvuru zamanı arasında geçen süre; ilk 24 saat, 24-48 saat, 48-72 saat, 72-96 saat, 96-120 saat, 120-144 saat, 144-168 saat olarak yedi gruba ayrılmıştır. Cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet varlığı sorgulanmış; fizik muayenede travmatik lezyon saptanmadıysa doğal, olay ile bağlantılı olduğu düşünülen bulgular ise ekimoz, peteşi, abrazyon, laserasyon, kesi, fraktür, 2 veya daha fazla bulgu olacak şekilde sekiz gruba ayrılmıştır.

İddia edilen istismar tipleri sınıflandırılarak; tanımlanamayan, temas içermeyen istismar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik), cinsel amaçlı dokunma ve öpme, oro-genital ilişki, interfemoral ilişki (penetrasyon olmaksızın sürtünme), dijital penetrasyon, vajinal penetrasyon, anal penetrasyon, vajinal ve anal, vajinal ve oral, interfemoral ve dijital, anal ve oral şeklinde 12 gruba ayrılmıştır.

Kız çocukları ve kadınlardaki genital muayene bulguları olgulara göre sınıflandırılmıştır. Muayenede akut travmatik lezyon saptanmadıysa lezyon yok, hymende eskiye ait yırtılma varsa eski yırtık olarak kaydedilmiştir. Akut travma bulgusu olan hymen yırtıkları; daha erken dönemlerde saptadığımız taze kanamalı hymen yırtığı, daha geç dönemde saptadığımız ekimoz ve inflame hymen yırtığı ve septa yırtılması olarak üçe ayrılmıştır. Harici bulgular ekimoz, silinme, hymenoplasti skarı, multitravmatik olarak gruplandırılmış ve toplam dokuz gruba ayrılmıştır.

Anal muayene bulguları; muayenede travmatik lezyon saptanmadıysa doğal ile ekimoz, fissür, laserasyon, abrazyon, ekimoz ve abrazyon, fissür ve ekimoz, kronik livata bulguları olarak sekiz gruba ayrılmıştır.

Muayenelerimiz sonucu adli delil niteliği taşıyabilecek kanıtların incelenmesi, yargı makamları tarafından talep edildiği ölçüde Adli Tıp Anabilim dalımız içerisinde

mevcut Adli Genetik ve Adli Toksikoloji laboratuvarlarında gerçekleştirilmiştir. Sürüntü, kıyafet, iç çamaşırı, olay yeri örneklerinin alınıp alınmadığı, yargı makamlarının incelenmesini isteyip istemediği ve incelenen örneklerde DNA saptanması kaydedilmiştir. Toksikolojik örnek (kan, idrar vb.) alınıp alınmadığı, yargı makamlarının incelenmesini isteyip istemediği kaydedilmiştir. İncelenen örneklerdeki bulgular; alkol, uyutucu-uyuşturucu madde, alkol ve uyutucu-uyuşturucu madde, negatif olarak dört grupta sınıflandırılmıştır.

Araştırma verisi "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Nitel değerlendirmeler için Ki-kare, Fisher'ın kesinlik testi kullanıldı. Post-hoc analizlerde, Bonferonni düzeltme z testi ile çoklu karşılaştırmalar gösterilmiştir. $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edildi. Bulgular, tablo ve grafiklerde gösterilerek olguların özellikleri incelenmiştir.

4. BULGULAR

01.01.2017 – 31.12.2019 tarihleri arasında yargı makamları tarafından Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na cinsel istismar ve saldırı iddiası ile yönlendirilen toplam 634 olgunun muayeneleri gerçekleştirilmiştir. Bu olguların toplam 203 tanesi (%32), iddiaya konu olayın ilk yedi günü içerisinde muayene edilmiştir.

Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; en genç olgunun 3, en yaşlının ise 60 yaşında ve yaş ortalamasının 15,61 olduğu; kız çocuk/kadın cinsiyeti yaş ortalaması 16,4 (n:154), erkek cinsiyetin yaş ortalaması 13,1 (n:49), 18 yaş altı kız çocuğu yaş ortalaması 12,9 (n:117), 18 yaş altı erkek çocuğu yaş ortalaması 10,5 (n:43) olduğu; mağdurların en yüksek oranda 15-17 yaş kategorisinde ve kız çocuğu olduğu (%75,9); istismar mağdurlarının büyük bir kısmının bekar olduğu (%90,1, n:183) ve en yüksek oranda ortaokul mezunu seviyesinde eğitim gördükleri (%27,1); meslek gruplarından ise en yüksek oranda öğrenci (%41,9) ve işsiz (%40,9) gruplarıyla karşılaştığı gözlenmiştir. Tablo 1'de çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

Çalışma parametresi		(n:203)	
		Median (Q1-Q3)	n
Yaş		15 (11-17)	-
Yaş kategorileri	<12	%25.6	52
	12-14	%22.7	46
	15-17	%30.5	62
	≥18	%21.2	43
Cinsiyet	Kadın	%75.9	154
	Erkek	%24.1	49
Uyruk	T.C. vatandaşı	%90.1	183
	Yabancı uyruklu	%9.9	20
Medeni Durum	Bekar	%94.1	191
	Evli	%4.4	9
	Gayriresmi nikahlı	%1.5	3

Tablo 1. Devamı

Eğitim	Okuma yazma bilmiyor	%25.6	52
	Okuma yazma biliyor	%15.3	31
	İlkokul	%24.1	49
	Ortaokul	%27.1	55
	Lise	%7.4	15
	Üniversite	%0.5	1
Meslek	Çalışmıyor	%40.9	83
	Öğrenci	%41.9	85
	İşçi	%15.8	32
	Memur	%0.5	1
	Seks işçisi	%1.0	2

Tüm grupta istismar mağduru kadın ve erkeklerin yaşları karşılaştırıldığında, kadın grubunun (Medyan: 15,0; Q1:13,0-Q3:17,5) erkek yaş grubundan (Medyan:12,0; Q1:7,5-Q3:13,0) istatistiksel olarak anlamlı büyük yaşlarda olduğu gözlenmiştir (Z:4,185; p:0,001). Yaş kategorileri incelendiğinde 12 yaş altı, 12-14 yaş arasında erkek mağdurların oranlarının istatistiksel anlamlı yüksek olduğu, 15-17 yaş arasında kız çocuğu mağdurların oranının istatistiksel anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Tüm kadın grubundaki 18 yaş üstü hastaların kadın grubunun %24,0'ını, erkeklerde ise %12,20'sini oluşturduğu gözlenmiştir. Tablo 2, yaş kategorilerine göre dağılımı göstermektedir.

Tablo 2. Yaş kategorilerine göre cinsiyet dağılımları

Çalışma parametresi		Cinsiyet		Toplam	İstatistik	p
		Kadın	Erkek			
<12	n	32 _a	20 _b	52	χ^2 :22.656	0.001
	%	20.8	40.8	25.60		
12-14	n	28 _a	18 _b	46		
	%	18.2	36.7	22.70		
15-17	n	57 _a	5 _b	62		
	%	37.0	10.2	30.50		
≥18	n	37 _a	6 _a	43		
	%	24.0 _a	12.2	21.20		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan cinsiyet kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

Kadın ve erkek cinsiyetler arasında uyruklar incelendiğinde erkek cinsiyette yabancı uyruklu olma oranının (%18,4), kadın cinsiyete göre (%7,1) anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeylerinde ise okuma yazma bilmeyenlerin erkeklerde anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Tablo 3'te cinsiyetlerin uyruk ve eğitim düzeyleri karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 3. Kadın ve erkek cinsiyetlerin uyruk ve eğitim karşılaştırılması

Çalışma parametresi			Cinsiyet		Toplam	İstatistik	p
			Kadın	Erkek			
Uyruk	T.C.	n	143 _a	40 _b	183	$\chi^2:5.723$	0.026
		%	92.9	81.6	90.1		
	Yabancı uyruklu	n	11 _a	9 _b	20		
		%	7.1	18.4	9.9		
Eğitim	Okuma yazma bilmiyor	n	33 _a	19 _b	52	$\chi^2:17.966$	0.003
		%	21.4	38.8	25.6		
	Okuma yazma biliyor	n	21 _a	10 _a	31		
		%	13.6	20.4	15.3		
	İlkokul	n	34 _a	15 _a	49		
		%	22.1	30.6	24.1		
	Ortaokul	n	51 _a	4 _b	55		
		%	33.1	8.2	27.1		
	Lise ve üstü	n	15 _a	1 _a	16		
		%	9.7	2.0	7.9		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan cinsiyet kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

Çalışma grubu, birlikte yaşadığı kişiler açısından incelendiğinde, en yüksek oranda anne ve baba birlikte yaşadıkları (%56,7, n:115) gözlenmiştir. Grubun %8,4'ü geçmiş psikiyatrik hastalık ile tanılanmış veya psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü mevcuttu ve %7,9'u mental retardasyon tanısı almıştı. Eski istismar öyküsü, hastaların %33,5'unda mevcuttu. Kadın hastalar içinde %7,8'i vajinal doğum yapmıştı. Çalışma grubunun birlikte yaşadığı kişiler, geçmiş psikiyatrik, istismar ve doğum yapma öyküsü Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışma grubunun birlikte yaşadığı kişiler, geçmiş psikiyatrik, istismar ve doğum yapma öyküsü

Çalışma parametresi		(n:203)	
		(%)	n
Birlikte yaşadığı kişiler	Anne ve baba birlikte	56.7	115
	Sadece anne ile	17.2	35
	Sevgi evleri	6.9	14
	Yalnız	4.9	10
	Sadece baba ile	3.9	8
	Resmi/dini nikahlı eş ile	3.9	8
	Akrabalar ile	2.5	5
	Anne ve üvey baba ile	2.0	4
	Bakım evi	1.0	2
	Baba ve üvey anne ile	0.5	1
	Cezaevi	0.5	1
Geçmiş istismar öykü	Var	33.5	68
	Yok	66.5	135
Geçmiş psikiyatrik öykü	Özellik yok	83.7	170
	Psikiyatrik hastalık/ilaç var	8.4	17
	Mental retarde	7.9	16
Vajinal doğum	Var	7.8	11

Kadın ve erkek cinsiyetlerin aile durumları karşılaştırıldığında; kadınların daha yüksek oranda sadece anne ile yaşadığı ve sevgi evlerinde kaldığı, erkeklerin ise anne baba birlikte, sadece anne ile, anne ve üvey baba ile oranlarda yaşadığı gözlenmiştir. Aralarında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Kadın ve erkek cinsiyetlerin aile durumunun karşılaştırılması Tablo 5’da gösterilmiştir.

Tablo 5. Kadın ve erkek cinsiyetlerin aile durumunun karşılaştırılması

Çalışma parametresi			Cinsiyet		Toplam	İstatistik	p
			Kadın	Erkek			
Aile Durumu	Anne ve Baba Birlikte	n	76 _a	39 _b	115	χ^2 :33.8 26	0.001
		%	49.4	79.6	56.7		
	Yalnız Anne ile	n	32 _a	3 _b	35		
		%	20.8	6.1	17.2		
	Yalnız Baba ile	n	8 _a	0 _a	8		
		%	5.2	0.0	3.9		
	Resmi/Dini Nikahlı Eş ile	n	8 _a	0 _a	8		
		%	5.2	0.0	3.9		
	Anne ve Üvey Baba ile	n	1 _a	3 _b	4		
		%	0.6	6.1	2.0		
	Baba ve Üvey Anne ile	n	1 _a	0 _a	1		
		%	0.6	0.0	0.5		
	Akrabalar ile	n	3 _a	2 _a	5		
		%	1.9	4.1	2.5		
	Sevgi Evleri	n	14 _a	0 _b	14		
		%	9.1	0.0	6.9		
	Bakım Evi	n	1 _a	1 _a	2		
		%	0.6	2.0	1.0		
	Yalnız	n	10 _a	0 _a	10		
		%	6.5	0.0	4.9		
	Cezaevi	n	0 _a	1 _a	1		
		%	0.0	2.0	0.5		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan cinsiyet kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

Cinsiyetler açısından psikiyatrik özgeçmişler ve olay öncesi istismar öyküleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Tablo 6'da kadın ve erkek cinsiyetlerin psikiyatrik özgeçmiş ve eski istismar durumunun karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 6. Cinsiyetler açısından psikiyatrik özgeçmiş ve eski istismar durumunun karşılaştırılması

Çalışma parametresi			Cinsiyet		Toplam	İstatistik	p
			Kadın	Erkek			
Psikiyatrik özgeçmiş	Özellik yok	n	130	40	170	χ^2 :4.816	0.090
		%	84.4	81.6	83.7		
	Psikiyatrik hastalık/ilaç var	n	15	2	17		
		%	9.7	4.1	8.4		
	Mental retarde	n	9	7	16		
		%	5.8	14.3	7.9		
Olay öncesi istismar öyküsü	Var	n	52	16	68	χ^2 :0.021	0.516
		%	33.8	32.7	33.5		
	Yok	n	102	33	135		
		%	66.2	67.3	66.5		

Mağdur ve fail arasında sosyal medya üzerinden tanışma öyküsü varlığı yalnızca kız çocuğu/kadın grubunda belirlenmiştir ve bu cinsiyet grubunda görülme oranı %20,7'dir. Sosyal medya ile tanışma ve eğitim grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve ortaokul mezunu grupta sosyal medya ile tanışma oranlarının anlamlı yüksek ve okuma yazma bilmeyen ile sadece okuma yazma bilen grupta sosyal medya ile tanışma oranlarının anlamlı düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 7). Psikiyatrik hastalık/mental retardasyon ve sağlıklı gruplar arasında sosyal medya aracılığı ile tanışma bakımından anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir (χ^2 :6.177, p:0.077).

Tablo 7. Sosyal medya aracılığı ile tanışma ve eğitim durumları

Çalışma parametresi			Sosyal Medya Aracılığı ile Tanışma			İstatistik	P
			Var	Yok	Toplam		
İstismar Tipi	Okuma yazma(-)	n	3 _a	49 _b	52	χ^2 :19.766	0.001
		%	9.4	28.7	25.6		
	Okuma yazma(+)	n	1 _a	30 _b	31		
		%	3.1	17.5	15.3		
	İlkokul	n	8 _a	41 _a	49		
		%	25.0	24.0	24.1		
	Ortaokul	n	18 _a	37 _b	55		
		%	56.3	21.6	27.1		
	Lise	n	2 _a	13 _a	15		
		%	6.3	7.6	7.4		
	Üniversite	n	0 _a	1 _a	1		
		%	0.0	0.6	0.5		
	toplam		n:32	n:171	n:203		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

İstismar olayında fail sayısı ve yaş grubu incelendiğinde, olayların büyük bir kısmında failin tek kişi (%93,1) ve en yüksek oranda 16-20 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir. Tablo 8’de fail sayısı ve fail yaş grupları gösterilmiştir.

Tablo 8. İstismar olayında fail sayısı ve fail yaş grubu

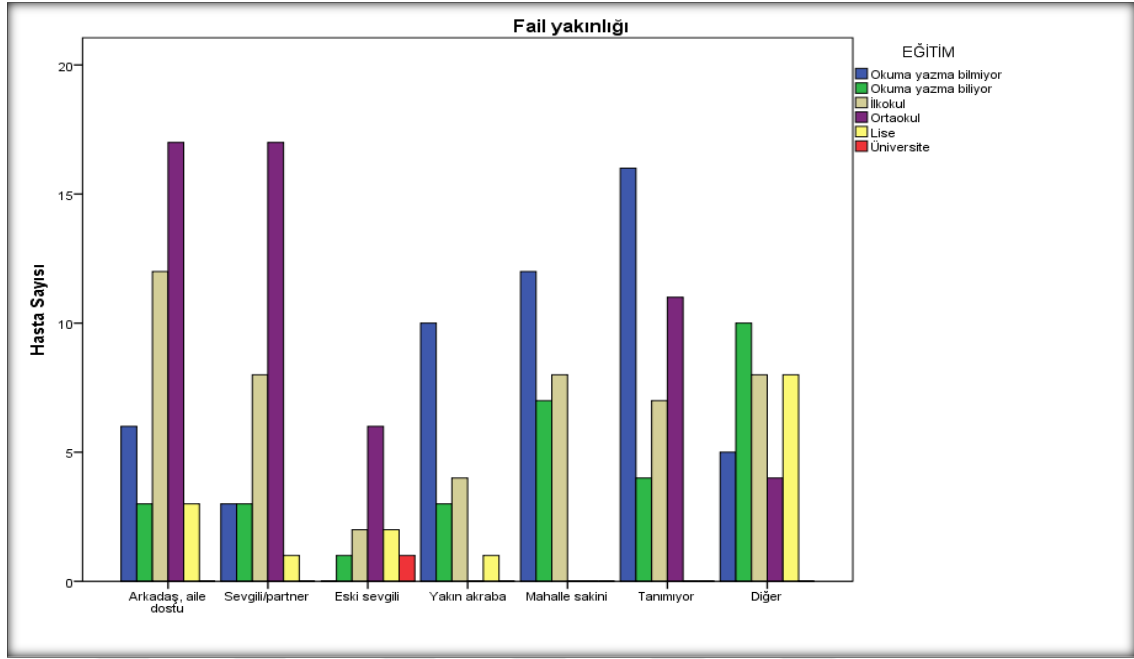
Çalışma parametresi		(n:203)	
		(%)	n
Fail Sayısı	1	93.1	189
	2	2.5	5
	3	2.5	5
	4	1.0	2
	>5	1.0	2
Fail Yaş grubu	16-20 yaş	16.7	34
	bilinmiyor	15.8	32
	21-25 yaş	14.8	30
	31-35 yaş	9.4	19
	11-15 yaş	8.4	17
	26-30 yaş	7.9	16
	41-45 yaş	7.9	16
	36-40 yaş	6.9	14
	46-50 yaş	4.9	10
	51-55 yaş	2.5	5
	61-65 yaş	2.0	4
	56-60 yaş	1.5	3
	66-70 yaş	1.5	3

Failin mağdur ile yakınlık derecesi incelendiğinde, olguların %81,3’ünde mağdurun faili tanıdığı; arkadaş/aile dostu (%20.2), tanınmayan (%18,7) ve sevgili/partner (%15,8) oranlarının üst sıralarda olduğu gözlenmiştir. Failin mağdur ile yakınlık dereceleri Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Failin mağdur ile yakınlık dereceleri

Çalışma parametresi	(n:203)	
	(%)	N
Arkadaş (okul arkadaşı, aile dostu vb.)	20.2	41
Tanımıyor	18.7	38
Sevgili/partner	15.8	32
Mahalle sakini (komşu, bakkal vb.)	13.3	27
Yakın akraba (amca, kuzen, dede, enişte vb.)	8.9	18
Eski sevgili/nişanlı/sözlü	5.9	12
Üvey baba	3.0	6
Uzak Akraba	3.0	6
Resmi/dini eş	2.5	5
Baba	2.5	5
Patron/iş yeri sahibi	2.5	5
İş arkadaşı	2.5	5
Eski eş	1.0	2
Çocuk	0.5	1

Mülteci olma durumu ile fail yakınlığı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı (χ^2 :15.288, p :0.359) gözlenmiştir. Failin mağdur ile yakınlığı ve eğitim grupları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu (χ^2 :143.124, p :0.001) gözlenmiştir. Yapılan post-hoc testlerde bu farkın arkadaş/aile dostu ve sevgili/partner gruplarında, ortaokul ve ilkokul eğitim grubunun hasta sayısının anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Yakın akraba/mahalle sakini/tanınmıyor gruplarında ise okuma-yazma bilmeyen gruptaki hasta sayısının anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2). Mülteci olma durumu ile fail yakınlığı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı (χ^2 :15.288, p :0.359) gözlenmiştir. Fail yakınlığı ile şikayetçi olma durumu arasında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir (χ^2 :17.028, p :0.255). Yine eğitim düzeyi grupları ile şikayetçi olma durumu arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (χ^2 :6.167, p :0.290).



Şekil 1. Fail yakınlığı ile eğitim grupları arasındaki ilişki

İstismar olayının özellikleri incelendiğinde; olayın en yüksek oranda evde gerçekleştiği (%53,7), %16,3’ünde olay öyküsü içerisinde madde-alkol kullanım öyküsü mevcut olduğu gözlenmiştir. Olayların %88,7’sinde mağdur failden şikayetçi olduğunu beyan etmiştir. İstismar olayının özellikleri Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. İstismar olayının özellikleri

Çalışma parametresi		(n:203)	
		(%)	n
Olay yeri	Ev	53.7	109
	Açık alan (sokak, tarla, arazi, bahçe, park vb.)	17.2	35
	Halka açık mekanlar (iş yeri, okul, tuvalet vb.)	11.3	23
	Araç içinde	9.4	19
	İnşaat, boş bina, apartman	5.9	12
	Otel/pansiyon	2.0	4
	Cezaevi	0.5	1
Fiziksel şiddet	Var	31.0	63
	Yok	69.0	140
Alkol-Madde kullanımı	Var	16.3	33
	Yok	83.7	170
Tehdit	Var	22.2	45
	Yok	77.8	158
Failin şikayetçi olması	Var	88.7	180
	Yok	11.3	23

Cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet oranının %31 olduğu; 18 yaş altı hastaların öykülerinin (n:160) %22,5’inde fiziksel şiddet var iken, 18 yaş üstünde (n:43) bu oran %62,8 olarak tespit edilmiş ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. (χ^2 :35,710; p:0.001).

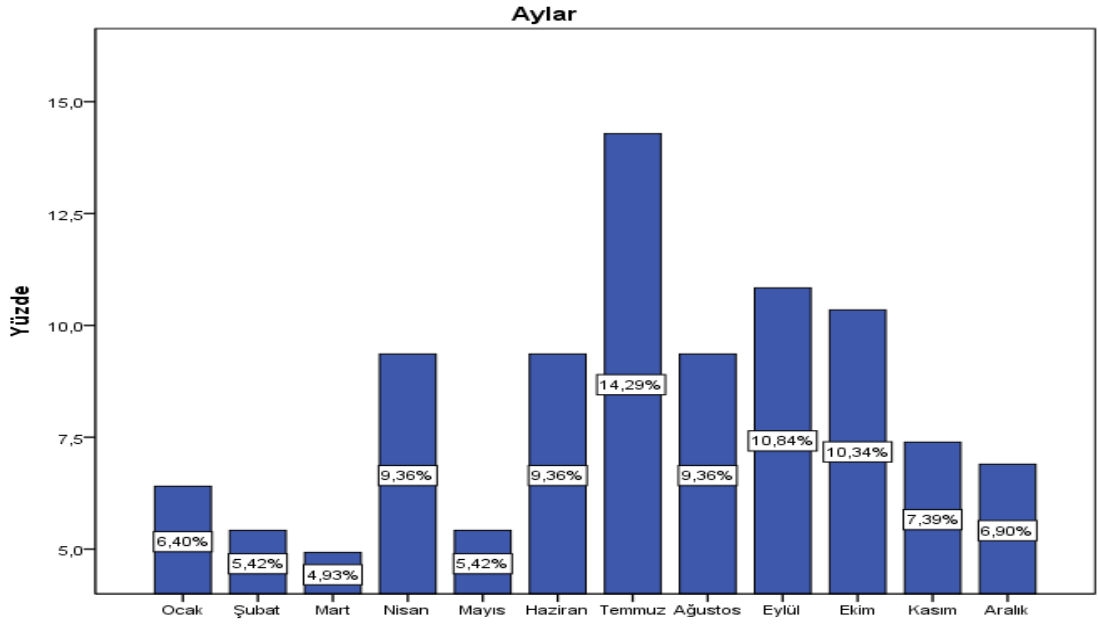
Çalışmamızda; mağdura ait fotoğraf, video kaydı, özel bilgilerin paylaşılması gibi tehditten doğan bir görüşme mevcudiyetinin %22,2 olduğu saptanmıştır. Eski istismar öyküsü olanların (n:68) %45,6’sının güncel olay öyküsünde tehdit unsuru mevcut olduğu, eski istismar öyküsü olmayanların (n:135) ise %10,4’ünün güncel olay öyküsünde tehdit unsuru mevcut olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir (χ^2 :32,508; p:0.001).

İstismar olayının tipi incelendiğinde en yüksek oranlarda vajinal penetrasyon (%34,5), anal penetrasyon (%21,7) ve interfemoral ilişki (%14,3) olduğu gözlenmiştir. İstismar olayının tipleri Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. İstismar olayının tipi

Çalışma parametresi	(n:203)	
	(%)	n
Vajinal penetrasyon	34.5	70
Anal penetrasyon	21.7	44
İnterfemoral ilişki	14.3	29
Cinsel dokunma, öpme	8.9	18
Vajinal + Anal ilişki	8.4	17
Anal + Oral ilişki	3.4	7
Dijital penetrasyon	2.5	5
Oro-genital ilişki	2.0	4
Vajinal + Oral ilişki	1.5	3
Temas içermeyen istismar	1.0	2
Tanımlanamayan	1.0	2
İnterfemoral + Dijital	1.0	2

Mevsimlere göre istismar sıklıkları incelendiğinde en yüksek oranda (%33) yaz mevsiminde olayların gerçekleştiği, ardından sırasıyla sonbahar (%28,57), ilkbahar (%19.70), kış (%18.72) mevsimleri olduğu gözlenmiştir. Aylara göre istismar sıklıkları incelendiğinde, en yüksek oranda Temmuz ayında cinsel istismar olaylarının gerçekleştiği gözlenmiştir. Şekil 2’de ayların yüzdesel dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 2. Cinsel istismar olaylarının aylara göre dağılımları

İddiaya konu olay ile adli tıbbi muayene getiriliş/başvuru zamanı arasında geçen süre incelendiğinde en çok ilk 24 saatte (%37,4) başvuru olduğu ve süre geçtikçe başvuru oranlarının azaldığı gözlenmiştir. İstismar olayı sonrası başvuru zamanları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. İstismar olayı sonrası başvuru zamanları

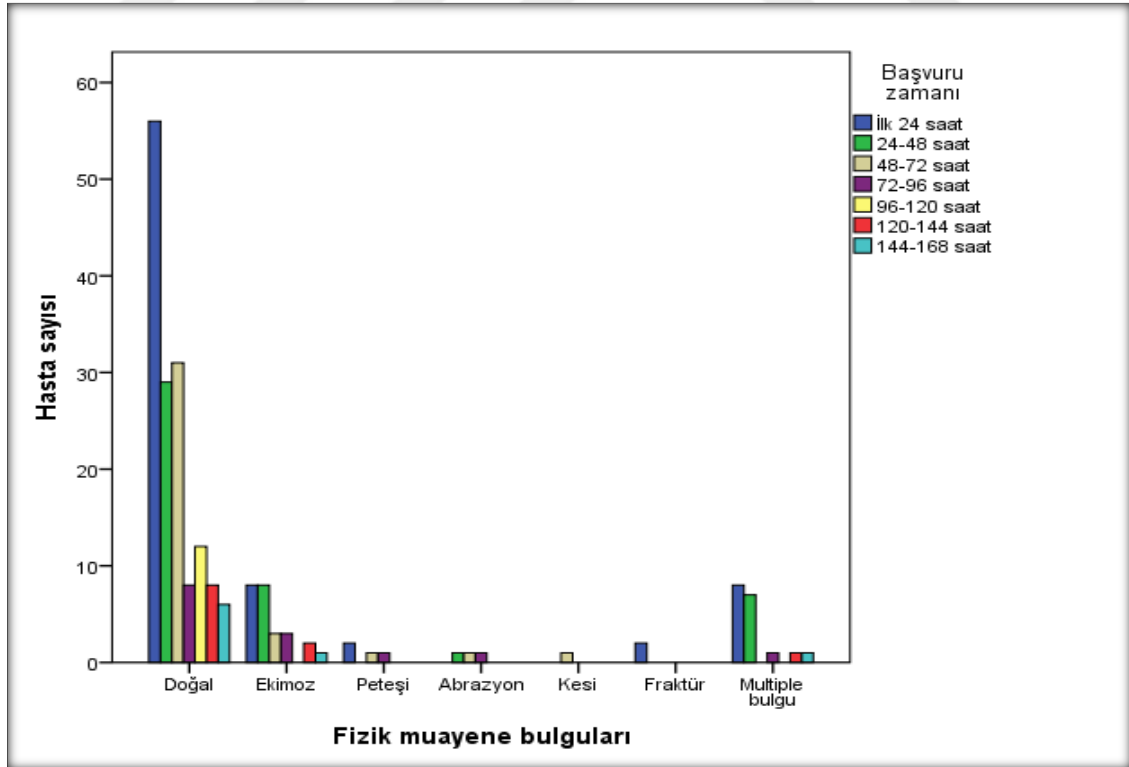
Çalışma parametresi	(n:203)	
	(%)	n
İlk 24 saat	37.4	76
24-48	22.2	45
48-72	18.2	37
72-96	6.9	14
96-120	5.9	12
120-144	5.4	11
144-168	3.9	8

Cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet sonucu meydana gelen fizik muayene bulguları arasında en çok gözlenen patolojik bulgu ekimoz (%12,3), sonrasında çoklu bulgular olduğu gözlenmiştir. Tablo 13’te istismar sonrası fizik muayene bulguları gösterilmiştir.

Tablo 13. Cinsel ve fiziksel şiddet sonrası fizik muayene bulguları

Çalışma parametresi	(n:203)	
	(%)	n
Bulgu yok	73.9	150
Ekimoz	12.3	25
Multiple bulgu	8.9	18
Peteşi	2.0	4
Abrazyon	1.5	3
Fraktür	1.0	2
Kesi	.5	1

Başvuru zamanı ile fizik muayene bulguları incelendiğinde, başvuru zamanı grupları ile fizik muayene bulguları arasında anlamlı fark olmadığı (χ^2 :30,600; p:0,709) ve fail sayısı grupları ile fizik muayene bulguları arasında fark olmadığı (χ^2 :19.819, p:0.343) gözlenmiştir. Şekil 3'te başvuru zamanı ile fizik muayene bulguları gösterilmiştir.



Şekil 3. Başvuru zamanı ile fizik muayene bulguları

Alkol-madde kullanım iddiası ve fizik muayene bulguları incelendiğinde alkol-madde kullanımı olan istismar tiplerinde olmayanlara göre en az 1 bulgu olma olasılığının anlamlı olarak yüksek olduğu ve en sık görülen bulguların ekimoz, peteşi ve abrazyon olduğu gözlenmiştir. Tablo 14, alkol-madde kullanım iddiası mevcut olan istismar tiplerinde fizik muayene bulgularını göstermektedir.

Tablo 14. Alkol-madde kullanım iddiası olan istismarlarda fizik muayene bulguları

Çalışma parametresi			Alkol-Madde kullanımı		Toplam	İstatistik	p
			Var	Yok			
Fizik muayene bulgusu	Bulgu yok	n	19	131	150	χ^2 :10.830	0.044
		%	57.6	77.1	73.9		
	Ekimoz	n	7	18	25		
		%	21.2	10.6	12.3		
	Peteşi	n	1	3	4		
		%	3.0	1.8	2.0		
	Abrazyon	n	1	2	3		
		%	3.0	1.2	1.5		
	Kesi	n	1	0	1		
		%	3.0	0.0	0.5		
	Fraktür	n	0	2	2		
		%	0.0	1.2	1.0		
	Multiple Bulgu	n	4	14	18		
		%	12.1	8.2	8.9		
	toplam		n:33	n:170	n:203		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

İstismar olayında alkol-madde kullanımı ile şiddet uygulanması incelendiğinde gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir. Tablo 15'te istismar olayında alkol-madde kullanımı ve şiddet gösterilmiştir.

Tablo 15. İstismar olayında alkol-madde kullanım ve şiddet iddiaları

Çalışma parametresi			Alkol-Madde kullanımı		Toplam	İstatistik	P
			Var	Yok			
Şiddet	Var	n	11	22	33	$\chi^2:0.097$	0.451
		%	17.5	15.7	16.3		
	Yok	n	52	118	170		
		%	82.5	84.3	83.7		

Yaş kategorilerinde fizik bulgular incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tablo 16’da yaş kategorilerine göre fizik muayene bulguları gösterilmiştir.

Tablo 16. Yaş kategorilerine göre fizik muayene bulguları

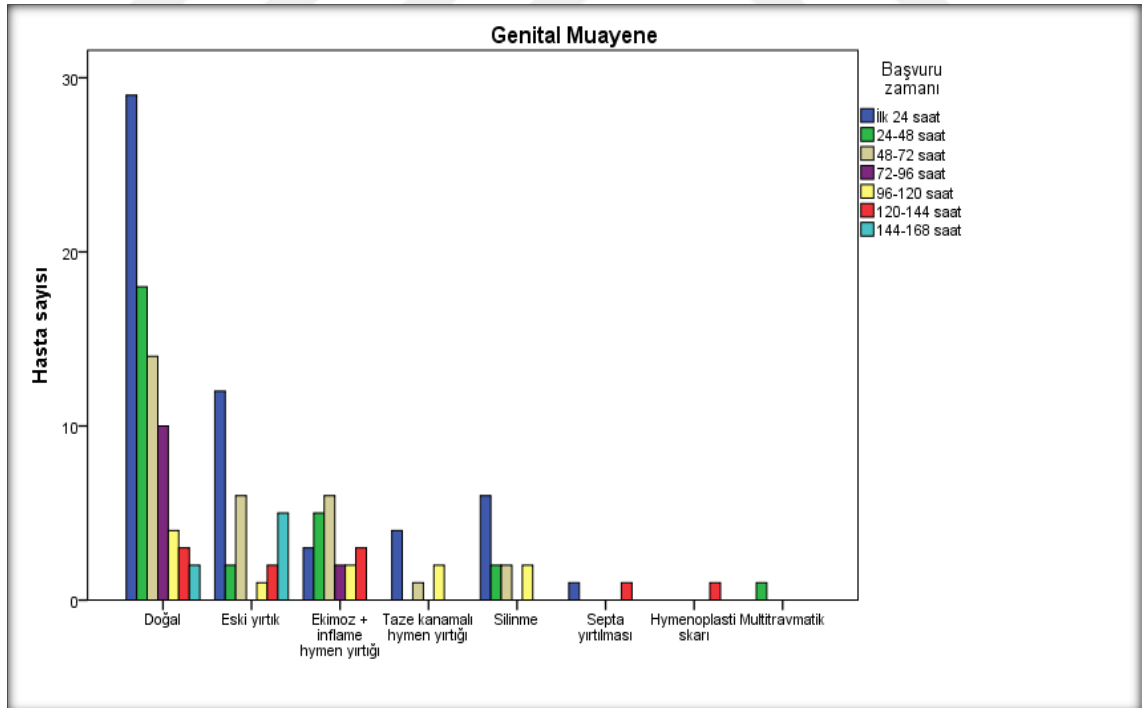
Çalışma parametresi		Yaş grupları				İstatistik	p
		<12	12-14	15-17	>18		
Ekimoz	n	4	3	8	10	$\chi^2:22.845$	0.197
	%	7.7	6.5	12.9	23.3		
Peteşi	n	1	0	1	2		
	%	1.9	0.0	1.6	4.7		
Abrazyon	n	0	1	1	1		
	%	0.0	2.2	1.6	2.3		
Bulgu yok	n	42	40	46	22		
	%	80.8	87.0	74.2	51.2		
Kesi	n	0	0	1	0		
	%	0.0	0.0	1.6	0.0		
Fraktür	n	1	0	0	1		
	%	1.9	0.0	0.0	2.3		
Multiple bulgu	n	4	2	5	7		
	%	7.7	4.3	8.1	16.3		

Kız çocukları ve kadınlardaki genital muayene bulguları incelendiğinde en sık görülen patolojik bulgunun eski yırtık (%18,2), sonrasında ekimoz ve inflame hymen yırtığı (%13,6) olduğu gözlenmiştir. Genital muayene bulguları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Cinsel şiddet sonrası kadın hastalarda genital muayene bulguları

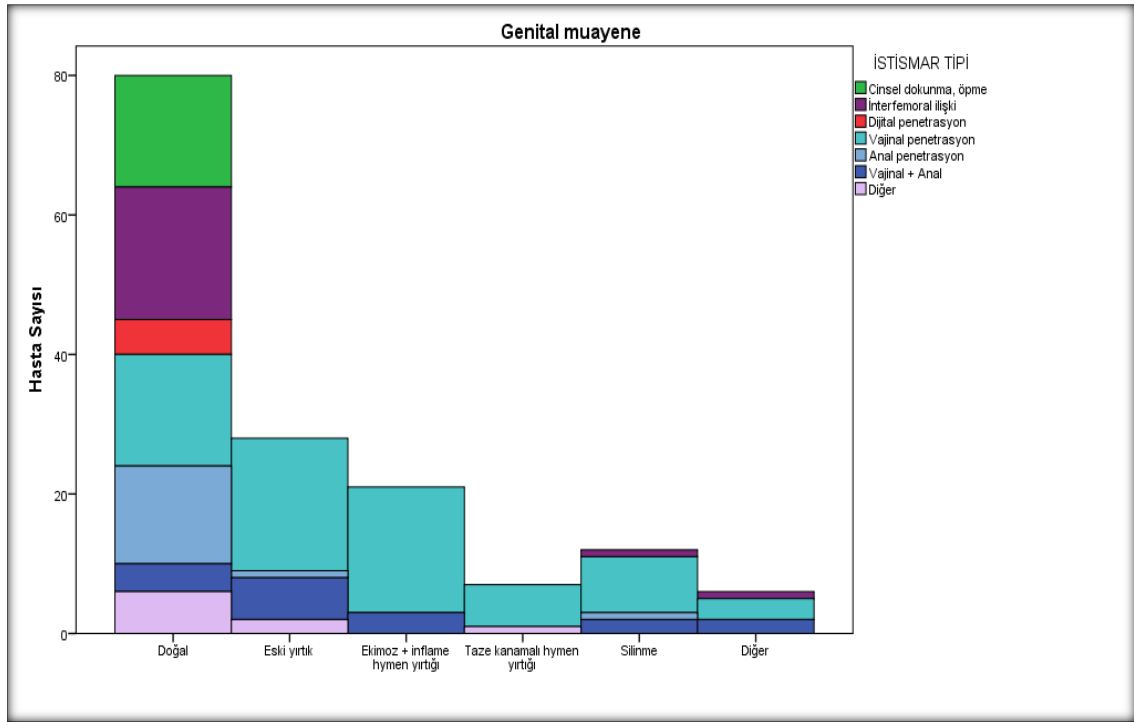
Çalışma parametresi	(n: 154)	
	(%)	N
Doğal	51.9	80
Eski yırtık	18.2	28
Ekimoz ve inflame hymen yırtığı	13.6	21
Silinme	7.8	12
Taze kanamalı hymen yırtığı	4.5	7
Septa yırtılması	1.3	2
Ekimoz	1.3	2
Hymenoplasti skarı	0.6	1
Multitravmatik	0.6	1

Başvuru zamanı ile genital muayene bulguları incelendiğinde, başvuru zamanı grupları ile genital muayene bulguları arasında anlamlı fark olduğu (χ^2 :89.700, p:0.002) gözlenmiştir. Şekil 4’te başvuru zamanı ile genital bulgular gösterilmiştir.



Şekil 4. Başvuru zamanı ile genital bulgu grupları

Genital muayene ile istismar tipleri incelendiğinde, bütün bulgu tiplerinde vajinal penetrasyon oranlarının diğer istismar tiplerine oranla anlamlı (χ^2 :202.231, p:0.001) oranda yüksek görüldüğü gözlenmiştir. Şekil 5'te istismar tipleri ile genital muayene bulgu grupları gösterilmiştir.



Şekil 5: İstismar tipleri ile genital muayene bulgu grupları

Alkol-madde kullanım iddiaları olan olgular ve genital muayene bulguları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Tablo 18, alkol madde kullanım iddiaları olan olgular istismar tiplerinde genital muayene bulgularını göstermektedir.

Tablo 18. Alkol-madde kullanımı olan istismarda genital muayene bulguları

Çalışma parametresi			Alkol-Madde kullanımı		Toplam	İstatistik	p
			Var	Yok			
Genital muayene bulgusu	Doğal	n	14	66	80	$\chi^2:6.430$	0.194
		%	42.4	38.8	39.4		
	Eski yırtık	n	7	21	28		
		%	21.2	12.4	13.8		
	Ekimoz + inflame hymen yırtığı	n	7	14	21		
		%	21.2	8.2	10.3		
	Taze kanamalı hymen yırtığı	n	3	4	7		
		%	9.1	2.4	3.4		
	Silinme	n	1	11	12		
		%	3.0	6.5	5.9		
	Septa yırtılması	n	0	2	2		
		%	0.0	1.2	1.0		
	Hymenoplasti skarı	n	0	1	1		
		%	0.0	0.6	0.5		
	Multitravmatik	n	0	1	1		
		%	0.0	0.6	0.5		
	Ekimoz	n	0	2	2		
		%	0.0	1.2	1.0		

Yaş gruplarına göre genital muayene bulguları incelendiğinde 12 yaş altı grupta doğal muayenenin anlamlı yüksek olduğu ve eski yırtık, ekimoz bulgularının anlamlı düşük olduğu gözlenmiştir. Tablo 19’da, yaş kategorilerine göre genital muayene bulguları gösterilmiştir.

Tablo 19. Yaş kategorilerine göre genital muayene bulguları

Çalışma parametresi		Yaş grupları				İstatistik	p
		<12	12-14	15-17	>18		
Doğal	n	27 _a	21 _b	23 _b	9 _b	$\chi^2:92.597$	0.001
	%	51,9	45,7	37,1	20,9		
Eski yırtık	n	1 _a	2 _{a,b}	14 _b	11 _b		
	%	1,9	4,3	22,6	25,6		
Ekimoz + inflame hymen yırtığı	n	1 _a	3 _{a,b}	14 _b	3 _b		
	%	1,9	6,5	22,6	7,0		
Taze kanamalı hymen yırtığı	n	2 _a	1 _a	2 _a	2 _a		
	%	3,8	2,2	3,2	4,7		
Silinme	n	0 _a	0 _a	2 _a	10 _a		
	%	0,0	0,0	3,2	23,3		
Septa yırtılması	n	0 _a	1 _a	1	0 _a		
	%	0,0	2,2	1,6	0,0		
Hymenopasti skarı	n	0 _a	0 _a	0 _a	1 _a		
	%	0,0	0,0	0,0	2,3		

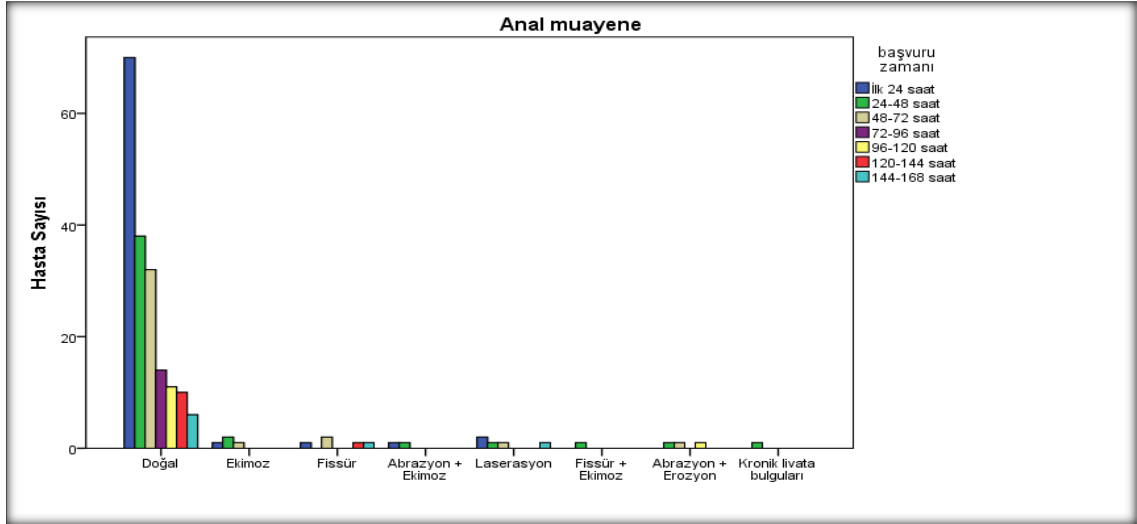
Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

Cinsel istismar sonrası anal muayene bulguları incelendiğinde en sık fissür (%2,5), laserasyon (%2,5) ve ekimoz (%2,0) tespit edilmiştir. İstismar sonrası anal muayene bulguları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. İstismar sonrası anal muayene bulguları

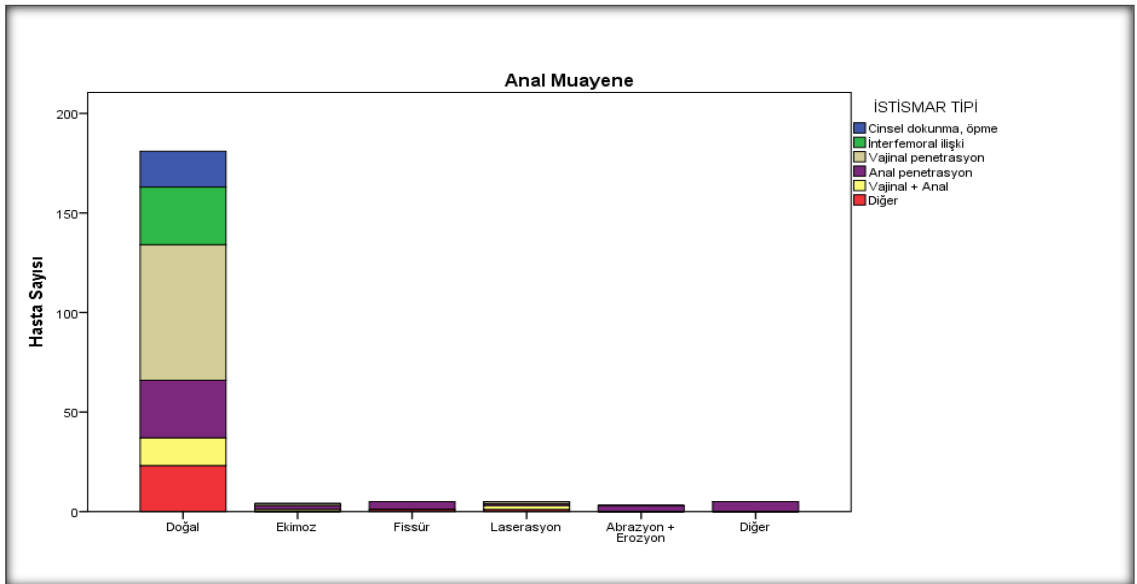
Çalışma parametresi	(n:203)	
	(%)	n
Doğal	89.2	181
Fissür	2.5	5
Laserasyon	2.5	5
Ekimoz	2.0	4
Abrazyon + Erozyon	1.5	3
Ekimoz + Abrazyon	1.0	2
Fissür + Ekimoz	0.5	1
Kronik livata bulguları	0.5	1

Başvuru zamanı ile anal muayene bulguları incelendiğinde başvuru zamanı grupları ile fizik muayene bulguları arasında anlamlı fark olmadığı ($\chi^2:32,299$; $p:0,960$) gözlenmiştir. Şekil 6’da anal muayene bulguları ile başvuru zamanı arasındaki dağılım gösterilmiştir.



Şekil 6: Başvuru zamanı ile anal muayene bulgu grupları

Anal muayene ile istismar tipleri incelendiğinde, istismar tipleri ile anal bulgular arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($\chi^2:79,592$, $p:0,727$). Şekil 7’de istismar tipleri ile anal muayene bulgu grupları gösterilmiştir.



Şekil 7: İstismar tipleri ile anal muayene bulgu grupları

Alkol-madde kullanım iddiası ve anal muayene bulguları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Tablo 21, alkol-madde kullanım iddiası olan istismar tiplerinde anal muayene bulgularını göstermektedir.

Tablo 21. Alkol-madde kullanım iddiası olan olgularda anal muayene bulguları

Çalışma parametresi			Alkol-Madde kullanımı		Toplam	İstatistik	p
			Var	Yok			
Anal muayene bulgusu	Doğal	n	29	152	181	$\chi^2:3.907$	0.865
		%	87.9	89.4	89.2		
	Ekimoz	n	1	3	4		
		%	3.0	1.8	2.0		
	Fissür	n	1	4	5		
		%	3.0	2.4	2.5		
	Ekimoz + Abrazyon	n	0	2	2		
		%	0.0	1.2	1.0		
	Laserasyon	n	2	3	5		
		%	6.1	1.8	2.5		
	Fissür + Ekimoz	n	0	1	1		
		%	0.0	0.6	0.5		
	Abrazyon + Erozyon	n	0	3	3		
		%	0.0	1.8	1.5		
	Kronik Livata Bulguları	n	0	1	1		
		%	0.0	0.6	0.5		

Yaş gruplarına göre anal muayene bulguları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Tablo 22’de yaş kategorilerine genital muayene bulguları gösterilmiştir.

Tablo 22. Yaş kategorilerine göre anal muayene bulguları

		Yaş grupları				İstatistik	p
		<12	12-14	15-17	>18		
Doğal	n	47	39	55	40	$\chi^2:27.747$	0.366
	%	90.4	84.8	88.7	93.0		
Ekimoz	n	1	2	1	0		
	%	1.9	4.3	1.6	0.0		
Fissür	n	0	2	1	2		
	%	0.0	4.3	1.6%	4.7		
Ekimoz + Abrazyon	n	1	1	0	0		
	%	1.9	2.2	0.0	0.0		
Laserasyon	n	2	0	2	1		
	%	3.8	0.0	3.2	2.3		
Fissür + Ekimoz	n	0	1	0	0		
	%	0.0	2.2	0.0	0.0		
Abrazyon + Erozyon	n	0	0	3	0		
	%	0.0	0.0	4.8	0.0		
Kronik Livata	n	1	0	0	0		
	%	1.9	0.0	0.0	0.0		

Fail sayısı ile genital ve anal muayenelerdeki bulgular incelendiğinde, fail sayısı ve genital muayene bulguları arasında anlamlı fark olmadığı ($\chi^2:15,695$; $p:0,959$) ve fail sayısı ile anal muayene bulguları arasında anlamlı fark olmadığı ($\chi^2:14,600$; $p:0,932$) tespit edilmiştir.

Muayene sürecinde sürüntü alınıp çalışılması ve alınan sürüntü sonuçları incelendiğinde; hastaların %30'undan alınan örneklerin çalışıldığı ve çalışılan örneklerin %41,0'nın DNA saptanması yönünden pozitif sonuçlandığı görülmüştür. Sürüntü alınıp çalışılma ve çalışılan sürüntü sonuçları Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Sürüntü alınıp çalışılma ve çalışılan sürüntü sonuçları

Çalışma parametresi		(n:203)	
		(%)	n
Örnek alınma ve çalışılma	Var	30.0	61
	Yok	70.0	142
		(n:61)	
Sürüntü sonuç	Pozitif	41.0	25
	Negatif	59.0	36

Sürüntü sonuçları ve başvuru zamanları incelendiğinde, ilk 24 saatte pozitif sonuçlanma oranının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tablo 24’te sürüntü sonuçları ile başvuru saatleri gösterilmiştir.

Tablo 24. Başvuru zamanı ile sürüntü sonuçlarının karşılaştırılması

Çalışma parametresi			Sürüntü sonuç			Toplam	İstatistik	p
			Örnek(-)	Pozitif	Negatif			
Başvuru zamanı	İlk 24 saat	n	45 _a	17 _b	14 _a	45	$\chi^2:24.79$ 2	0.016
		%	31.3	68.0	41.2	31.3		
	24-48 saat	n	30 _a	4 _a	11 _a	30		
		%	20.8	16.0	32.4 _a	20.8		
	48-72 saat	n	27 _a	4 _a	6	27		
		%	18.8	16.0 _a	17.6 _a	18.8		
	72-96 saat	n	11 _a	0	3	11		
		%	7.6	0.0 _a	8.8 _a	7.6		
	96-120 saat	n	12 _a	0	0	12		
		%	8.3	0.0 _a	0.0 _a	8.3		
	120-144 saat	n	11 _a	0	0	11		
		%	7.6	0.0 _a	0.0 _a	7.6		
	144-168 saat	n	8 _a	0	0	8		
		%	5.6	0.0 _a	0.0 _a	5.6		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan sürüntü kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

İstismar tipleri ile sürüntü sonuçları incelendiğinde, vajinal penetrasyonda anlamlı oranda yüksek örnek çalışıldığı ve anlam oranda yüksek pozitif oranların olduğu, anal ve interfemoral ilişkide anlamlı oranda negatif olduğu gözlenmiştir. Tablo 25’te istismar tipleri ve sürüntü sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 25. İstismar tipleri-vajinal sürüntü sonuçları

Çalışma parametresi			Sürüntü sonuçları			İstatistik	p
			Alınmadı	Pozitif	Negatif		
İstismar Tipi	Vajinal penetrasyon	n	49 _a	17 _b	4 _c	$\chi^2:3.907$	0.865
		%	34.0	68.0	11.8		
	Anal penetrasyon	n	30 _a	1 _a	13 _a		
		%	20.8	4.0	38.2		
	Temas içermeyen istismar	n	2 _a	0 _a	0 _a		
		%	1.4	0.0	0.0		
	Cinsel dokunma	n	17 _a	1 _a	0 _a		
		%	11.8	4.0	0.0		
	Oro-genital ilişki	n	2 _a	2 _a	0		
		%	1.4	8.0	0.0		
	İnterfemoral ilişki	n	18 _a	1 _b	10 _a		
		%	12.5	4.0	29.4		
	Dijital penetrasyon	n	4 _a	0 _a	1 _a		
		%	2.8	0.0	2.9		
	Tanımlanamayan	n	2 _a	0 _a	0 _a		
		%	1.4	0.0	0.0		

Not: Her bir alt karakter harf, sütun oranları arasında p:0.05 düzeyinde birbirinden anlamlı ölçüde farklı olmayan kategorilerinin bir alt kümesini belirtir.

İstismar sonrası kıyafet, çamaşır gibi örneklerin alınıp çalışılması ve çalışılan örneklerin sonuçları incelendiğinde; hastaların %10,3'ünden örnek alınıp çalışıldığı ve çalışılan örneklerin %61,9'unun pozitif sonuçlandığı görülmüştür. Kıyafet alınıp çalışılma ve çalışılan örneklerin sonuçları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Kıyafet alınıp çalışılma ve çalışılan örneklerin sonuçları

Çalışma parametresi		(n:203)	
		(%)	n
Örnek alınma ve çalışılma	Var	10.3	21
	Yok	89.7	182
		(n:21)	
Kıyafet sonuç	Pozitif	61.9	13
	Negatif	38.1	8

Kıyafet inceleme sonuçları ve başvuru zamanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Tablo 27’de kıyafet inceleme sonuçları ve başvuru saatleri gösterilmiştir.

Tablo 27. Başvuru zamanı ile kıyafet inceleme sonuçlarının karşılaştırılması

Çalışma parametresi			Kıyafet inceleme sonuç			Toplam	İstatistik	p
			Alınmadı	Pozitif	Negatif			
Başvuru zamanı	İlk 24 saat	n	63	7	6	76	$\chi^2:10.649$	0.559
		%	34.6	53.8	75.0	37.4		
	24-48 saat	n	41	2	2	45		
		%	22.5	15.4	25.0	22.2		
	48-72 saat	n	34	3	0	37		
		%	18.7	23.1	0.0	18.9		
	72-96 saat	n	14	0	0	14		
		%	7.7	0.0	0.0	6.9		
	96-120 saat	n	11	1	0	12		
		%	6.0	7.7	0.0	5.9		
	120-144 saat	n	11	0	0	11		
		%	6.0	0.0	0.0	5.4		
	144-168 saat	n	8	0	0	8		
		%	4.4	0.0	0.0	3.9		

Toksikolojik örnek (kan, idrar vb.) alınıp çalışılması ve çalışılan toksikoloji sonuçları incelendiğinde; hastaların %7,9’undan örnek alınıp çalışıldığı ve çalışılan örneklerin hepsinde (%100) alkol ve/veya uyuşturucu/uyutucu mevcut olduğu saptanmıştır. Toksikolojik örnek alınıp çalışılma ve çalışılan örneklerin sonuçları Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Toksikolojik örnek alınıp çalışılma ve çalışılan örneklerin sonuçları

Çalışma parametresi		(n:203)	
		(%)	n
Örnek alınma ve çalışılma	Var	7.9	16
	Yok	92.1	187
		(n:16)	
Toksikoloji sonuçları	Uyutucu-Uyuşturucu	68.7	11
	Alkol + Uyutucu-Uyuşturucu	25.0	4
	Alkol	6.2	1

Toksikoloji sonuçları ve başvuru zamanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Tablo 29’da toksikolojik örnek inceleme sonuçları ve başvuru saatleri gösterilmiştir.

Tablo 29. Başvuru zamanı ile toksikoloji inceleme sonuçlarının karşılaştırılması

		Toksikoloji sonuç				Toplam	İstatistik	p
		Alınma dı	Alkol	Uyuşturucu Uyutucu	Alkol + Uyuşturucu Uyutucu			
İlk 24 saat	n	69	0	5	2	76	$\chi^2:9.042$	0.959
	%	36.9	0.0	45.5	50.0	37.4		
24-48 saat	n	41	0	3	1	45		
	%	21.9	0.0	27.3	25.0	22.2		
48-72 saat	n	33	1	2	1	37		
	%	17.6	100.0	18.2	25.0	18.2		
72-96 saat	n	14	0	0	0	14		
	%	7.5	0.0	0.0	0.0	6.9		
96-120 saat	n	12	0	0	0	12		
	%	6.4	0.0	0.0	0.0	5.9		
120-144 saat	n	11	0	0	0	11		
	%	5.9	0.0	0.0	0.0	5.4		
144-168 saat	n	7	0	1	0	8		
	%	3.7	0.0	9.1	0.0	3.9		

5. TARTIŞMA

Cinsel şiddet vakalarının yönetimi; kompleks, dikkat gerektiren, hassas, uzun süreli bir dönemi kapsayan ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren çok aşamalı bir süreçtir. Bu önemli sürecin kalıcı hale getirilmesi ise çalışmanın ancak ayrıntılı, doğru ve objektif olarak dokümanite edilmesiyle sağlanabilir. Ülkemiz koşullarında cinsel şiddete maruz bırakılan olguların muayene ve değerlendirmelerinin farklı kurum ve koşullarda, farklı deneyim ve uzmanlığa sahip sağlık çalışanları tarafından yapılması, muayene prosedürlerinin farklılığı ve düzenlenen raporlardaki uyumsuzluklar hem olay içerisinde mevcut kişilerin yasal haklarının korunmasında, hem de adli süreçte aksaklıklara yol açabilmektedir. Bu nedenlerle özellikle akut cinsel istismar/saldırı olgularında güncel teknoloji ve laboratuvar kullanımı ile raporlandırma standardizasyonun sağlanmasının öncelikli hedef olması gerektiği bildirilmektedir.

Zamanında yapılan, yüksek kaliteli bir adli tıbbi muayenenin, maddi gerçekliğin ve olgu özelliklerinin ortaya konması ile sürecin yönetimi açısından en önemli basamak olduğu bilinmektedir. Olguların erken dönemde tıbbi yardıma ulaşmaları ve muayenelerinin yapılmasının, bedensel bulguların ve delil niteliği oluşturabilecek örneklerin toplanması açısından önemli olduğu, özellikle ilk 72 saatin kritik kabul edildiği bildirilmektedir.¹⁷⁶ Ayrıca yardıma ulaşabilen mağdurların erken dönemde koruma altına alınması ve rehabilitasyon sürecine başlanmasının cinsel şiddet olayının yıkıcı etkilerini azaltabileceği belirtilmektedir⁸. Bununla birlikte pek çok etkene bağlı olarak olguların geç dönemde ortaya çıktığı görülmektedir.

Çalışmamızda, en genç olgunun 3, en yaşlı olgunun ise 60 yaşında ve yaş ortalamasının 15,61 (n:203) olduğu; kız çocuk/kadın cinsiyeti yaş ortalaması 16,4 (n:154), erkek cinsiyetin yaş ortalaması 13,1 (n:49), 18 yaş altı kız çocuğu yaş ortalaması 12,9 (n:117), 18 yaş altı erkek çocuğu yaş ortalaması 10,5 (n:43) olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma grubunun çoğunluğunun kız çocuğu/kadın olduğu (%75,9) görülmüştür. 1998-2018 yılları arasında yapılan 15 çalışma retrospektif olarak değerlendirilmiş, toplam 1939 cinsel şiddet olgusunun %79,16'sının kız çocuğu, %20,83'ünün erkek çocuğu olduğu bildirilmiştir.²⁵³ Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda cinsel şiddet mağdurlarının %85-90 oranında kız çocuğu/kadınlar olduğu

bildirilmektedir.^{66,254,255} 21 ülkeye ait 39 çalışmanın değerlendirilmesi sonucu; iki çalışma harici, tüm çocukluk yaş grupları için kız çocuklarının, erkeklere oranla 1,5-5,5 kat daha fazla cinsel istismara uğradığı saptanmıştır.²⁰⁸ Amerika’da kız çocuğu/kadın mağdur oranlarının %66-93 arasında olduğu bildirilmektedir.^{256,257} çalışmamız da, tüm dünya genelinde kız çocukları ve kadınların cinsel şiddete uğrama oranlarının yüksek olmasını desteklemiştir. Ancak geldiğimiz noktada, erkek çocukların istismar sıklığının gittikçe artışı da yayınlarda yer almaya başlamıştır.²⁵⁸ Avusturalya’da yapılan 20 yılı kapsayan retrospektif bir çalışmada; 1993’ten 2012’ye kadar kız ocuk cinsel istismar olgularının bildirim oranının 1,5 kat, erkek ocuk cinsel istismar olgularının bildirim oranının ise 2.6 kat arttığı ortaya konmuştur.²⁵⁹ Kız çocuğu/kadın cinsiyetinde cinsel şiddet sıklığının ykseklıği kabul edilmekle beraber; erkeklerin cinsel istismarı aıklayabilmesinin, çevresiyle paylaşabilmesinin, yardım istemesinin ‘erkeklik’ algısı üzerine kurulu bir toplumda kolay olmadığı da unutulmamalıdır. Cinsel istismara ‘karşı çıkamayan’ bir erkek, mağdur kimliği nedeniyle kendini suçlayacak ve bu hegemonik erkeklik dünyasında dışlanma, aşağılanma ve hatta cinsel tercihleri konusunda yaftalanmaya maruz bırakılacaktır. Tüm bu nedenlerle, erkek cinsel şiddet vakalarının oranının düşüklüğü, bu konuya gereken önemin verilmemesine neden olmamalıdır.

Çalışmamızda, literatüre paralel olarak olguların en yüksek oranda 15-17 (%30,5) yaş kategorisinde olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda olguların %60-72 oranında 18 yaş altı olduğu; erkek çocuklarının 12 yaş altında, kız çocuklarının 12 yaş ve üstü adölesan dönemde anlamlı derecede daha yüksek istismara uğradığı bildirilmektedir.^{66,208,260-263} çalışmamızda da; cinsel şiddet mağduru kadın ve erkeklerin yaşları karşılaştırıldığında, kadın grubunun erkek yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı büyük yaşlarda olduğu gözlenmiştir. Ayrıca yaş kategorileri incelendiğinde; 12 yaş altı ve 12-14 yaş arasında erkek çocuğu mağdurların oranlarının istatistiksel anlamlı yüksek olduğu, 15-17 yaş arasında ise kız çocuğu mağdurların oranının istatistiksel anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Türk toplum yapısında kız çocuğuna küçük yaşlardan itibaren korumacı yer yer de despot davranılmakta iken erkek çocuklarının sosyal hayata karışmaları daha erken olmakta, yaşam çerçeveleri daha geniş tutulmakta, genel olarak hayatlarının herhangi bir döneminde daha az baskı ile karşılaşmaktadır. İkincil seks karakterleri henüz gelişmemiş, fiziksel ve mental gelişimini tamamlamamış, yaş küçüklüğü nedeniyle fiziksel anlamda da daha korumasız bir erkek çocuğuna

ulaşımın ve kandırmanın daha kolay olduğu kanaatindeyiz. Bu bağlamda erişkin yaş grubundaki erkek cinsel şiddet olgularının oran düşüklüğü de açıklanabilmektedir.

Olguların önemli bir kısmının çocuk yaş grubunda olmasının etkisiyle cinsel şiddet maruziyeti yaşayan bireylerin büyük bir kısmının bekar olduğu (%90,1, n:183) saptanmıştır. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda, bekar cinsel şiddet mağduru oranlarının %69-92,7 oranlarında saptandığı bildirilmektedir.^{66,176,208,263,264} Avrupa ülkelerinde bu oran %67-73 civarlarında iken, Afrika ülkelerinde bu oranların %96'lara kadar vardığı belirtilmektedir.²⁶⁵⁻²⁶⁷

Çalışmamızda; mağdurların en yüksek oranda ortaokul mezunu seviyesinde eğitim gördükleri (%27,1), ardından okuma yazma bilmeyenlerin (%25,6) ve ilkokul mezunlarının (%24,1) geldiğı görülmüştür. Farklı şehirlerde yapılan çalışmalarda; cinsel şiddet mağdurlarında çoğunluğun ilköğretim mezunu (%48-75) olduğu, okuma yazma bilmeyenlerinin oranının %3-13 arasında saptandığı bildirilmektedir.^{176,208,263,268,269} Çalışmamız, olguların önemli bir kısmının çocuk yaş grubunda olmasının da etkisiyle diğer çalışmalar ile uyumlu olarak ilkokul ve ortaokul mezunu mağdur oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Eğitim yetersizliğı, daha kolay kandırılma, tehlikeyi algılayamama, kendini koruyamama, denetimsiz ve kontrolsüz kalma, alkol-madde etkisinde olma, sosyal çevrenin kalabalıklaşması, akran etkisinde veya baskısında olma cinsel gelişim konusunda bilgilendirilmeme, yeni uyanan meraklar gibi nedenler cinsel istismar olgularında özellikle ilköğretim mezunu/lise öğrencisi yaş grubunda artışa neden olmaktadır. Çalışmamızda okuma yazma bilmeyen gruptaki oranın yüksek olmasının olası nedenlerinin, şehrimize 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren giderek geometrik dizemde artan yoğunluklu, 1990'lı ve 2000'li yıllarda ise yüksek yoğunluklu Güneydoğu ve Doğu Anadolu'dan iç göç ile 2011 yılında başlayan Suriye iç savaş ortamı nedeniyle ülkemize gelen sığınmacı nüfusunun kentimizdeki yoğun kamp yerleşimi ve günlük yaşam içerisindeki yer alışları olduğu kanısındayız. İç göç ile gelen nüfusun büyük çoğunluğunun okuryazar olmaması, Türkçe bilmemesi, nüfusa kayıtlı bulunmamaları karşılaşılan sorunsallardır.²⁷⁰

Çalışmamızda sadece bir mağdurun (%0,5) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma hayatında kadınların karşılaştıkları şiddeti irdeleyen 2019 yılı rehberine göre; üniversite mezunu ve üst düzey görevlerde çalışan kadınların cinsel tacize en sık maruz kaldığı bildirilmiştir.²⁷¹ Amerika'da yapılan bir analize göre,

üniversite eğitici kadrosunda ve diğer alanlarda görevli kadınların yarısından fazlasının, üniversite öğrencilerinin ise %20-50 oranında cinsel tacize uğradığı saptanmıştır.²⁷² Ülkemizde üniversite öğrencisi ve mezunu 700 kadınla yapılan çalışmada; kadınların %84'ünün cinsel şiddetin sözel, görsel, dokunsal türlerinden en az birisine maruz kaldığı belirtilmiştir.²⁷³ Eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olan kadınların erkek egemen topluma rağmen kazandığı sosyal statü ve saygıyı kaybetme, damgalanma korkularının daha az bilgi paylaşımına yol açtığı ve bu nedenle bu gruptaki cinsel şiddet mağduru kadınların oranlarının tüm cinsel şiddet vakalarında olduğu gibi gerçeği yansıtmadığı görüşündeyiz.

Çalışma grubumuzu oluşturan olguların en yüksek oranda öğrenci (%41,9) ve işsiz (%40,9) olduğu gözlenmiştir. Farklı çalışmalarda öğrenci olma oranının %42-45, işsiz olma oranının %39-44 arasında olduğu bildirilmiştir.^{176,263} Nijerya'da çocuk ve erişkin yaş gruplarını kıyaslayan, 287 cinsel şiddet mağduru ile yapılan çalışmada; olguların %74,2'sinin öğrenci olduğu, %6'sının herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.²⁷⁴ Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmakla birlikte öğrenci sayısındaki yükseklik, örneklem grubumuzun çoğunluğunun (%78,8) 18 yaş altı grupta olması ile ilişkilidir.

Son yıllarda dünya dinamiklerinde meydana gelen değişikliklerin neden olduğu iç savaşlar ve bu iç savaşlara bağlı olarak yaşanan bölgesel kıtlıklar neticesinde artan sığınmacı sayılarının beraberinde getirdiği olumsuzlar arasında cinsel şiddet olgularının arttığı savunulmaktadır.^{275,276} Çalışmamızda olguların %9,9'unun yabancı uyruklu olduğu ve cinsiyetler arasında uyruklar incelendiğinde erkek cinsiyette yabancı uyruklu olma oranının (%18,4), kadın cinsiyete göre (%7,1) istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Çok kültürlü yaşamın son yıllarda ülkemizde artışı, özellikle gelişim aşamasındaki çocuklar arasında dil uyuşmazlığı nedenli iletişim sorunlarına, kişilik bozukluklarına, uyum zorluğuna neden olmakta ve bu da problemlili çocuk sayısında artışa neden olmaktadır.²⁷⁵ TÜİK verileri kapsamında İçişleri Bakanlığı tarafından hazırlanan "Yabancı Uyruklu Çocuklara Yönelik Cinsel Suç Atlası" isimli raporda, ülkemizde mevcut refakatsiz sığınmacı çocukların %84'ünün 15 yaşın altında olduğu; bu çocuklardan cinsel istismara maruz kalanların 2014 yılı 170 kişi, 2017 yılında 1421 kişi olduğu belirtilmiştir.²⁷⁶ 2011 yılı cinsel istismar mağduru olan çocuklar ile yapılan bir çalışmada, yabancı uyruklu olma oranının %5 olduğu

saptanmıştır.²⁷⁷ Muğla’da 240 cinsel istismar vakasının %2,9’unun yabancı uyruklu olduğu saptanmıştır.²⁷⁸ Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz Adana ilinin mülteci sayısı açısından Türkiye’de 5. sırada olması²⁷⁹, yabancı uyruklu vaka oranının diğer çalışmalara göre yüksek olmasını açıklamaktadır.

UNICEF tarafından 2016 yılında yayınlanan rapora göre; 28 milyon çocuğun mevcut savaş nedeni güvenlik, sağlık ve ekonomik problemler ile ülkelerinden ayrılmak zorunda olduğu; dünyadaki her 200 çocuktan 1’inin ve doğdukları ülkenin dışında yaşayan her 3 çocuktan 1’inin mülteci olduğu belirtilmekte; Türkiye’de yaşa göre gruplandırılmış veriler olmasa da dünyada en çok sayıda çocuk mülteciye ev sahipliği yaptığı düşünülmektedir.²⁸⁰ Refakatsiz mülteciler arasında %80’e varan oranlara ulaşan erkek çocuklarının istismarının son zamanlarda önemli boyutlara ulaştığı yayınlarda yer almaya başlamıştır.²⁸¹ Savaş ortamında erkeklere yönelik cinsel şiddet konusunda sınırlı araştırma mevcut olmasına rağmen, araştırıldığı ortamlarda, erkeklere ve erkek çocuklarına yönelik çatışmalı cinsel şiddet “düzenli ve yaygın” olarak tanımlanmıştır.^{282,283} Fransa ve İngiltere’de refakatsiz göçmen erkek çocukların kaçakçılar tarafından düzenli olarak istismar edildiği, Afganistan’dan Fransa’ya göç rotası boyunca erkek çocukların istismarının "olağan" olarak değerlendirildiği yayınlarda yer almaktadır.²⁸⁴ Yunanistan’da hayatta kalabilmek veya kaçakçılara para ödemesi yapmak için korunmasız ortamlarda bulunmak/çalışmak zorunda kalan çocuklar yer fark etmeksizin cinsel istismara uğramaktadır, denmektedir. Orta Amerika’da şiddetten kaçan 429 mülteciyi içeren bir araştırmada, erkek cinsiyetin % 17,2’sinin Meksika üzerinden geçerken cinsel istismar yaşadığı bildirilmiştir.²⁸⁵⁻²⁸⁸ Çalışmamızda; yabancı uyruklu mağdurlar arasında erkek cinsiyetteki vaka sayısının anlamlı yüksek olduğu ve eğitim düzeylerinde okuma yazma bilmeyen yabancı uyruklu erkeklerin istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Güncel literatüre paralel olarak bizim olgularımızın değerlendirmesi sonucu da mülteci erkek çocuklarında cinsel istismarın dikkate değer boyutlara ulaştığı görülmüştür.

Çalışma grubumuz birlikte yaşadığı kişiler açısından incelendiğinde, en yüksek oranda anne ve baba birlikte yaşadıkları (%56,7, n:115), sonrasında sadece anne ile (%17,2, n:35) yaşadıkları gözlenmiştir. Olgularımızın %6,9’u ise sevgi evlerinde kalmaktaydı. Erciyes Üniversitesi’nin 2014 yılı çocuk ve ergen cinsel istismar vakaları araştırmasında, olguların %70,4’ünün anne-baba ile birlikte yaşadığı ve %22,2’sinin

anne-baba boşanmış olduğu²⁵⁴; Pamukkale Üniversitesi'nin çalışmasında, 409 olgunun %57,9'unun anne ve babası ile birlikte, %21,3'ünün tek ebeveynle birlikte yaşadığı⁶⁶ belirtilmiştir. Hacettepe Üniversitesi'nde 2016 yılında yapılan, bir kez cinsel istismar mağduriyeti yaşayan 70 vaka ve tekrarlanan mağduriyetler yaşayan 70 vakanın incelendiği araştırmada; olguların %55,7'sinin çift ebeveyn ile, tekrarlanan cinsel istismar grubunun %50'sinin, bir kez cinsel istismar yaşayan grubun %38,6'sının tek veya üvey ebeveyni ile yaşadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, tekrarlanan cinsel istismar grubunun %20'sinin, bir kez cinsel istismar yaşayan grubun ise %10'unun yurtdışı veya koruyucu aile ile kaldığı saptanmıştır.²⁸⁹ İsveç'te 15-23 yaş arası kız çocuğu ve kadınların aile ile birlikte yaşamamasının cinsel istismar ile bağlantılı bulunduğu belirtilmiştir.²⁹⁰ Cinsel istismarla karşılaşan çocukların ailelerinde tek ebeveyn olmasının risk faktörü olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur.^{291,292} Çalışmamızda da, kadınların daha yüksek oranda sadece anne ile yaşadığı ve sevgi evlerinde kaldığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuk istismar olgularında, aile ve çevre baskısı veya direk ailenin çocuğa zarar verme iddiası mevcut ise çocuğa devlet koruması sağlanabilmektedir. Bu amaçla kurulan sevgi evlerinde yaşayan çocuklarda cinsel istismar vaka mevcudiyetinin çalışmamızda 3.sırada olması da baskısız, zararsız ebeveyn korumasının her şeyden önce ve önemli olduğunu göstermektedir. Babasından ayrı yaşayan veya babası ölen kız çocukları ile ilgili çalışmada, özellikle annenin kız çocuğu üzerindeki baskıcı tavrı sonucu kız çocuklarında cinsellik kaygısı yaşandığı, kendilerini rahatsız hissettikleri veya erken dönemde cinsel deneyim yaşamaya başladıkları belirtilmektedir.²⁹³

Kişide mevcut psikiyatrik patoloji ve mental retardasyon varlığının cinsel istismar açısından risk oluşturduğu bilinmektedir.^{52,59} Grubun %8,4'ü geçmiş psikiyatrik hastalık ile tanılanmış veya psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü mevcuttu ve %7,9'u mental retardasyon tanısı almıştı. Pamukkale Üniversitesi'nin çalışmasında; cinsel istismar nedeni ile değerlendirilen olguların %9,4'ünde önceden bilinen bir ruhsal patoloji mevcut olduğu, %10,44'ünde mental retardasyon olduğu bildirilmiştir.⁶⁶ Zonguldak'ta 113 ensest olgusunun retrospektif olarak değerlendirilmesi sonucu, hafif derece mental retardasyon tanısı olan olgu oranı %20,4, orta derece mental retardasyon tanısı alanların oranı %1,8 olarak bildirilmiştir.²⁹⁴ Trabzon'da cinsel istismar iddiası ile başvuran 103 olgunun %7,8'sinin mental retarde olduğu belirtilmiştir.²⁹⁵ Mental retarde bireylerin

cinsel suçlarla alakalı bilgilerinin olmaması, otorite karşısında direnememeleri ve sosyal açıdan güçsüz olmaları nedenleriyle cinsel şiddetle daha fazla karşılaştıkları belirtilmektedir.²⁹⁶ Ayrıca, saldırgan açısından da ortaya çıkması-söylenmesi riski daha düşük olarak değerlendiriliyor olmasının rolü olabilir.

Cinsel şiddet olgularının değerlendirilmesi ve yönetiminde risk faktörü olarak değerlendirilen eski cinsel şiddet öyküsü varlığı,^{54,55,297} çalışmamızdaki olguların %33,5'inde mevcuttu. Türkiye'nin farklı illerinden cinsel istismar mağduru çocuklara yönelik düzenlenen 15 araştırmanın derlenmesi neticesinde, 1151 vakanın 466 tanesinde tekrarlanan cinsel istismar varlığı saptandığı bildirilmiştir.²⁵³ Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda tekrarlayan cinsel istismar maruziyetinin %35-50 arasında değişebileceği saptanmıştır.²⁹⁸⁻²⁹⁹ Mağdurların %10-20'sinin 19 yaşından önce tekrar istismar yaşadığı iddiası da mevcuttur.³⁰⁰ Farklı failer tarafından tekrarlayan istismar olgularında ruhsal bozukluk oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.^{301,302}

Çalışma grubumuzda istismar olayının özellikleri incelendiğinde, olay yerleri arasında en yüksek oranda olayın evde (%53,7) gerçekleşmiş olduğu ve ardından açık alan (%17,2), halka açık mekanlar (11,3) ve araç içerisinde (9,4) gerçekleşmiş olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarına uygun olarak ülkemiz farklı üniversitelerinin ve farklı ülkelerin çalışmalarında, olay yerinin yarısından fazlasında ev olduğu bildirilmektedir.^{192,278,303-306} Araştırmalar göstermiştir ki, insan varlığının bulunduğu her yer cinsel suç açısından tehdit oluşturabilir. Ancak sanılanın aksine asıl endişelenilmesi gereken yerler karanlık, köhne, ıssız mekanlar veya sokaklar değil, genellikle ev ortamlarıdır. Çünkü çocuğun kendini güvende hissettiği yerlerin başında ev ortamı gelmektedir. Çocukların büyük kısmının tanıdıkları ve yakın saydıkları kişilerce cinsel istismara uğradıklarını göz önünde bulundurursak; olay yerinin özel bir çaba gerektirmeyen, hiçbir şüpheye yer vermeyen ev ortamı olması da bunun aslında beklenen bir sonuç olduğunu bize göstermektedir. İstatistik verilerinde olay yeri olarak açık alanlar (tarla, bahçe vb.) kategorisinin ikinci sıklıkta olmasının ise şehrimiz iklim ve coğrafi koşulları nedeni ile açıklanabileceğini düşünüyoruz.

Son yıllarda giderek artan oranda sosyal medya kullanımı ve sonrası karşılaşılan cinsel istismar olgularının dikkat edilmesi gereken boyutlara ulaştığı bildirilmektedir.²⁹⁵ Çalışmamızda, mağdur ve fail arasında sosyal medya üzerinden tanışma öyküsü varlığı yalnızca kız çocuğu/kadın grubunda belirlenmiştir ve bu cinsiyet grubunda görülme

oranı %20,7'dir. Avrupa Çevrimiçi Çocuklar Projesi sonuçlarına göre, Türkiye'de 9-16 yaş grubu çocukların %14'ü yüz yüze karşılaşmadığı kişilerle sosyal medya aracılığıyla iletişim kurmakta, %2'si ise bu kişilerle internet harici de görüşmektedir.³⁰⁷ TUIK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre, Türkiye'de sosyal medya kullanım oranı her yıl artmakla birlikte 2018 yılı verilerine bakıldığında en yüksek internet kullanım oranı %90,7 ile 16-24 yaş aralığında görülmektedir.³⁰⁸ Pamukkale Üniversitesi çalışmasında, failin mağdurla iletişimde internet-sosyal medya kullanımı olan vakaların %62'si 15-18 yaş aralığındadır.⁶⁶ İstatistik verilerin eldesi sonrası kız çocuğu/kadın cinsiyetinde saptadığımız oranın yüksekliğini, sosyal medya kullanımının gün geçtikçe artmasına ve özellikle adölesan dönemdeki kız çocuklarının erkekler tarafından flört, ilişki kurma, evlilik vb. vaatleriyle kandırılmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda ayrıca sosyal medya ile tanışma ve eğitim grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve ortaokul mezunu grupta sosyal medya ile tanışma oranlarının anlamlı yüksek ve okuma yazma bilmeyen ile sadece okuma yazma bilen grupta sosyal medya ile tanışma oranlarının anlamlı düşük olduğu gözlenmiştir. Ülkemiz güncel verileri ışığında çalışmamız yaş kategorileri açısından literatürle uyumlu bulunmuştur.

TUIK verilerine göre, internetin kişisel kullanım amaçlarından en sık saptanan %84,1 ile sosyal medya üzerinde profil oluşturma, mesaj gönderme veya fotoğraf vb. içerik paylaşmaktır.³⁰⁸ Çalışmamızda, mağdura ait fotoğraf, video kaydı, özel bilgilerin paylaşılması gibi tehditten doğan bir görüşme mevcudiyetinin %22,2 olduğu saptanmıştır. Ayrıca eski istismar öyküsü olanların (n:68) %45,6'sının güncel olay öyküsünde tehdit unsuru mevcut olduğu, eski istismar öyküsü olmayanların (n:135) ise %10,4'ünün güncel olay öyküsünde tehdit unsuru mevcut olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Bu duruma yol açtığını düşündüğümüz nedenlerden biri, ergenlik ve gençlik döneminde yoğun internet ve sosyal medya kullanımı varlığı düşünüldüğünde; merakın baskın olduğu, cinsel kimlik arayışının mevcut olduğu, ilk deneyimlerin yaşandığı bu dönemlerde bireyler, fiziksel mesafenin koruyuculuğuna kanarak hiç tanımadıkları/yeni tanıştıkları kişilerle şahsi bilgilerini, görüntülerini vb. paylaşmaktadırlar. İkincisi de, tekrarlayan cinsel istismar olgularında, mağdurların olay anındaki fotoğrafları çekilmekte, görüntüleri kayda alınmaktadır. Bu iki nedenin sonucunda da mağdurlar, faillerin şantajlarına boyun

eğmek zorunda kaldıklarını beyan etmektedirler. Çıplak veya cinsel içerikli görüntülerin rıza dışı dağıtımı konusunda yapılan çalışmalar neticesinde farkındalıkların arttığı literatür çalışmalarında bildirilmektedir. Uluslararası bir çalışmada, görüntüye dayalı cinsel istismar araştırmasının 2020 yılı güncellemesinde, çalışmaya katılan 5 kişiden 1'inin (%18,7) çıplak veya cinsel nitelikli fotoğraflarını paylaşma tehdidi aldığı, 3 kişiden 1'inin (33,2) ise rızası olmadan çıplak veya cinsel nitelikli fotoğraflarının paylaşıldığı bildirilmektedir.³⁰⁹ Görüntüye dayalı cinsel istismar oranlarının Yeni Zelanda ve İngiltere'de %39 olarak saptandığı belirtilmektedir. Yurtdışında 4122 vaka ile yapılan çalışmada, %11 oranında mağdur, çıplak veya cinsel nitelikli fotoğraflarının rızaları alınmadan paylaşıldığını iddia etmiştir.³¹⁰

Çağa ayak uydurma ve modernleşme uğraşlarının sonucunda insanların hayatında oldukça büyük yer işgal etmeye başlayan internet ve sosyal medya kullanımının olumsuz etkileri arasında, ebeveynlerin sorumluluklarını yerine getirirken farklı tavırlar sergilemeleri olduğu da bildirilmektedir. Çoğu ebeveynin çocuk yetiştirmede çocuğu denetimsiz bırakma ile özgürlük kavramını karıştırdığı, ebeveynlerin yol göstericilik konusunda istenen durumda olmadığı, özellikle çocuk ve ebeveyn arasındaki karmaşık durumlarda iletişim kurmakta zorlandığı öne sürülmektedir. Çocuğu ile sağlıklı bir etkileşim ve iletişim içinde olmayı isteyen ebeveynler için aile danışmanlıkları ve anne-baba okulları gibi bu amaçla faaliyet gösteren profesyonellerden yardım alınmasının önemli olduğu belirtilmektedir.⁸⁶

Çalışmamızda; 1 kişi hariç faillerin hepsinin cinsiyetinin erkek olduğu, cinsel şiddet olayında fail sayısı ve yaş grubu incelendiğinde, olayların büyük bir kısmında failin tek kişi (%93,1) olduğu, yoğunluğun ilk sırada 16-20 yaş grubunda (%16,7), ikinci sırada 21-25 yaş grubunda (%14,8) bulunduğu gözlenmiştir. Aydın'da 328 mağdurun dahil edildiği çalışmada; yabancı sanık oranının %13,7 olduğu, olayların %13,3'ünde sanığın birden çok olduğu, sanıklarda 16-19 ve 30 yaşlarında dikkati çeken bir artış izlendiği belirtilmiştir.¹⁷⁶ Avusturalya'da 1266 cinsel suç mağduru olgunun incelendiği çalışmada, olguların %8,1'inde suçun birden fazla saldırgan tarafından işlendiği bildirilmiştir.¹⁹² Yapılan farklı çalışmalarda da 19-30 yaş aralığındaki fail grubunda yoğunluk saptandığı, failin yüksek oranlarda tek kişi ve erkek cinsiyette olduğu belirtilmiştir.^{59,261,311,312} Sayılar farklılık göstermesine rağmen çalışmalarda

faillerin benzer yaş gruplarında ve çoğunlukla tek kişi olması, çalışmamızın literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Cinsel istismar olgularının yarısından fazlasında failin, mağdurun daha önceden tanıdığı ve güvendiği biri olduğu bildirilmiştir.¹²⁰⁻¹²² Çalışmamızda olguların %81,3'ünde mağdurun faili tanıdığı; failin mağdur ile yakınlık derecesi incelendiğinde, arkadaş/aile dostu (%20,2) ve sevgili/partner (%15,8) oranlarının üst sıralarda olduğu saptanmıştır. Süleyman Demirel Üniversitesi'nin 4 yılı kapsayan cinsel şiddet nedeni hazırlanan raporları incelemesi sonucu; faillerin tümünün erkek olduğu, %56,3'ünün tanıdık, %18,8'inin sevgili, %12,5'inin aileden olduğu bildirilmiştir.³¹³ Afrika ülkelerinde yapılan çalışmalarda, cinsel şiddet olayında mağdurun faili tanıma oranlarının %80'lere vardığı saptanmıştır.³⁰⁴⁻³⁰⁵ Cinsel saldırı mağdurlarını kapsayan ve Kore'de yapılan 1 yıllık çalışmada, saldırganların %44,6'sının³¹⁴; Norveç'te yapılan 3 yıllık çalışmada ise saldırganların %69'unun mağdurların tanıdıkları biri olduğu belirtilmiştir.³¹⁵

DSÖ tarafından yayımlanan 2013 yılı küresel raporunda; dünya genelindeki tüm kadınların yaşamları boyunca yaklaşık üçte birinin (%35) eşi, eski eşi, partneri veya eski partneri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddet yaşadığı bildirilmektedir.¹⁹ Bizim çalışmamızda; saldırganlar arasındaki eski eş/nişanlı/sevgili/sözlü oranının %6,9 ve eş oranının %2,5 olduğu saptanmıştır. Aydın'da 328 mağdurun dahil edildiği çalışmada; saldırganın en yüksek oranda (%39,3) partner olduğu, eş oranının %6,4 olduğu bildirilmiştir.¹⁷⁶ Amerika'da 11940 kişinin katıldığı bir anket çalışmasında, cinsel suç olaylarının %28,8'inde failin mevcut veya eski bir eş veya partner olduğu bildirilmiştir.³¹⁶ Kadına yönelik cinsel şiddetin kaynağının araştırıldığı bir çalışmada, kadınların yaşamları boyunca eşleri ve erkek arkadaşlarının cinsel saldırısına uğrama oranlarının %6 ila %59 arasında değiştiği ifade edilmektedir.³¹⁷ Eşi/partneri tarafından fiziksel ve cinsel şiddete maruz bırakılan kadınlarda düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma oranının %16 olduğu, istemli düşük ve depresyona girme oranlarının iki katından fazla arttığı bildirilmiştir.¹⁹

Eş tarafından gerçekleştirilen cinsel şiddet suçu, ülkemiz anlamında değerlendirildiğinde aslında oldukça yeni bir kavramdır. Cinsel şiddet suçları kapsamında eski TCK'ya göre eşin fail olması hakkında herhangi bir hüküm yer almamaktaydı. Yargıtay kararları ve öğretiyeye bakıldığında da kocanın ırza geçme suçu

nedenli fail olarak değerlendirilemeyeceği anlayışının hakim olduğu bildirilmekteydi. 12.10.2004 tarihli 25611 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5237 sayılı TCK m.102/2’ye göre, cinsel saldırı suçunun "...eşe karşı işlenmesi halinde..." ibaresiyle eşlerden herhangi birinin bu suçun faili olabileceği kabul edilmiştir. Bu alanda hazırlanmış yayınlara göre, kanun maddesinin uzun yıllar ve çalışmaların neticesindeki beklentileri karşılayıp karşılamadığı bir tartışma konusu oladursun, evlilik içi ilişkinin eşin tüm cinsel istek ve fantezilerini karşılama beklentisi gerçek hayatla bağdaşmamaktadır. Evlilik bağı, eşlere birbirlerinin bedenleri hakkında tasarruf yetkisi vermemekte; mağdurun genellikle kadın olduğu gerçeği ile birlikte kadın, evlilik sonucu vücut bütünlüğü üzerindeki hakkını yitirmemektedir.^{318,319}

Ensest, biyolojik bağa bakılmaksızın, çocuğun bakımından sorumlu olan herkes tarafından gerçekleştirilebilecek tüm cinsel içerikli davranışlardır. Bu bağlamda, çocuk üzerinde otorite sahibi olan üvey aile fertlerinden biri veya aynı evde yaşadığı kişiler de bu gruba dahildir.¹⁴⁰ Çalışmamız cinsel saldırgan kimliklerinin incelenmesinde; oranların yakın akraba (dayı, amca, hala, kuzen, dede vb.) %8,9, üvey baba %3, baba %2,5 ve çocuk %0,5 olduğu saptanmıştır. Zonguldak’ta 113 ensest olgusunun retrospektif olarak değerlendirilmesi sonucu, vakaların %31,8’inde birinci ve ikinci derece akrabaların cinsel suçlu olduğu; saldırganların %10,6’sının baba, %10,6’sının üvey baba, %6,2’sinin abi, %2,7’sinin üvey abi olduğu saptanmıştır. Trabzon’da cinsel istismar iddiası ile başvuran 103 olgusunun incelenmesi sonucu, %20,4 oranında failin aile bireyi olduğu bildirilmiştir.²⁹⁵ 102 kişilik saldırgan grubunun incelendiği çalışmada, cinsel suç olaylarında ensest oranının çocuğa yönelik %23,7, erişkine yönelik %11,5 olduğu belirtilmiştir.³¹² Güney Kore’de 291 vaka ile yapılan bir çalışmada cinsel şiddet olaylarının %3,4’ünde saldırganın bir aile üyesi olduğu bildirilmiştir.³²⁰ 18 yaş altı cinsel istismar mağdurları ile gerçekleştirilen çalışmada, olguların %10,2’sinde ensest ilişki mevcut olduğu, ensest varlığının psikolojik patoloji gelişimini önemli ölçüde arttırdığı saptanmıştır.²⁶⁷ Cinsel şiddet olaylarının incelendiği Kamerun’da yapılan 274 olguluk çalışmada, aile içi tecavüz vakalarının oranının %31,4 olduğu, 131 olguluk çalışmada ise bu oranın %60,5 bulunduğu bildirilmiştir.³²¹ Hindistan’da 382 mağdurla yapılan çalışmada ise ensest oranı %3,6 bulunmuştur.³²² Amerika’da 11940 kişinin katıldığı anket çalışmasında, saldırganların %27,1’inin bir aile üyesi olduğu; bunların %21,2’sinin bir ebeveyn, %12,8’i bir üvey ebeveyn, % 22,8’inin yakın akraba olduğu

saptanmıştır.³¹⁶ Görüldüğü gibi aynı coğrafya içerisinde dahi oldukça değişik rakamlarla karşımıza çıkan ensest kavramının açıklanması en zor olan cinsel istismar türü olduğu bildirilmekte; toplumsal baskı, namus anlayışı, mağdurun korkuları, utancı, güçsüzlüğünden faydalanılarak saklanan, geleneklerle korunan bir eylem olan ensestin bu nedenlerle gerçek sayılarının bilinmesinin mümkün olmadığı savunulmaktadır.¹⁴¹

Yalnızca adli bir vaka olmanın sınırlarını aşır psikolojik, tıbbi ve adli tıbbi ihtiyaçları dahilinde değerlendirilmesi gereken bir hasta grubu olan cinsel şiddet olgularının değerlendirilmesi ve yönetiminde yapılan çalışmaların, tam donanımlı ilk muayeneler ve takip muayenelerinin önemini ortaya koyduğu bilinmektedir.¹¹ Mağdur üzerinde yarattığı etkiler bakımından kompleks bir konu olan cinsel şiddet değerlendirmelerini gerçekleştiren sağlık profesyonellerinin, travmanın ve bu suçlardan kaynaklanan yaralanmaların mağdurlar üzerindeki etkisine ilişkin özel bir eğitime sahip olması, bu suçların acil ve olası uzun vadeli etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabileceğinden şiddetle tavsiye edilmektedir.^{61,167} Mağdur için travmatik bir işlem olarak değerlendirilen muayenelerin mağdur odaklı yaklaşım temelinde, mümkün olan en kısa süre içerisinde, eksiksiz ve özenle yapılması tekrarlayan travmatizasyonların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu alanda birçok ülkenin cinsel şiddet alanında toplumun kültürel yapısı, mağdurların sosyodemografik özellikleri, olası ihtiyaçları, sağlık merkezlerinin çalışma düzeni, yasal durumu göz önünde bulundurularak kendi protokolleri bulunmaktadır.¹⁷⁰

Ülkemizde, cinsel istismar/saldırı mağdurları ile çalışan sağlık görevlilerine rutinde verilen bir eğitim olmamakla birlikte, ülke bazında oluşturulmuş ortak bir protokol, bir standardizasyon da bulunmamaktadır. Cinsel şiddet alanında kullanılan ortak bir dilin olmayışının; muayene ve değerlendirme sürecinde anlam karmaşıklığına, raporlarda farklılıklara, ayrıca hak kayıplarına ve yaşanan travmanın mağdur üstündeki kısa ve uzun süreli etkilerinin şiddetinin artmasına neden olduğu bildirilmektedir.¹¹ Genel anlamda yargı önünde iddiaya konu tüm kişilerin haklarının korunması ve hata payını en aza indirgeyerek delil kaybının önlenmesi, bu karmaşık sürecin yönetiminde sağlık profesyonellerinin herhangi bir basamağı atlamaması, rapor düzeni, içeriği, bulguların yorumlanması ve sonuç kısımlarının ortak dil kullanılarak hazırlanması, raporların standardizasyonu amacıyla ülke genelinde ortak bir kılavuz kullanımının temel amaç olması gerektiği görüşündeyiz. Bu amaçla uluslararası

protokol ve rehberlere uygun olarak hazırladığımız kılavuz örneği ekte sunulmuştur (Ek 1).

Cinsel şiddet olgularının yönetiminde, özellikle mağdur bir çocuk olduğunda en önemli basamak ilk görüşme olmalıdır. Özellikle ensest olaylarında olayın her iki tarafının da aynı yaşam alanını paylaşması nedeniyle baskı ve korkutma neticesinde mağdurun ilk ifadesini değiştirmesine sıkça rastlandığı, bu anlamda bakıldığında ilk görüşmede mağdurun aktardıklarının gerçekliğinin en yüksek oranda olacağı savunulmaktadır.²⁹⁵ Mağdurun bir çocuk olduğu cinsel şiddet olaylarında ilk görüşmenin önemini anlaşıldığı durumlardan biri de "Akomodasyon Sendromu" olarak tanımlanmıştır. Bu kavramın, tekrarlayan cinsel istismara uğrayan çocukların içinde bulundukları durumu kabul etmeleri ve hayatta kalmayı öğrenmeleri temelinde olay öyküsünün anlatımında tutarsızlık, bildirimin geri alınması gibi durumların nedenlerini açıklamada yardımcı olacağı bildirilmiştir. Akomodasyon sendromunda; ebeveynlerinin kendilerine inanmayacağını ya da kızacağını düşünen çocukların olayı gizli tuttuğu, genellikle güven ilişkisi kurduğu kişinin istismarına uğrayan çocuğun hissettiği çaresizlik sonucu boyun eğdiği, hayatta kalma çabası olarak gerçeklik algısının bölünerek suçluluk hissi, kendine zarar verme ve öfke nöbetleri gibi yıkıcı davranışlarda bulunabileceği, otoriteye karşı koyup kişiliğini ortaya koyabileceği adölesan döneme kadar sessiz kalmayı tercih etmesi sonucu gecikmiş ve çelişkili beyanlarda bulunabileceği, olayı açıklama sonrası ebeveynlerinin desteğini göremeyen, kendisine inanılmayan çocuğun aile desteğini kaybetmemek adına kendisini geri çekebileceği öne sürülen fikirler arasındadır.³²³ Bellek bozukluğu ya da kontaminasyonu nedeniyle yanlış iddiaların mevcut olduğunun düşünüldüğü olgularda, Çocuk ve Ergen Psikiyatristleri tarafından yapılacak ayrıntılı muayenelerin gerekebileceği bildirilmiştir.³²⁴

Çocuk yaş grubu cinsel istismar mağdurlarının değerlendirmesinde dikkatli hareket edilmesi gereken önemli konulardan biri de asılsız iddialardır. Çocuk cinsel şiddet bildirimlerinin büyük kısmının doğru olmakla birlikte %2-8 oranlarında asılsız bildirimlerle karşılaşıldığı belirtilmektedir. Çocuğun cinsel istismarı iddiasının boşanma sürecinde olan ve çocuğunun velayeti hakkında anlaşmazlık yaşayan ebeveynler arasında ortaya atıldığı durumlarda "Ebeveyn Yabancılaştırma Sendromu"nın akla gelmesi gerektiği bildirilmektedir. Aslında kendisi de duygusal istismarın bir türü olan bu sürecin, ebeveynlerden birinin çocuğu diğer ebeveyne karşı istemli ve düzenli

şekilde yabancılaştırma, silah olarak kullanma isteğinden kaynaklandığı öne sürülmektedir. Asılsız bildirimlerin kaynağının genel olarak çocuk değil, ebeveyn olduğu; bir otorite figürü olan ebeveynin çocuğa baskı uygulaması, yönlendirmesi ve etki altında bırakmasının asılsız bildirimlerin en sık nedenleri olduğu belirtilmektedir. Çocuğunun istismara uğradığını düşünen psikotik bir ebeveynin, özellikle de annenin çocuğunu devamlı olarak sorgulaması, muayene etmesinin küçük yaş çocuklardaki hafıza sorunları, gerçek ve hayal olanı ayırt edememe, otoriteye itaat özellikleri nedeniyle etkisi altında bıraktığı durumlarda ise "Paylaşılmış Paranoid Psikoz"dan söz edilmesi gerektiği bildirilmektedir.^{185,325} Bu tarz vakalarda sürecin doğru yönetilebilmesi açısından sosyolog, psikolog, Çocuk Psikiyatristi ve Adli Tıp uzmanları gibi profesyonellerin çocuğu ve ebeveynlerin değerlendirmesini birlikte yapabileceği aynalı oda görüşmelerinin faydalı olacağı görüşündeyiz.

Çalışmamızda, muayene esnasında yapılan görüşmelerde olayların %11,3'ünde mağdur failden şikayetçi olmayacağını beyan etmiştir. Çocuğun yaşadığı istismar olayını anlatmaktan kaçınma nedenleri; istismarcının aile üyesi ya da tanıdığı/sevdiği biri olması, istismarcıyı korumak istemesi, tehdit edilmesi, kendinin/sevdiklerinin başına kötü şeyler geleceğinden korkması, kimsenin ona inanmayacağını düşünmesi, sevdiklerinin gözünde değerini yitireceğinden korkması, konuşma becerisine sahip olmaması olarak bildirilmiştir.¹²⁵ Erişkin mağdur grubunda ise toplumdan dışlanma ve damgalanma korkusu ile yargı aşamalarının uzun ve yorucu olması, cezaların caydırıcılığının etkinliğinin hala tartışmalı olması nedenleriyle şikayetçi olunmak istenmediği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda; failin mağdur ile yakınlığı ve eğitim grupları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Yapılan post-hoc testlerde; ortaokul ve ilkokul mezunu gruplarında, failerin arkadaş/aile dostu ve sevgili/partner olmasının anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Yakın akraba/mahalle sakini/tanınıyor gruplarında ise okuma-yazma bilmeyen gruptaki hasta sayısının anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir. Okuma-yazma bilmeyen grubumuzun büyük kısmını küçük yaş çocuklar, mental retarde kişiler ve yabancı uyrukluların oluşturduğunun temelinde düşünürsek; bu olguların etkiye açık, edilgen kişilik özellikleri ya da gelişimsel problemlerine bağlı tehlikeyi algılama ve kendini koruma anlamında yetersiz olmalarının veri sonucumuzu açıklayabileceği görüşündeyiz.

Cinsel saldırılarda, mağdurun fiziksel şiddete sıkça maruz kaldığı bildirilmektedir. Cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet; aşağılama, acı çektirme, baskı ve hüküm kurma, güç gösterme aracı olarak kullanılabilir.³¹² Bizim çalışmamızda, cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet oranının %31 olduğu; 18 yaş altı hastaların öykülerinin (n:160) %22,5'inde fiziksel şiddet var iken, 18 yaş üstünde (n:43) bu oranın %62,8 olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet sonucu meydana gelen fizik muayene bulguları arasında en çok gözlenen patolojik bulgunun ekimoz (%12,3), sonrasında çoklu bulgular olduğu saptanmıştır. Literatür çalışmaları değerlendirildiğinde Çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak, cinsel şiddete en sık eşlik eden şiddet türünün %30-57 oranı ile fiziksel şiddet olduğu, erişkin mağdur grubunda fiziksel şiddet kullanımının çocuk yaş grubuna göre anlamlı yüksek saptandığı bildirilmiştir. Bu farklılığa göre, erişkin kişiye yöneltilen saldırıların daha şiddet içerikli olduğunun söylenebileceği belirtilmiştir.^{60,208,306,312,326} Fiziki ve mental gelişim açısından çocuğun daha kolay hedef haline gelebilmesi şeklinde açıklanabilir bir durum olan bu sonucun; çocuk istismarlarında birincil hedefin cinsel haz almakken, erişkine yönelik cinsel saldırılarda ise asıl motivasyonun öfke, kin, husumet kaynaklı olabileceği de bildirilmiştir.^{312,327}

Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nin çalışmasında; cinsel istismar olaylarının %6,9'unda fiziksel şiddetin de eşlik ettiği, bu iki şiddet türünü beraber yaşayan mağdurlarda psikolojik patoloji gelişiminin önemli oranda arttığı gösterilmiştir.²⁶⁰ Hayati tehlikeye ulaşan boyutlarda fiziksel şiddete maruz kalınan cinsel şiddet olaylarında, mağdurların başta PTSS olmak üzere major psikiyatrik patolojileri de daha fazla yaşadığı bildirilmiştir.³²⁸

Çalışmamızda istismar olayının tipi incelendiğinde sırasıyla; vajinal penetrasyon (%34,5), anal penetrasyon (%21,7), interfemoral ilişki (%14,3), cinsel içerikli dokunma, öpme (%8,9), vajinal ve anal penetrasyon (%8,4), anal ve oral penetrasyon (%3,4), dijital penetrasyon (%2,5), oral penetrasyon (%2), vajinal ve oral penetrasyon (%1,5), temas içermeyen istismar (%1) tarif edilmektedir. Bütün bulgu tiplerinde de vajinal penetrasyon oranlarının diğer istismar tiplerine göre anlamlı oranda yüksek saptandığı gözlenmiştir. Literatür değerlendirmeleri sonucu çalışmamız ile paralel olarak, vajinal ve anal penetrasyonun en sık rastlanan istismar tipleri olduğu görülmektedir.^{66,207,264,294,297,329}

Çalışmamızda iddia edilen olay tarihlerinin aylara göre cinsel istismar sıklıkları incelendiğinde, en yüksek oranda Temmuz ayında cinsel istismar olaylarının gerçekleştiği gözlenmiştir. Mevsimlere göre cinsel istismar sıklıkları incelendiğinde en yüksek oranda yaz (%33), sonrasında ise sonbahar (%28,57) mevsiminde olayların gerçekleştiği gözlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarına paralel olarak, 2014 yılında Amerika'da 1993 ve 2010 yılları arasındaki cinsel şiddet olaylarının incelenmesi sonucu, tecavüz ve cinsel saldırı mağduriyet oranlarının yaz aylarında en yüksek olduğu saptanmış; yine de ilkbahar mevsimi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Yaz ayları oranlarına göre, kış mevsiminde tecavüz ve cinsel saldırı oranlarının ortalama olarak yaklaşık %9, sonbahar mevsiminde yaklaşık %10 daha düşük olduğu belirtilmiştir.³³⁰ Yine çalışma sonuçlarımıza uyumlu olarak Amerika'nın 16 eyaletinde 50000 cinsel şiddet olgusunun retrospektif değerlendirmesi sonucu Temmuz ve Ağustos aylarında pik ile birlikte mevsimsel bir değişim bulunduğunu belirtmişlerdir.³³¹ Muğla'da 18 yaş ve altı cinsel istismar olgularının retrospektif değerlendirilmesi sonucu 240 vaka analiz edilmiş; cinsel istismarın çoğunlukla (%36,3) yaz aylarında meydana geldiği, pik noktasının Haziran ayında (%14,2) olduğu saptanmıştır.²⁷⁸ Güney Kore'de 291 vaka ile yapılan bir çalışmada, cinsel şiddet olgularında anlamlı bir fark görülmemiştir.³²⁰ Yaz aylarında okulların kapanması, 18 yaş altı işçi çalışma oranının artması, turizm sezonunun açılması, sosyal hareketliliğin artmasının neticelerinde cinsel istismar oranlarının arttığı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, iddiaya konu olay ile adli tıbbi muayeneye getiriliş/başvuru zamanı arasında geçen süre incelendiğinde en çok ilk 24 saatte (%37,4) başvuru olduğu ve süre geçtikçe başvuru oranlarının azaldığı gözlenmiştir. Ülkemiz farklı şehirlerinde yapılan çalışmalarda olay tarihi ile başvuru arasında geçen süre değerlendirmeleri sonucu, ilk 24 saatte başvurma oranının en yüksek %30, ilk 72 saatte başvurma oranının ise en yüksek %35,5 olduğu bildirilmiştir.^{176,207,208,295,313} Afrika ve Asya ülkelerinde ilk 24 saatte tıbbi yardıma ulaşabilen cinsel şiddet mağdurlarının oranlarının %9-12 arasında olduğu saptanmıştır.^{306,322} İlk 72 saatte tıbbi muayeneye ulaşabilmenin Güney Kore'de %88, Amerika'da %94, Avusturalya'da ise %85 oranında mümkün olabildiği bildirilmiştir.^{192,320,332} Dünyanın farklı noktalarındaki araştırmalar sonucu ortaya konan bu kadar farklı oranlara ülkelerin kadın ve çocuk haklarına yaklaşımı, cinsel eğitim

seviyesi, cinsel şiddet konusunda farkındalık seviyesi, kültürel yapısı gibi dinamiklerin etki ettiği görüşündeyiz.

Kız çocukları ve kadınlardaki genital muayene bulguları incelendiğinde gözlenen akut olarak değerlendirilen patolojik bulguların sırasıyla ekimoz ve inflame hymen yırtığı (%13,6), taze kanamalı hymen yırtığı (%4,5), septa yırtılması (%1,3) ve ekimoz (%1,3) olduğu, bir olguda da perineye uzanım gösteren laserasyon mevcut olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre genital muayene bulguları incelendiğinde 12 yaş altı grupta doğal muayenenin anlamlı yüksek olduğu ve eski yırtık, ekimoz bulgularının anlamlı düşük olduğu gözlenmiştir. Mersin Üniversitesi'nin cinsel istismar iddiası bulunan olgularla yaptığı çalışmada; genital muayenede hymenin yaklaşık %36'sında intakt olmadığı, bunların %31'inde yeni yırtık, %69'unda eski yırtık saptandığı bildirilmiştir.²⁰⁷ Pamukkale Üniversitesi'nin cinsel şiddet iddiası bulunan ve muayeneyi kabul eden 187 vakanın analizinin yapıldığı çalışmada; genital muayenede olguların %16,6'sında eski bulgu ve %7'sinde yeni bulgu, anal muayenede olguların %7,5'inde eski bulgu ve %4,3'ünde yeni bulgu saptandığı belirtilmiştir.⁶⁶ Larsen ve ark. tarafından Danimarka'da cinsel saldırı mağdurları için oluşturulan özel bir merkeze 10 yıllık süreçte başvuran olguların değerlendirildiği çalışmada, vajinal/anal penetresyon öyküsü içeren olguların (%70) genital bulgu bulunma oranı %27 olarak saptanmıştır.³³³

Kampala/Uganda'da cinsel saldırı mağdurlarının değerlendirilmesi sonucu, olguların %75,4'ünde genital bulgu mevcut olduğu; %31'inde hymen taze laserasyonu ve bir olguda da perineal yırtık saptandığı belirtilmiştir.³⁰⁴ Bir cinsel şiddet olgusunun genito-anal muayenesinde en sık görülebilecek yaralanmalar, posterior foşette yırtık ve sıyrıklar olduğu, bunu sırasıyla labium minus ve hymen yaralanmalarının takip ettiği bildirilmiştir.¹⁹⁹ Cinsel istismara maruz kalan 14-19 yaş arası 214 olgunun incelenmesi sonucu; posterior forşet yırtığı (%36), labium minus, hymen, serviks veya posterior forşette eritem (%18-%32) ve hymende ödem (%19) saptanmıştır.²⁰⁰ Adnan Menderes Üniversitesi'nin cinsel şiddet mağdurları ile yaptığı çalışmada; vajinal penetrasyon iddiası bulunup ilk 24 saatte başvuranlarda %53, ilk 72 saatte başvuranlarda %60,7 oranında bulgu saptandığı ve en çok hymen (%61) ve posterior forşette (%15) yaralanma mevcut olduğu belirtilmiştir.¹⁷⁶ Mısır'da cinsel saldırı mağdurlarıyla yapılan çalışmada; olguların %66'sında vajinal penetrasyon iddiası olduğu, en çok hymen (%36) ve posterior forşette (%31) bulgu saptandığı bildirilmiştir.³⁰⁶ Cinsel şiddete

maruz bırakılan kız çocuğu ve kadınlarda yapılan genital muayenelerde odak noktası genelde hymendir. Halbuki çalışmalar, posterior forşet yaralanmalarının hymen yaralanmaları kadar çok, hatta daha fazla görüldüğünü bildirmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, posterior forşetin iyatrojenik yaralanmalara karşı oldukça hassas olduğunun unutulmamasıdır. Adam's kriterlerinde posterior forşetin frajilitesi, genellikle tıbbi koşullar nedenli oluşan bulgular arasında yer almaktadır.²¹¹ Genital bölgenin anatomisini ve olası şiddet varlığında bulgu saptamada özellikle hangi bölgelere dikkat edilmesi gerektiğini bilmenin, bir adli tıp uzmanının niteliklerinden biri olmalıdır.

Çalışmamızda cinsel istismar sonrası anal muayene bulguları incelendiğinde; en sık fissür (%2,5), laserasyon (%2,5) ve ekimoz (%2,0) tespit edilmiş, tüm olguların %10'unda akut bulgu saptanmıştır. Mersin Üniversitesi'nin cinsel istismar iddiası bulunan olgularla yaptığı çalışmada; 108 olgunun %10,2'sinde anal muayenede fissür saptandığı bildirilmiştir.²⁰⁷ Anal yoldan cinsel şiddet iddiası olan 222 olgunun değerlendirildiği çalışmada; olguların yaklaşık %32'sinde akut livata bulguları saptandığı, en çok saptanan bulgunun fissür (%9,9) olduğu, ilk 72 saatte başvuran olguların yarısından fazlasında bulgu saptandığı bildirilmiştir.²⁰⁸ Avusturalya'da 1266 cinsel suç mağduru olgunun incelendiği çalışmada, anal penetrasyon iddiası olan olguların %27'sinde yaralanma tespit edildiği belirtilmektedir.¹⁹² Anal penetrasyon öyküsü sonrası muayene bulgularının değerlendirildiği çalışmalarda; yaklaşık %1-13'ünde eritem, %11-50'sinde fissür ve/veya laserasyon, %0-10'unda ekimoz saptandığı bildirilmektedir.^{208,334} Anal fissür bulgusu, Adam's kriterlerine göre genellikle tıbbi koşullar nedenli oluşan bulgulardan biri olarak yer almaktadır.²¹¹ Fissür varlığında; ayırıcı tanı olarak konstipasyon, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi tıbbi nedenlerin ekarte edilmesi, raporlandırmanın sonuç kısmında kesin ifadelerden kaçınılması gerektiği bildirilmektedir.¹⁸³ Çalışmamızda; istismar tipleri ve başvuru zamanları ile anal bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Özellikle 12-13 yaş üzeri olgularda anal bölgeye penis, yabancı cisim penetrasyonlarının fiziksel gelişime bağlı olarak bulgu vermeyebileceği, kayganlaştırıcı madde ile birlikte gerçekleştirilmesi durumunda lezyon görülmeyebileceği belirtilmiştir.¹⁸³

Cinsel şiddet olayı sonrası mümkün olan en kısa süre içerisinde ve bir kılavuz eşliğinde eksiksiz yapılan bir beden muayenesinin tekrarlayan travmatizasyonların önlenmesi açısından önemli olduğu bildirilmektedir. Ülkemiz farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda, aynı olay nedenli iki veya daha fazla genito-anal muayeneye tabi tutulan mağdur oranlarının %79'lara varabildiği bildirilmiştir.^{243,297} İstanbul Tıp Fakültesi'nin heyet tarafından değerlendirilen cinsel istismar mağduru 60 kız çocuğuna ait çalışmada, aynı olay dahilinde önceden genito-anal muayenesi yapılan olguların, ilk defa muayene edilenlere göre kaygı seviyeleri istatistiksel olarak yüksek bulunmuş; tekrarlayan genito-anal muayenelerin kaygıyı arttırarak ikincil travmatizasyona neden olduğu bildirilmiştir.³³⁵ Karanfil ve arkadaşlarının çalışmada, tekrarlayan muayeneler nedenli çocukta psikiyatrik patolojiler meydana gelebileceği belirtilmektedir.³²⁵ Tekrarlayan muayenelerin mağdurun rehabilitasyon sürecini uzatarak zorlaştırdığı ve farklı nitelikte düzenlenmiş raporların bilgi karmaşıklığı ile adli sürecin aksamasına sebep olduğu fikrini savunmaktayız.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) ve üniversiteler içerisindeki Çocuk Koruma Merkezleri, cinsel suç mağduriyeti yaşayan bir olgunun ikincil veya daha fazla travmatizasyonunu önlemek amacıyla her türlü ihtiyacının giderilebileceği, olay öyküsünün alınması ile başlayıp adli ve tıbbi muayenenin basamaklarını gerçekleştirecek uzmanlardan oluşan kurumlar olarak tasarlanmıştır. Fakat şehrimiz de dahil olmak üzere ÇİM'de uygun sayıda ve kalifiye sağlık personelinin bulunmaması nedeniyle daha çok ifadelerin alındığı bir merkez gibi çalışılmasına yol açmakta, cinsel şiddet yönetim sürecinin tamamının tek merkezde yapılamamasına neden olmaktadır. Cinsel şiddet iddiası bulunan olguların değerlendirilmesi için halen devlet hastaneleri, adli tıp şubeleri gibi kurumlara yönlendirilmesinin mağdurların tekrar tekrar muayene edilmesine neden olduğu da iddia edilmektedir.³³⁵

Cinsel temasın meydana geldiğini ve şüphelilerin tespitini sağlamadaki faydası nedeniyle DNA çalışmaları için toplanan biyolojik kanıtlar, günümüzde en önemli yasal kanıt olarak kabul edilmektedir. Biyolojik kanıt, bazen cinsel temasın gerçekleştiğini kanıtlamanın ve failin kimliğini tespit etmenin tek yoludur.³³⁶ Adam's kriterlerine göre de, cinsel istismarın tanısını koyduran iki kriterden biri mağdurun vücudundan alınmış örneklerde semenin saptanmasıdır.¹⁶⁷ Bu bilgiler doğrultusunda, delillerin seçilmesi,

toplanması, paketlenmesi, etiketlenmesi, saklanması ve taşınması sırasındaki prosedürlere uyulması, nihai geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmeyi sağlayan temel adımlardır.^{336,337} Cinsel şiddet olgularında muayene esnasında aldığımız ve savcılık kararı ile üzerinde inceleme yapmamız istenen sürüntü (frotti) örnekleri ve kıyafetler, Anabilim dalımız bünyesinde yer alan Adli Genetik laboratuvarlarımızda ilgili uzmanlar tarafından çalışılmıştır.

Muayene sürecinde sürüntü alınıp çalışılması ve alınan sürüntü sonuçları incelendiğinde, hastaların %30'undan (n:61) alınan örneklerin çalışıldığı ve çalışılan örneklerin %41,0'nın DNA saptanması yönünden pozitif sonuçlandığı görülmüştür. Ayrıca sürüntü sonuçları ve başvuru zamanları incelendiğinde, ilk 24 saatte pozitif sonuçlanma oranının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kanada'da cinsel şiddet maruziyeti yaşayan 1000 vakanın biyolojik kanıtlarının incelenmesi sonucu; vakaların yaklaşık yarısında DNA kanıtı saptandığı, bu oranın 10 yaş ve altındaki çocuklarda %15'e kadar düştüğü bildirilmiştir. Vajinal sürüntülerden DNA elde etme oranının ilk gün %35, ikinci gün %26, üçüncü gün %23 olduğu, üçüncü günden sonra anlamlı düşüş gösterdiği saptanmıştır. İlk 24 saatte alınan örneklerin anal svaplarında %22'sinde, cilt svaplarında %41'inde DNA saptandığı, bu oranın 24-48 saatte alınan örneklerde anal svaplarda %5'e, cilt svaplarında %14'e kadar düştüğü bildirilmiştir.³³⁸

Mikroskop altında spermatozoanın morfolojik olarak gösterilmesi araştırmaları da mevcuttur. Cinsel saldırı sonrası, prostatik bir enzim olduğu için spermatozoanın varlığına ihtiyaç duymayan seminal asit fosfataz seviyelerinin ölçümü ve semene spesifik olan, dayanıklı ve çok az miktarlarda dahi saptanabilen bir protein olan prostat spesifik antijen (PSA) gösterilmesi metotları da kullanılmaktadır.^{207,339} Bu metotların kullanımı, failin kimliğine ulaşmada bir faydasının olmaması, incelemek için preparat yayma hazırlanırken biyolojik materyalin büyük bölümünün kaybolabilme riskine sahip olması, sperm hareketliliğini birçok dış faktörün etkileyebilmesi nedenleriyle hatalı ve eksik sonuçlara neden olacağından artık çok fazla önerilmemektedir.^{336,340} Yapılan son çalışmalarda da, asit fosfataz negatif saptanan her türden (vajinal, anal, oral, cilt) örnekte kaliteli DNA profilleri elde edilebildiği bildirilmiştir.^{336,338}

Spermin vajinal kavitede yarılanma ömrünün mağdurun yaşına bağlı olduğu ve semenin servikste lokalize olması durumunda yarılanma ömrünün 72 saatten fazla olabileceği bildirilmiştir. Postpubertal kız çocuklarında spermatozoanın, vajinal

sekresyonlarda 6 ila 12 saat, servikte 5 gün kadar hareketli kalabildiği; prepubertal kız çocuklarında ise meninin yarılanma ömrünün, servikal mukusun olmaması nedeniyle nispeten daha kısa olduğu bildirilmiştir.^{336,340} Cinsel şiddet mağduru 1332 kişiye ait svapların incelenmesi sonucu; olaydan sonraki 5 güne kadar olan vajinal svaplarda ve 7 güne kadar olan servikal svaplarda sperm saptandığı bildirilmiştir.³⁴¹ Bildirilen yarı ömürlerin genellikle tahminleri temsil ettiğine, cinsel saldırılarda semen tespitinde mağdurun cinsiyeti, yaşı ve cinsel temas sonrası faaliyetleri (idrar yapma, dışkılama, kusma, diş fırçalama, banyo yapma, yemek yeme, içme, sigara içme, tükürme, koşma ve yürüme gibi) ile prezervatif kullanımı, azospermik fail gibi değişkenlerin de etkili olacağına dikkat çekilmiştir.³³⁶

Çalışmamızda; istismar tipleri ile sürüntü sonuçları incelendiğinde, vajinal penetrasyonda anlamlı oranda yüksek örnek alındığı ve anlamlı oranda yüksek pozitif sonuçların olduğu, anal ve interfemoral ilişkide anlamlı oranda negatif sonuçlar olduğu gözlenmiştir. Çalışma grubumuzdaki her üç olgudan birinin olay öyküsünde vajinal penetrasyon öyküsü mevcut olması ile örneklemelerimizi güncel ve uluslararası protokollere göre yapmamızın sonuçlarda etkili olduğu görüşündeyiz. Uluslararası protokollere göre ilk 7 gün içerisindeki vajinal ilişki, ilk 48 saat içerisindeki dijital penetrasyon, ilk 72 saat içerisindeki anal ilişkide svap örneklemesinin yapılması gerektiği bildirilmiştir.^{170,173,223} Anabilim dalımızda, iddiaya konu cinsel suç olayından sonraki ilk 7 gün içerisinde muayene gelen/getirilen olguların aldığımız olay öyküsü, istismar tipi, olay sonrası gibi faaliyetleri değerlendirdikten sonra sürüntü örneklerinin alınmasının uygun olduğu kanısındayız.

Çalışmamızda, olay sonrası kıyafet, çamaşır gibi örneklerin alınıp çalışılması ve çalışılan örneklerin sonuçları incelendiğinde; hastaların %10,3'ünden (n:21) örnek alınıp çalışıldığı ve çalışılan örneklerin %61,9'unun pozitif sonuçlandığı görülmüştür. Kıyafet inceleme sonuçları ve başvuru zamanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Giysiler üzerindeki kuru sekresyonların oldukça sabit kaldığı, böylece meninin 1 yıldan uzun süre tespit edilebileceği bildirilmektedir.³⁴⁰ Pamuklu kumaş, kağıt gibi nesnelerin üzerinde bulunan ve kurutularak saklanan örneklerde birkaç yıla kadar sperm saptanabileceği belirtilmektedir.³⁴¹ Delillerin seçilmesi, toplanması, paketlenmesi, saklanması ve çalışılması sırasındaki uluslararası prosedürlere ve yönergelere uyulmasının yılların alışkanlığı olarak yansması sonucu

çalışmamızdaki başvuru zamanının kıyafetler üzerinde DNA saptama oranıyla ilişkili olmadığı bulgusunun literatürle uyumlu olduğunu düşünüyoruz.

Literatür değerlendirmesi sonucu; uyutucu-uyuşturucu madde ve/veya alkol etkisi altındaki mağdurlarda meydana gelen bilinç bulanıklığı/kaybı, acizlik ve direnç gösterememe sonucu maruz kaldıkları cinsel şiddetin dünya genelindeki yaygınlığının gittikçe arttığı görülmektedir.^{230,231} Buna göre, cinsel saldırı mağdurlarında en çok tespit edilen madde %37-%46,4 oranları ile alkoldür.²³⁰⁻²³² Çalışmamızda, olguların %16,3'ünde olay öyküsü içerisinde madde-alkol kullanım öyküsü mevcut olduğu saptanmıştır. Farklı üniversitelerin çalışmalarında, cinsel şiddet olayı esnasında alkol ve/veya madde kullanım öyküsünün %9-25 oranlarında değişebileceği bildirilmiştir.^{66,176} Amerika'da bir "Tecavüz Mağdurları Tedavi Merkezi"nde yapılan 2015 yılı çalışmasına göre, uyuşturucuyla kolaylaştırılmış tecavüz oranlarının %25'ten %33'e çıktığı belirtilmiştir.³¹⁷

Çalışmamız sonuçları; alkol-madde kullanım iddiası ve fizik muayene bulguları incelendiğinde alkol-madde kullanımı olan istismar tiplerinde, olmayanlara göre en az 1 bulgu olma olasılığının anlamlı olarak yüksek olduğu ve en sık görülen bulguların ekimoz, peteşi ve abrazyon olduğu gözlenmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi'nin çalışmasında ise, cinsel şiddet mağduru alkol ve uyuşturucu madde kullanımı mevcut olan olgularda genital bulgu bulunma oranının arttığı saptanmıştır.¹⁷⁶ Alkol ve uyutucu-uyuşturucu maddelerin etkisi ile kişinin saldırı anında bilinç bulanıklığı, beden hareketlerini kontrol yeteneğinin azalması/kaybetmesi nedeni ile saldırının şiddetinden daha fazla zarar gördüğü kanaatindeyiz.

Çalışmamızda; olay esnasında madde/alkol kullanım öyküsü olan, tarafımızca kan ve idrar örneği alınan olguların %7,9'unda (n:16) savcılık kararıyla örneklerin çalışıldığı ve çalışılan örneklerin hepsinde (%100) alkol veya maddeden en az birinin saptandığı görülmüştür. Örneklerin %68,7'sinde uyutucu-uyuşturucu madde, %25'inde alkol ve uyutucu-uyuşturucu madde, %6,2'sinde alkol saptanmıştır. Cinsel şiddet mağdurlarından oluşan 418 olgunun %14,3'ünde toksikolojik analiz yapıldığı, %47'sinde uyuşturucu tespit edildiği bildirilmiştir.³⁴² Literatür incelemesinde, cinsel suç maruziyeti sonrası başvuran olgularda alkol saptanma oranlarının %50'ye, uyutucu uyuşturucu madde saptanma oranlarının %35'lere varabildiği saptanmıştır.³⁴³ Bizim çalışmamızdaki uyutucu-uyuşturucu madde saptanma oranının ise, şehrimizde madde

kullanım oranının yüksekliği, ulaşımın kolay ve ucuz olması nedeniyle olduğu kanaatindeyiz.^{344,345}

Adana ili içerisinde cinsel şiddet mağdurları muayenesi ve değerlendirmesi genellikle Anabilim dalımızda, ÇİM’de ve Adana Adli Tıp şube Müdürlüğü’nde yapılmaktadır. Savcılık kararına göre olguların hangi birime ulaştırılacağı belirlenmektedir. Kimi zaman olguların ykw alım, muayene, örnek toplama gibi işlemleri farklı farklı birimlerde gerçekleşmektedir. İvedi muayene ve değerlendirmenin oldukça önemli olmasından dolayı kurumlar arası transferde zaman kayıpları, biyolojik örneklerde bozulmaya neden olabilir. Anabilim dalımız bünyesinde mevcut Adli Genetik ve Adli Toksikoloji laboratuvarlarımızda biyolojik örneklerin incelemesi yapılabildiği gibi Adana Kriminal Polis Laboratuvarı ve Adli Tıp Kurumu’nda da yapılmaktadır. Aynı olgunun değerlendirme aşamalarının farklı merkezlerde yapılması, verilerin tek merkezde toplanmaması, topladığımız numunelerin çalışılması için her olguda savcılık kararı gönderilmemesi nedenli çalışma sonuçlarımızdaki istatistiksel anlam oranlarının düşük kaldığı görüşündeyiz.

Cinsel şiddet olgularının yönetiminde ilgili sağlıklı profesyonellerini bir arada barındıran tek bir merkezde muayene ve değerlendirme yapılmasının; muayenelerin ve delil niteliğindeki örneklerin uygun koşullarda alınıp incelenmesinin kalitesinin artacağı ve mağdurun rehabilitasyon sürecini daha kolay geçirmesine olanak verebileceği bildirilmektedir. Krize müdahale danışmanlığının yanı sıra gebelik ve CYBH testleri, toksikoloji ve genetik incelemelerin yapılabileceği ve acil kontrasepsiyonun sağlanabileceği tek merkezli süreç yönetiminin mağdurun iyilik halinde fayda sağlayacağı belirtilmektedir.^{11,176} Yurtdışında rnekleri görülen bu merkezlerde, kolluk görevlileri ve soruşturma biriminin de yer alarak kontrol ve kayıtların tek elde toplanmasının, tıbbi ve yasal süreç yönetimindeki hata payını en aza düşüreceği ne sürülmektedir.¹⁷³

Cinsel şiddet iddiası ile Anabilim dalımıza gelen/getirilen her olguda, raporumuzun sonuç kısmında mağdurun yaş grubuna göre ilgili psikiyatri bölümünde takip edilmesi gerektiğini belirtmekteyiz. 7 gün 24 saat acil servis bünyesindeki ilk başvuru merkezi olan Anabilim dalımız, ilk zgn örnek olan sosyolog, psikolog, ocuk Psikiyatri, Psikiyatri ve Adli Tıp uzmanları ile ilgili çalışanlarının katıldığı konseyler, aynalı oda görüşmeleri ile bu olgulara yaklaşıma önderlik etmiştir. ukurova

Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Olguları Değerlendirme Heyeti haftada bir olmak üzere toplanmakta, cinsel şiddet mağdurlarının değerlendirmelerini de 2005 yılından beri yapmaktadır. Ayrıca tarafımıza başvuran olgular olay öyküsü doğrultusunda, gebelik ve CYBH açısından değerlendirilmek üzere Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Enfeksiyon Hastalıkları birimlerine yönlendirilmektedir.

Adalet mekanizması, uygulamada sanığın saptanması ve cezalandırılması temelli çalışmaktadır. Yasal düzenlemelerde olmasına karşın "korunma ihtiyacında olan çocuk", önleme-koruma çalışmaları, mağdurun sağlığını toparlaması ve sağlıklı gelişimi açısından alınması gereken tedbirlerin uygulamada istenen seviyede karşılığını bulamadığı, cinsel şiddet mağdurlarının uzun süreli takip ve tedavilere ihtiyaçlarının olduğunun göz ardı edildiği görülmektedir. Bu nedenle; olgunun muayene ve değerlendirilmesinde ihtiyaç duyulan uzmanlık alanlarının görüşü istenmeli, raporumuzda; çocuğun yararının gerektirdiği, alınması gereken tedbirler belirtilmeli, sistemi zorlayarak mekanizmaların devreye sokulmasına bir anlamda baskı oluşturulmalıdır.

Cinsel şiddet olgularının yönetimi, ilk karşılaşmadan itibaren başlayan, hastanın sağlığına ve refahına öncelik verilen, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren, yargılama aşaması ile hastanın tedavisinin ve rehabilitasyonunun tamamlanmasına kadar devam eden karmaşık, uzun ve zor bir süreçtir. Bu süreçte her birey bir sağlık sorunu olan hasta kapsamında değerlendirilip sağlık kuruluşlarının acil servisleri içerisinde yer alan/alabilecek cinsel şiddet birimine başvurabilmeli; gerekiyorsa 24 saatlik, giderlerin sağlık güvenlik şemsiyesi altında karşılanarak yataklı tedavi hizmeti sağlanabileceği bir sistemin fayda getireceğine inanmaktayız.

Zamanında yapılan, yüksek kaliteli bir adli tıbbi muayene, mağdurun iyilik hali ve soruşturma kapsamında maddi gerçekliğin ortaya konmasında en önemli basamaktır. Cinsel şiddet olayına dahil bireylerin tıbbi ihtiyaçlarını ön planda tutarak yasal haklarını da korumayı kapsayan bu olguların yönetiminin ancak; iyi, standardize ve kaliteli bir muayene ve raporlandırma sistemi ile sağlanabileceğinin yüksek inanç ve kanısındayız.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Olgularımız özelinde bakıldığında; cinsel şiddet iddiası bulunan olguların %32'sinin iddiaya konu olayın ilk 7 günü içerisinde muayene edilebildiği, mağdurların en yüksek oranda 15-17 yaş kategorisinde ve kız çocuğu olduğu, erkek cinsiyette yabancı uyruklu olma oranının kadın cinsiyete göre anlamlı olarak yüksek olduğu, mağdur ve fail arasında sosyal medya üzerinden tanışma öyküsü varlığının yalnızca kız çocuğu/kadın grubunda ve %20,7 oranında görüldüğü, olayların %81,3'ünde failin mağdurun tanıdığı biri olduğu, cinsel şiddete eşlik eden fiziksel şiddet oranının %31 olduğu, en sık görülen istismar tiplerinin vajinal ve anal penetrasyon olduğu, ilk 24 içerisinde ve vajinal penetrasyon öyküsü varlığında alınan sürüntülerin pozitif sonuçlanma oranının anlamlı yüksek olduğu, alkol-madde kullanım iddiası mevcut olan 33 olgunun 16'sının toksikolojik incelemelerinin tarafımızca yapılması sonucu %100 oranında alkol/uyutucu-uyuşturucu madde bulunduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamız sonuçları ve literatür değerlendirmelerinin katkısıyla akut cinsel istismar ve saldırı olgularında güncel teknoloji ve laboratuvar kullanımı ile raporlandırma standardizasyonun sağlanabilmesi amacıyla görüş ve önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır:

1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi kapsamında 1995 Pekin Deklarasyonu ve CEDAW ile İstanbul Sözleşmesi göz önünde bulundurularak cinsel şiddet konusunda bilgilendirme ve çalışmalar gerekmektedir. Bu alanda toplum farkındalığı olmazsa olmaz bir basamaktır ve bu amaçla eğitim ile önleme çalışmaları yapılmalı, kamu spotları hazırlanmalı, daha fazla bireye ulaşabilmek için sosyal medyadan da faydalanılmalıdır.
2. Bu alanda hizmet veren ve toplum farkındalığında yetki kullanan tüm birimlerin (kolluk kuvvetleri, sağlık görevlileri, savcı vb.) gerekli eğitimleri alması, cinsel istismar mağduruyla görüşme tekniklerini bilmesi ve uygulaması sağlanmalıdır. Başta hekimler olmak üzere mağdur ile görüşme yapan tüm kişilerin soğukkanlı, duyarlı, bilgili, açık fikirli olması ve multidisipliner çerçevede çalışması gerekmektedir.

3. Olgunun tek bir merkezde muayene ve değerlendirmesinin yapılmasının; hem mağdurun iyilik hali, hem muayenelerin kalitesi, hem de delil niteliğindeki örneklerin zamanında ve uygun koşullarda incelenmesini sağlayacağını düşünüyöruz. 7 gün 24 saat hizmet sunan, mağdurların ilk değerlendirmesini yapmak, yasal ve tıbbi seğenekleri açıklamak veya yönlendirmeler sağlamak için ücretsiz erken başvurunun sağlanabildiği kriz merkezleri kurulması gerektiğini düşünüyöruz. Adli kanıtların toplanmasına ek olarak krize müdahale danışmanlığı, gebelik ve CYBH testleri, toksikoloji ve genetik incelemelerin yapılabilereği ve acil kontrasepsiyonun sağlanabilereği bu merkezlerde ilgili tıbbi uzmanların, kolluk görevlilerinin ve soruşturma biriminin yer alması sağlanmalıdır.
4. Olgularda sürecin doğru yönetilebilmesi açısından sosyolog, psikolog, psikiyatrist, çocuk psikiyatristi, çocuk cerrahı ve adli tıp uzmanları gibi profesyonellerin değerlendirme ve sonuçlandırmalarını konsültasyon mekanizması şeklinde değil, primer olarak birlikte yapmaları gerektiği, bu amaçla aynalı oda görüşmelerinin faydalı olduğu görüşündeyiz.
5. Cinsel şiddet olgularının yönetiminde delil kaybını önlemek, hata payını en aza indirmek, verileri eksiksiz biçimde kaydederek istatistiksel analizler oluşturabilmek, rapor düzeni, içeriği, bulguların yorumlanması ve sonuç kısımlarının ortak bir dil ile hazırlanabilmesi için bu alanda görev alan tüm sağlık profesyonellerinin günlük pratiğinde faydalanabilereği bir "check-list" kullanılması gerekmektedir. Uluslararası protokol ve rehberlere uygun olarak hazırladığımız kılavuz örneği ekte sunulmuştur (Ek 1).
6. Fiziksel ve genito-anal muayenede bulgu saptanma oranını arttırdığı yapılan çalışmalarca gösterilmiş olan multispektral dijital kolposkop gibi görüntüleme araçları ve boyama yöntemlerinin muayenelerde kullanılmasının tüm ilgili merkezlerde kullanımının sağlanması ve bu konularda eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
7. Cinsel şiddet mağdurlarının uzun süreli takip ve tedavilere ihtiyaçlarının olduğu temelinde mağdurların rehabilitasyonu ve topluma kazandırılması için ilgili merkez sayısı ve kalitesinin artırılması gerekmektedir.

8. Ebeveynlerin, çocukları ile güven temeline kurulu bir ilişki kurması önemlidir. Çocuk yetiştirirken çocuğun denetimsiz bırakılması ile özgürlük kavramının karıştırılmamasını, çocuğu ile sağlıklı bir etkileşim içinde olmayı isteyen ebeveynler için aile danışmanlıkları ve anne-baba okulları gibi bu amaçla faaliyet gösteren profesyonellerinden yardım alınmasını önermekteyiz.
9. Çocuğun yaş ve mental gelişim seviyesine paralel şekilde cinsel eğitim, ailede ve okulda verilmelidir. Cinsel özgürlük ve dokunulmazlık hakları, sınırları, adölesan dönemde meydana gelebilecek beden değişimleri, yaşayabilecekleri problemler ve çözüm önerileri, sağlıklı cinsellik, CYBH gibi konularda bilgilendirilmelidirler.
10. Son yıllarda giderek artan oranda sosyal medya kullanımı ve sonrası karşılaşılan cinsel istismar olgularının dikkat edilmesi gereken boyutlara ulaşması ile birlikte özellikle çocuklar ve ergenlerin doğru internet kullanımı hakkında eğitimler alması gerektiği görülmektedir.
11. Cinsel şiddet suçuyla etkin mücadelenin sağlanabilmesi ve devamlılığının sürdürülebilmesi, mağdur odaklı bir yaklaşımın tam anlamıyla gerçekleştirilebilmesi, yasadaki cezaların önleyiciliğinin ve caydırıcılığının etkin hale getirilmesi için Ceza İnfaz Yasaları'nın cinsel suçlar bakımından yeniden ele alınması gerekmektedir. Korunma ihtiyacı olan çocuk için gereken tedbirlerin alınması ve uygulanması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Etimoloji Türkçe. Erişim: (<https://www.etimolojiturkce.com>) 2012-2020. Erişim tarihi: 21.03.2020.
- 2- **Aydemir M**, Medyada şiddetin dönüşümüne bilinçaltı etki yöntemleri ve “mutlu şiddet” ilişkisi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* **2014**; 16(1):166-170.
- 3- **Güler N, Tel H, Tuncay FÖ**. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2005**; 27(2):51-56.
- 4- **World Health Organization**. 10 facts about violence prevention. Erişim: (<https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>) 2017. Erişim tarihi: 27.02.2020.
- 5- **Dahlberg LL, Krug EG**. Violence a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva*, **2006**; 11:277-292.
- 6- **TBMM**. Kadına yönelik şiddetin sebeplerinin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Erişim: (<http://hdl.handle.net/11543/2780>) 2015. Erişim tarihi: 12.04.2020
- 7- **Yıldırım MH, Güvenç R**. Cinsel saldırı sonrası adli makamlara başvuran olguların ruhsal belirtileri ve travma özelliklerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* **2017**; 18(4):330-337.
- 8- **World Health Organization**. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. World Health Organization. Geneva, 2017.
- 9- **Şare E**. Cinsel özgürlüğe karşı suçlarda ilgilinin rızası. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* **2019**; 21(2):977-1023.
- 10- **UN Women**. Violence against women prevalence data: Surveys by country. UN Women. New York, **2011**.
- 11- **Özkök MS**. Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Ergen ve Erişkin Hastalarda Tıbbi ve Adli Tıbbi Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri-Beşikten Mezara Kadına Yönelik Şiddet Özel Sayısı* **2016**; 2(2):62-75.
- 12- **Kar H, Özdemir Ç**. Cinsel Şiddet. Dokgöz H. Ed.*Adli Tıp ve Adli Bilimler*. 1. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2019**: 433-468.
- 13- **Bükecik E, Özkan B**. Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* **2018**; 3(2):33-37.
- 14- **Dölen İ**. (Ed.). *Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular - FIGO Komitesi, Üreme ve Kadın Sağlığında Etik Sorunlar Çalışması*. Ankara: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yayınları, **2008**.
- 15- **Cihan Ü, Karakaya H**. Kadın-erkek kavramları bağlamında şiddet ve şiddetle mücadelede sosyal hizmetin rolü. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* **2017**; 17(4):297-324.
- 16- **Korur S**. Kadına yönelik şiddete adli tıp açısından yaklaşım. Kadına Yönelik Şiddet ve Hekim Sempozyumu. Ankara, 16-18 Kasım **2003**: 85-94.

- 17- **Yurdakul M.** Kadın istismarı, şiddet ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **1996**; 1:52-60.
- 18- **Sarı KS.** Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Aile Mahkemeleri Bağlamında Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2010**.
- 19- **World Health Organization.** Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization. Geneva, **2013**.
- 20- **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE).** Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması - Özet rapor. Ankara, **2009**.
- 21- **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE).** Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması - Ana rapor. Ankara, **2009**.
- 22- **Çığ Mİ.** Tarih boyunca kadın. *Türkiye Klinikleri-Beşikten Mezara Kadına Yönelik Şiddet Özel Sayısı* **2016**; 2(2):1-5.
- 23- **Gençer MZ,** Ağırman E, Arıca S. İstanbul ilinde kadına yönelik şiddet sıklığı ve kadınların şiddet algısı. *Ahi Evran Tıp Dergisi* **2019**; 3(1):18-25.
- 24- **Özkan G.** Kadına yönelik şiddet - Aile içi şiddet ve konuya ilişkin uluslararası metinler üzerine bir inceleme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi* **2017**;7(1):533-564.
- 25- **Timisi N.** Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu 47. Dönem Toplantısı. *İletişim : Araştırmaları Dergisi* **2003**; 1(1):145-150.
- 26- **Koçoğlu S.** Türkiye’de kadına yönelik şiddetle mücadele: “Yasalar ve uygulama örnekleri”. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* **2019**; 22(2):62-93.
- 27- **Akkaş İ, Uyanık Z.** Kadına yönelik şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi* **2016**;6(1):32-42.
- 28- **Allen T, Novak SA, Bench LL.** Patterns of injuries: Accident or abuse. *Violence Against Women* **2007**; 13(8):802-816.
- 29- **Yetim D, Şahin EM.** Aile hekimliğinde kadına yönelik şiddete yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi* **2008**; 2(2):48-53.
- 30- **Leppäkoski T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P.** Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing* **2011**; 19:27-36.
- 31- **Bourey C, Williams W, Bernstein EE, Stephenson R.** Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low and middle-income countries: Organizing evidence for prevention. *BMC Public Health* **2015**; 15:1165.
- 32- **Adak N.** *Değişen Toplumda Değişen Aile*.1. Baskı, Ankara: Siyasal Yayınevi, **2000**.
- 33- **Uluocak Ş, Gökulu G, Bilir O, Karacık NE, Özbay D.** *Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Ve Kadına Yönelik Şiddet*. 1. Baskı, Edirne: Paradigma Akademi,**2014**.
- 34- **European Commission.** EU Guidelines On Violence Against Women And Girls And Combating All Forms Of Discrimination Against Them. Erişim:(<http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cmsUpload/16173cor.en08.pdf>) 2008. Erişim tarihi: 18 Mayıs 2016.

- 35- **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)**. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması - 2014 özet raporu. Ankara, **2014**.
- 36- **Türkiye İstatistik Kurumu**. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet istatistikleri, 2008. Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?ust_id=109&vt_id=31) 2008. Erişim tarihi: 18.05.2020.
- 37- **Polat O.** Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* **2016**; 22(1):15-34.
- 38- **Kulaksızoğlu A.** *Ergenlik Psikolojisi*. 6. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2004**:196-197.
- 39- **Memiş E.** Ekonomik Şiddet Kapsamında Karşılıksız Emek. Kaya F, Özdemir N, Uygur G. *Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Hakları: Kadına Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddet*. 1. Baskı, Ankara: Savaş Yayınları, **2014**: 168-169.
- 40- **Öztürk Ö.** Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2011**.
- 41- **T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü**. Kadına Yönelik Şiddet ile Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara, **2016**.
- 42- **World Health Organization**. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization. Geneva, **2003**.
- 43- **World Health Organization**. Healthcare for women subjected to intimate partner violence or sexual violence - A clinical handbook. World Health Organization. Geneva, WHO/RHR/14.26.
- 44- **Demir Akçer Z.** Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Kadınlar; Diyarbakır Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, **2016**.
- 45- **Ak F.** Cinsel şiddet. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular*. **2015**;6(2):100-14.
- 46- **Berry KM, Rutledge CM.** Factors that influence women to disclose sexual assault history to health care providers. *Jognn-J Obst Gyn Neo* **2016**; 45(4):553-564.
- 47- **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)**. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara, **2015**.
- 48- **Cantürk G, Cantürk N.** Cinsel saldırı mağdurlarının muayene prosedürü. *Türkiye Klinikleri Acil Tıp Dergisi*. **2006**; 2(50):49-55.
- 49- **Fairchild K, Rudman LA.** Everyday stranger harassment and women’s objectification. *Soc Justice Res* **2008**; 21:338-357.
- 50- **Neupane G, Chesney-Lind M.** Violence against women on public transport in Nepal: Sexual harassment and the spatial expression of male privilege. *Int J Comp Appl Crim Justice* **2014**; 38:23-38.
- 51- **Anwar F, Österman K, Björkqvist K.** Three types of sexual harassment of females in public places in Pakistan. *Journal of Contemporary Medicine* **2019**; 9(1):65-73.
- 52- **Taner Y, Gökler B.** Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* **2004**; 35:82-6.
- 53- **Dağlı T, İnanıcı MA.** *Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal Ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım*. 1. Baskı, Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık, **2011**: 62-95.

- 54- **Tjaden P, Thoennes N.** Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs National Institute of Justice. Washington DC, **2000**.
- 55- **Jwekes R.** Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet* **2002**; 359(9315):1423-1429.
- 56- **Bor W, Stallman H, Collerson E, Boyle C, Swenson CC, McDermott B, Lee E.** Therapy implications of child abuse in multi-risk families. *Australasian Psychiatry* **2013**; 21(4):389-392.
- 57- **Hayes RM, Lorenz K, Bell KA.** Victim blaming others: Rape myth acceptance and the just world belief. *Fem Criminol* **2013**; 8(3):202-220.
- 58- **Miczek KA, De Bold 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, Volume 3: Social Influences*, Washington DC: The National Academies Press, **1994**.
- 59- **Dirlik M, Özkök MS, Katkıcı U, Erel Ö.** Aydın'da cinsel suç ve suçluların profili. *Adli Tıp Bülteni* **2002**; 7(3):97-103.
- 60- **Pınarbaşı RDT, Özkök MS, Katkıcı U, Erel Ö, Dirlik M.** Aydın'da erkeklerde cinsel istismar. *Adli Tıp Bülteni* **2003**; 8(2):41-7.
- 61- **Little K.** A national protocol for sexual assault medical forensic examinations - Adults/adolescents - Second edition. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. Washington DC, **2013**.
- 62- **Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E.** Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine* **2001**; 5:733-744.
- 63- **Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE.** Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine* **2000**; 9:451-457.
- 64- **Creamer M, Burgess P, McFarlane AC.** Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine* **2001**; 31:1237-1247.
- 65- The American College of Obstetricians and Gynecologists Technical Bulletin. Sexual Assault. *Gynecol Obstet* **1993**; 42: pp.67-72.
- 66- **Yazar ME.** 2010-2016 Yılları Arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Cinsel İstismar Ve Cinsel Saldırı Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli, **2018**.
- 67- **Erler S.** Kadın Eşe Karşı Yapılan Cinsel Saldırı Suçu. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2008**.
- 68- **Berlo WV, Ensink B.** Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research* **2000**; 11(1):235-258.
- 69- **Bahadır Yılmaz E, Öz F.** Şiddete maruz kalan kadınlara yönelik güçlendirme programı ve hemşirelik. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* **2019**; 16(4):338-342.
- 70- **Marx BP, Forsyth JP, Gallup GG, Fuse T, Lexington JM.** Tonic immobility as an evolved predator defense: Implications for sexual assault survivors. *Clin Psychol Sci Pract* **2008**; 15:74-90.

- 71- **Bados A, Toribio L, Garcia-Grau E.** Traumatic events and tonic immobility. *Span J Psychol* **2008**; 11:516-21.
- 72- **Möller A, Söndergaard HP, Helström L.** Tonic immobility during sexual assault - a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* **2017**; 96(8):932-938.
- 73- **Najafova L.** Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Araştırmaların SistematiK Derlemesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2020**.
- 74- **UNICEF Türkiye.** Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Erişim: (<http://www.unicef.org/turkey/pdf/cr23.pdf>). Erişim tarihi: 13.10.2019.
- 75- **Kamiloğlu M.** Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, **2018**.
- 76- **World Health Organization.** Global Status Report on Violence Prevention 2014. World Health Organization. Geneva, **2014**.
- 77- **Aydın İ.** Türkiye’de çocuk istismarı, çocuk istismarını önleyici sosyal politikalar. Çalışma ekonomisi ve endüstri ilişkileri ana bilim dalı sosyal yapı ve sosyal çalışma bilim dalı. Gazi Üniversitesi, Ankara, **2019**.
- 78- **World Health Organization.** Global plan of action to strengthen the role of the health system in addressing interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. World Health Organization. Geneva, **2015**.
- 79- **Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H.** Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* **2016**; 137(3):e20154079.
- 80- **UNICEF Türkiye.** Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması - Özet Raporu 2010. UNICEF. **2010**.
- 81- **T.C. Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme ulusal ilk rapor. Ankara, **1999**.
- 82- **Yıldırım KÇ.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında 2006-2011 Yılları Arasında Muayene Edilen, Kanunla İhtilafa Düşen Çocukların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2012**.
- 83- **Ünal Ş.** İnsan Haklarının Uluslararası İlkeleri Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. Ankara: TBMM Basımevi, **2001**:46.
- 84- **Kurt SL.** Çocuk haklarına ilişkin temel uluslararası belgeler ve Türkiye uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* **2016**; 36:99-127.
- 85- **Türkiye Büyük Millet Meclisi [TBMM] Çocuk Hakları İzleme Komitesi.** Türk çocuk hakları bildirisi. **2013**.
- 86- **Demirağ SA, Gemalmaz A, Erel Ö, Demirağ F.** Çocuk istismarı-1: Türkiye’de çocuk olmak: Yasalar ne kadar koruyor? *Aile Hekimliği Dergisi* **2009**; 3(5):48-53.
- 87- **Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R.** World report on violence and health. Chapter 3: Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Health Organization, Geneva, 2002.

- 88- **Kara B, Biçer Ü, Gökalg AS.** Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **2004**; 47:140-151.
- 89- **Pressel DM.** Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician* **2000**; 61:3057-3064.
- 90- **Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H.** Child abuse and neglect. *Scand J Surg.* **2011**;100(4):264-272.
- 91- **Turhan E, Sangün Ö, İnandı T.** Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* **2006**; 15(9):153-157.
- 92- **Beyaztaş F, Özen B, Bütün C.** Fiziksel çocuk istismarının incelenmesi (Derleme). *Medicine Science* **2014**; 3(2):1315-1331.
- 93- **Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics.** The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* **2015**; e1337-e1354.
- 94- **Rochebrochard EL, Joshi H.** Children born after unplanned pregnancies and cognitive development at 3 years: social differentials in the United Kingdom Millennium cohort. *Am J Epidemiol.* **2013**; 178(6):910-920.
- 95- **Soyer C.** Okul yöneticisi ve öğretmenlerinin görüşlerine göre çocukların fiziksel istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Türk Uluslararası Özel Eğitim ve Rehberlik ve Danışmanlık Dergisi* **2018**; 7(1):10-27.
- 96- **Annerbäck EM, Svedin CG, Dahlström Ö.** Child physical abuse: factors influencing the associations between self-reported exposure and self-reported health problems: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **2018**; 12:38.
- 97- **Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, Sibert JR, Maguire S.** Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse?. *Clinical Radiology* **2006**; 61(9):723-736.
- 98- **Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR.** Abdominal injury due to child abuse. *The Lancet* **2005**; 366(9481):234-235.
- 99- **Koval KJ, Zuckerman JD.** Çocukluk çağı dirsek kırıkları. Şaylı U (Çeviri editörü). *Kırık ve Çıkıklar El Kitabı*. 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2010**: 31-3.
- 100- **Argo A, Re GL, Spagnolo EV, Calandra A, Čaplinskienė M, Crapanzano A, Pinto A, Salerno S.** Violence and abuse: battered child. In: Re GL, Argo A, Midiri M, Cattaneo C, Eds. *Radiology in Forensic Medicine* **2019**: 107-131.
- 101- **Lynøe N, Elinder G, Hallberg B, Rosén M, Sundgren P, Eriksson A.** Insufficient evidence for 'shaken baby syndrome' - a systematic review. *Acta Pædiatrica* **2017**; 106(7):1021-1027.
- 102- **Nadarasa J, Deck C, Meyer F, Bourdet N, Raul JS, Willinger R.** Development of a finite-element eye model to investigate retinal hemorrhages in shaken baby syndrome. *Biomechanics and Modeling in Mechanobiology* **2018**; 17:517-530.
- 103- **Tercier A.** Child abuse. In: Maer JA, Ed. *Emergency Medicine*. 4th Ed., St. Louis: Mosby, **1998**: 1108-1118.
- 104- **Ayral F.** *Çocukların Cinsel İstismarı Suçu ve Bu Suçla Mücadele*. 1. Baskı, İstanbul: Yalın Yayıncılık, **2010**: 89-117.

- 105- **Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T.** The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* **2012**; 9(11):e1001349.
- 106- **Arslan R.** Çocukluk dönemi duygusal istismarı ile depresyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne ilişkin bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri* **2016**; 19:202-210.
- 107- **Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan SL, Seremetis S.** Childhood emotional abuse and neglect as predictor of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect* **2003**; 27:1247-1258.
- 108- **Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M.** Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety* **2007**; 24:256-263.
- 109- **Wright MO, Crawford E, Castillo D.** Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect* **2009**; 33:59-68.
- 110- **Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S.** Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2002**; 24:128-134.
- 111- **Helvacı Çelik FG, Hocaoglu Ç.** Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi* **2018**; 8(4):695-711.
- 112- **Gamsız Bilgin N, Hilal A, Çekin N.** İş kazaları, meslek hastalıkları ve maluliyet. Dokgöz H. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2019**: 785-806.
- 113- **International Labor Office.** Global Estimates of Child Labour: Results And Trends, 2012-2016. ILO, Cenevre, **2017**.
- 114- **Keskin G, Çam O.** Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium* **2005**; 43(3):118-125.
- 115- **Kök AN.** Çocuğun cinsel istismarında Adli Tıp uygulamaları. *Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* **2006**; 10(3):3-13.
- 116- **Banyard VL, Williams LM, Siegel JA.** Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment* **2004**; 9(3):223-238.
- 117- **Koverola C, Friedrich W.** Psychological effects of child sexual abuse. In: Heger A, Muram D, Jenny C, Koverola C, Levitt CJ, Eds. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. 2nd Ed., New York: Oxford University Press; **2000**: 21-40.
- 118- **Polat O.** *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2007**: 23-45.
- 119- **Bayraktar S.** *İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015.
- 120- **Günçe G.** Çocuğun cinsel istismarı. Konanç E, Gürkaynak İ, Egemen A. *Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongre Kitabçığı*. Ankara: Gözde Petro Ofset, **1991**: 125-34.
- 121- **Plant M, Plant M, Miller P.** Childhood and adult sexual abuse: relationships with 'addictive' or 'problem' behaviours and health. *J Addict Dis* **2005**; 24(1):25-38.
- 122- **Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N.** Yaşadığımız kültürde toplumsal cinsiyet bakış açısıyla çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics* **2016**; 2(2):36-46.

- 123- **Yates A.** Sexual abuse of children. In: Wiener JM, Ed. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. 2nd Ed, Washington: American Psychiatric Press, **1997**: 699-709.
- 124- **Avacı A, Tahiroğlu AY.** Cinsel istismar. In: Aysev A, Taner YI. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Baskı, İstanbul: Golden Print, **2007**: 721-36.
- 125- **Çeçen AR.** Çocuk cinsel istismarı: sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. *Uluslararası İnsan Bilim Dergisi* **2007**; 4:1-17.
- 126- **Dokgöz H, Kar H.** Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* **2017**; 3(3):169-74.
- 127- **Dokgöz H, Bilgin NG, Kar H.** Çocuk cinsel istismar olgusuna yaklaşımda çocuk psikiyatrisi değerlendirmesinin önemi. *Adli Psikiyatri Dergisi* **2008**; 5(1):37-41.
- 128- **Polat O.** Türkiye’de Çocuk İstismarı Raporu-2. ASUMA & İMDAT, İstanbul, **2018**.
- 129- **TOÇEV.** Türkiye’deki Risk Altındaki Çocuklar Raporu. İstanbul, **2019**: 37-54.
- 130- **Ceylan A, Tuncer O, Melek M, Akgün C, Gülmehmet F, Erden Ö.** Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismar. *Van Tıp Dergisi* **2009**; 16 (4):131-134.
- 131- **Aktepe E, Atay İM.** Çocuk evlilikleri ve psikososyal sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* **2017**; 9(4):410-420.
- 132- **Bilginer Ç, Kütük MÖ.** Çocuk Evlilikleri. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* **2017**; 3(3):188-194.
- 133- **Nour NM.** Health consequences of child marriage in Africa. *Emerg Infect Dis* **2006**; 12(11):1644-1649.
- 134- **Malatyalı MK.** Türkiye’de çocuk gelin sorunu. *Nesne Psikoloji Dergisi* **2014**; 3:27-38.
- 135- **Küçük S.** Çocuk Evlilikleri: toplumsal kabul görmüş çocuk istismarı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* **2016**; 4(1):51-58.
- 136- **Aydemir E.** Evlilik mi Evcilik mi? Erken ve Zorla Evlilikler, Çocuk Gelinler. Ankara: Usak Yayınları, **2011**: 23-46.
- 137- **Care.** “To protect her honour” - Child marriage in emergencies - the fatal confusion between protecting girls and sexual violence. Erişim: (http://insights.careinternational.org.uk/media/k2/attachments/CARE_Child-marriage-in-emergencies_2015.pdf) 2015. Erişim tarihi: 05.04.2020.
- 138- **Butcher R.** Turkey’s highest religious body suggests children as young as nine could marry under Islamic law. Independent, 04.01.2018, Erişim: (<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/turkey-children-marry-age-nine-islamic-law-diyabet-government-chp-mp-investigation-muslim-a8142131.html>) 2018. Erişim tarihi: 12.04.2020.
- 139- **Özgüven HD, Soykan Ç, Yazar H.** Bir yasak-sevi olgusuna yaklaşım ve karşılaşılan güçlükler. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2003**; 14(4):311-318.
- 140- **Çavlin Bozbeyoğlu A, Koyuncu E, Kardam F, Sungur A.** Ailenin karanlık yüzü: Türkiye’de enest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* **2010**; 13(1).
- 141- **Freund K, Kurban M.** The basis of the abused abuser theory of pedophilia; a further elaboration on an earlier study. *Archives of Sexual Behaviour* **2002**; 23(5):553-563.

- 142- **T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.** Çocuk bakım kuruluşlarında çalışan personele yönelik istismar ile mücadele rehber kitapçığı. Ankara, 2018. 10-14.
- 143- **Evrensel A, Özşahin A.** Bir olgu nedeniyle pedofilinin adli psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Derg* **2014**; 15(1):43-47.
- 144- **Tchini A, Reking L.** Beskrivning av specifika faktorer som kan leda till att en individ utvecklar pedofili: En litteraturoversikt. *Nursing Science* **2017**; 27. Sweden.
- 145- **Hall RC.** A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* **2007**; 82:457-471.
- 146- **Cohen LJ, Galyner II.** Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* **2002**; 8:276-289.
- 147- **Alay C, Polat O.** Pedofili nedir, ne değildir? Ülman YI, Artvinli F, Editörler. *Değişen Dünyada Biyoetik*. İstanbul: Türk Biyoetik Derneği Yayınları, **2012**: 208-216.
- 148- **Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, Krueger TH.** Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *Journal of Psychiatric Research* **2007**; 41(9):753-762.
- 149- **Wiebking C, Northoff G.** Neuroimaging in pedophilia. *Current Psychiatry Reports* **2013**; 15(4):351.
- 150- **Antikacıoğlu L, Tarhan N.** Pedophilia and other monosymptomatic psychopathologies. *The Journal Of Neurobehavioral Sciences* **2017**; 4(1):22-24
- 151- **Feoge WH.** Plagues: Perception of risk and social responses. In: Mack A, Ed. *In Time of Plague*. New York: NY University Press, **1991**.
- 152- **Baril K, Tourigny M.** Sexual violence against children. In: Clément ME, Dufour S, Eds. *Violence Against Children In The Family Environment*. 1st Ed., Montreal: CEC Publishing, **2009**: 145-160.
- 153- **World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine.** Preventing intimate partner and sexual violence against women - Taking action and generating evidence. World Health Organization. Geneva, 2010.
- 154- **Foster JM, Hagedorn WB.** Through the eyes of the wounded: a narrative analysis of children's sexual abuse experiences and recovery process. *Journal of Child Sexual Abuse* **2014**; 23(5):538-557.
- 155- **Independent Inquiry Child Sexual Abuse.** Interim report. Erişim: (<https://www.iicsa.org.uk/publications/inquiry/interim/nature-effects-child-sexual-abuse/effects-child-sexual-abuse>) Erişim tarihi: 10.03.2020.
- 156- **Polucci EO, Genuis ML, Violato C.** A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology* **2001**; 135(1):17-36.
- 157- **Putnam FW.** Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* **2003**; 42(3):269-278.
- 158- **Banyard VL, Williams LM, Siegel JA.** The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress* **2001**; 14:697-715.

- 159- **Mesman GR, Harper SL, Edge NA.** Problematic sexual behavior in children. *Journal of Pediatric Health Care* **2019**; 33(3):323-331.
- 160- **Wolfe VV.** Child sexual abuse. In: Mash EJ, Barkley RA, Eds., *Assessment of Childhood Disorders*. 4th Ed., New York: Guilford Press, **2007**: 685-748.
- 161- **Berthiaume C, Bériault M, Turgeon L.** *Post-Traumatic Stress Disorder In Children: Manifestations And Treatment*. Montreal: University of Montreal Press, **2006**: 139-150.
- 162- **Cummings C, O'Donohue WT.** Sexual abuse and PTSD in children. In: Maragakis A, O'Donohue WT, Eds. *Principle-Based Stepped Care and Brief Psychotherapy for Integrated Care Settings*. Cham: Springer, **2018**: 379-387.
- 163- **Cybulska B.** Immediate medical care after sexual assault. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology* **2013**; 27:141-149.
- 164- **Tennessee Domestic Violence State Coordinating Council, Tennessee Office of Criminal Justice Programs.** Tennessee Best Practice Guidelines For Sexual Assault Response Services Adult Victims. Tennessee, 2014.
- 165- **Cross TP, Schmitt T.** Forensic medical results and law enforcement actions following sexual assault: a comparison of child, adolescent and adult cases. *Child Abuse & Neglect* **2019**; 93:103-110.
- 166- **Eogan M, McHugh A, Holohan M.** The role of the sexual assault centre. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* **2013**; 27:47-58.
- 167- **Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP.** Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* **2016**; 29(2):81-87.
- 168- **Chang C, Kaczurkin AN, McLean CP, Foa EB.** Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* **2018**; 10(3):319-326.
- 169- **Hébert M, Langevin R, Daigneault I.** The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders* **2016**; 193:227-232.
- 170- **Office of the Attorney General, Division of Victim Services and Criminal Justice Programs.** Adult and child sexual assault protocols: Initial forensic physical examination. Florida, **2015**.
- 171- **T.C. Adalet Bakanlığı, Mağdur Hakları Daire Başkanlığı.** *Mağdura Yaklaşım Kılavuzu*. Ankara: Analitik, **2016**.
- 172- **Sözen Ş, Aksoy A.** Cinsel saldırılarda hekim sorumluluğu, tıbbi ve hukuki yaklaşım. *Klinik Gelişim* **2009**; 22:101-109.
- 173- **Irish Sexual Assault Response Services / National SATU Guidelines Development Group.** Recent rape/sexual assault: National guidelines on referral and forensic clinical examination in Ireland - 3rd edition. Ireland, **2014**.
- 174- **Basile KC, DeGue S, Jones K, Freire K, Dills J, Smith SG, Raiford JL.** 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**.
- 175- **South African Minister of Health.** South Africa national management guidelines for sexual assault. Cape Town, **2003**.

- 176- **Pekşen Koç B.** Vajinal Yoldan Cinsel İstismar/Saldırı İddiası Olan Olgularda Polarize Multispektral Videokolposkopinin Kullanılması. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın, **2018**.
- 177- **Kantarci MN.** *Cinsel Saldırılarına Yaklaşım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2016**.
- 178- **Thackeray JD, Hornor G, Benzinger EA, Scribano PV.** Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics* **2011**; 128(2):227-232.
- 179- **Christian CW.** Timing of the medical examination. *Journal of Child Sexual Abuse* **2011**; 20(5):505-520.
- 180- **Pekşen TF.** Cinsel istismar olgularına yaklaşım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* **2019**; 11(1):23-26.
- 181- **Çetin G.** Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi - Tıbbi malpraktis. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48. İstanbul, 2-3 Şubat **2006**: 21-42.
- 182- **Polat O.** Cinsel şiddet. Polat O, Editör. *Klinik Adli Tıp Uygulamaları*. 7. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2014**: 105-16.
- 183- **Celbiş O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB.** Cinsel suçlarda muayene. *Harran Tıp Fakültesi Dergisi* **2004**; 1(4):48-52.
- 184- **Dhai A.** Problems of capacity, consent and confidentiality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **2013**; 27(1):59-75.
- 185- **Aşkın Kara E, İşeri E.** Çocuk cinsel istismarında psikiyatrik yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* **2017**; 3(3):204-208.
- 186- **Olafson E, Lederman CS.** 2006. The state of the debate about children's disclosure patterns in child sexual abuse cases. *Juvenile and Family Court Journal* **2006**; 57(1):27-40.
- 187- **Lyon TD, Ahern EC.** Disclosure of child sexual abuse. In: Meyers J, Ed. *The APSAC Handbook On Child Maltreatment*. 3rd Edition, Los Angeles: Sage Publication, **2010**: 233-252.
- 188- **Malloy LC, Brubacher SP, Lamb ME.** Expected consequences of disclosure revealed in investigative interviews with suspected victims of child sexual abuse. *Applied Developmental Science* **2011**; 15(1):8-19.
- 189- **Ingemann-Hansen O, Charles AV.** Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **2013**; 27(1):91-102.
- 190- **Lovell R, Luminais M, Flannery DJ, Bell R, Kyker B.** Describing the process and quantifying the outcomes of the Cuyahoga County sexual assault kit initiative. *Journal of Criminal Justice* **2018**; 57:106-115.
- 191- **Mc Lay WDS.** Sexual Violence. In: Watson A, Ed. *The Pathology of Trauma*. London: Edward Arnold, **1993**: 138-149.
- 192- **Zilkens RR, Smith DA, Phillips MA, Mukhtar SA, Semmens J, Kelly M.** Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. *Forensic Science International* **2017**; 275:195-202.
- 193- **Salaçin S, Alper B, Uçkan H.** Seksüel saldırılarda mağdurun muayenesinde karşılaşılan sorunlar. *Adli Tıp Dergisi* **1991**; 7:133-139.
- 194- **Sugar NF, Fine DN, Eckert LO.** Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **2004**; 190(1):71-76.

- 195- **Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schulz Y, Debertin AS.** Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med* **2010**; 124:227-35.
- 196- **Laitinen FA, Grundmann O, Ernst EJ.** Factors that influence the variability in findings of anogenital injury in adolescent/adult sexual assault victims: a review of the forensic literature. *Am J Forensic Med Pathol* **2013**; 34(3):286-94.
- 197- **Ledray LE, Burgess AW, Giardino AP.** Medical response to adult sexual assault. In: Faugo D, Markowitz J, Eds. *Male Sexual Assault Victims*. 1st Ed, Saint Luis: STM Learning Inc, **2011**: 151-62.
- 198- **Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R.** Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Ame Jour Obste Gyneco* **1997**; 176(3):609-16.
- 199- **Sommers MS.** Defining patterns of genital injury from sexual assault: A Review. *Trauma Violence Abuse*. **2007**; 8(3):270–280.
- 200- **Adams JA, Girardin B, Faugno D.** Adolescent sexual assault: Documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* **2001**; 14(4):175-180.
- 201- **Gök Ş.** *Adli Tıp*. 5. Baskı, İstanbul: Filiz Yayınevi, **1980**: 368-397.
- 202- **Soysal Z, Eke M.** Cinsel suçlar. Soysal Z, Çakalır C, Editörler. *Adli Tıp Cilt III*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, **1999**: 1167-244.
- 203- **Hobday AJ, Haury L, Dayton PK.** Function of the human hymen. *Medical Hypotheses*, **1997**; 49:171-173.
- 204- **Demirci Ş, Doğan KH, Deniz İ, Doğan NÜ, Günaydın İG.** Sağlam himen morfolojilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* **2008**; 5(3):93-100.
- 205- **Kar H.** Sexual assault in childhood and adolescence. In: Vieira DN, Ed. *Forensic Medicine - From Old Problems To New Challenges*. London: InTechOpen, **2011**.
- 206- **Sommers MS, Schafer JC, Zink T, Hutson L, Hillard P.** Injury patterns in women resulting from sexual assault. *Trauma Violence Abuse* **2001**; 2(3):240-258.
- 207- **Yıldız M.** Cinsel Saldırı Olgularında Makroskopik Ve Kolposkopik Muayene Bulgularının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mersin, **2013**.
- 208- **Korkmaz B.** Anal Yoldan Cinsel İstismar/Saldırı İddiası Olan Olgularda Bulguların Zamana Karşı Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın, **2015**.
- 209- **Park J, Lindberg A, Vizet J, Rehbinden J, Gennet C, Vanel J, Nazac A, Debras E, Capmas P, Fernandez H, Pierangelo A.** Cervical cancer diagnostics with a multispectral Mueller polarimetric colposcope," in Clinical and Preclinical Optical Diagnostics II, Vol. EB101 of SPIE Proceedings (Optical Society of America, 2019), paper 11073_9.
- 210- **Adams JA, Phillips P, Ahmad M.** The usefulness of colposcopic photographs in the evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* **1990**; 3:75-82.
- 211- **Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND.** Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* **2018**; 31(3):225-231.
- 212- **Teixeira WR.** Hymenal colposcopic examination in sexual offenses. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* **1981**; 2(3):209-215.

- 213- **Muram D, Elias S.** Child sexual abuse - Genital tract findings in prepubertal girls. II. Comparison of colposcopic and unaided examinations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **1989**; 160(2):333-335.
- 214- **Woodling BA, Heger A.** The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group. *Child Abuse & Neglect* **1986**; 10(1):111-114.
- 215- **Leeson SC, Alibegashvili T, Arbyn M, Bergeron C, Carriero C, Mergui JL, Nieminen P, Prendiville W, Redman CWE, Rieck GC, Quaas J, Petry KU.** The future role for colposcopy in Europe. *Journal of Lower Genital Tract Disease* **2014**; 18:70-78.
- 216- **Sridharan G, Shankar AA.** Toluidine blue: A review of its chemistry and clinical utility. *J Oral Maxillofac Pathol* **2012**; 16(2):251-255.
- 217- **Richart RM.** A clinical staining test for the in vivo delineation of dysplasia and carcinoma in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **1963**; 86(6):703-712.
- 218- **Lauber AA, Souma ML.** Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* **1982**; 60:622-648.
- 219- **McCauley J, Gorman RL, Guzinski G.** Toluidine blue in the detection of perineal lacerations in pediatric and adolescent sexual abuse victims. *Pediatrics* **1986**; 78:1039-1043.
- 220- **Bays J, Lewman LV.** Toluidine blue in the detection at autopsy of perieal and anal lacerations in victims of sexual abuse. *Arch Pathol Lab Med* **1992**; 116:285-286.
- 221- **Jones JS, Dunnuck C, Rossman L, Wynn BN, Nelson-Horan C.** Significance of toluidine blue positive findings after speculum examination for sexual assault. *American Journal of Emergency Medicine* **2004**; 22(3):201-203.
- 222- **Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS.** Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *The Journal of Emergency Medicine* **2010**; 39(1):113-118.
- 223- **Stark M.** Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects. The Faculty of Forensic & Legal Medicine, London. 2015.
- 224- **Burg A, Kahn R, Welch K.** DNA testing of sexual assault evidence: The laboratory perspective. *Journal of Forensic Nursing* **2011**; 7(3):145-152.
- 225- **Knight B.** *Forensic Pathology*. London: Edward Arnold, **1991**: 356-359.
- 226- **Kaufhold M.** Evidence collection in acute sexual abuse. Erişim: (<http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/10/Evidence-collection-in-Acute-Sexual-Abuse.pdf>) 2017. Erişim tarihi: 24.04.2020.
- 227- **De Jong AR.** Tests used to analyze forensic evidence in cases of child sexual abuse and assault. In: Jenny C, Pierce MC, Eds. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. 2nd Ed., St. Louis: Elsevier Saunders, **2011**: 112-117.
- 228- **Mutlu E, Aşıcıoğlu F.** Uyuşturucu madde etkisi altındaki mağdurların uğradığı cinsel saldırılar: Olgu serisi. *Osmangazi Tıp Dergisi* **2019**; 41(1): 95-101.
- 229- **Busardò FP, Vari MR, Di Trana A, Malaca S, Carlier J, Luca NM.** Drug-facilitated sexual assaults (DFSA): a serious underestimated issue. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* **2019**; 23:10577-10587.
- 230- **Kantarıcı MN, Öztürk B, Halıcı Z, Kandemir E.** İlaçla kolaylaştırılmış cinsel saldırı ve tırkiye’de yaşanan sorunlar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* **2012**; 3(4):482-487.

- 231- **Grela A, Gautam L, Cole MD.** A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases. *Forensic Science International* **2018**; 292:50-60.
- 232- **Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL.** A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: a systematic review. *J Forensic Leg Med* **2017**; 47:46-54.
- 233- **Nemeth Z, Kun B, Demetrovics Z.** The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol* **2010**; 24:1281-1287.
- 234- **Eliaçık K, Yılmaz Çiftdoğan D.** Management of sexually transmitted diseases in adolescents after sexual abuse. *J Pediatr Inf* **2015**; 9:76-80.
- 235- **Reynolds MW, Peipert JF, Collins B.** Epidemiologic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. *Obstet Gynecol Surv* **2000**; 55:51-57.
- 236- **Kutlu SS, Serinken M.** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) için acil profilaksi uygulamaları. *JAEM* **2010**; 9(4):143-147.
- 237- **Committee on Infectious Disease American Academy of Pediatrics.** Sexually transmitted infections in adolescents and children. In: Pickering LK, Ed. *Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 29th Ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, **2012**: 176-185.
- 238- **Centers for Disease Control and Prevention.** Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* **2010**; 59(RR-12):1-110.
- 239- **Kelly P.** Does sexually transmitted infection always mean sexual abuse in young children? *Arch Dis Child* **2014**; 99:705-6.
- 240- **Centers for Disease Control and Prevention.** Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* **2006**; 55(RR-11):1-100.
- 241- **Saraçoğlu ÖF, Durmazlar N, Atalay C.** Pediatrik jinekolojide kötü muamele sonrası gebelikten korunma ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* **2010**; 3(2):125-128.
- 242- **Özyurt G, Gencer Kızak Ö, Okyay E, Acet F.** Cinsel istismara uğrayan bir ergende gebelik sonlandırma süreci: bir olgu sunumu. *Anatolian Journal of Psychiatry* **2015**; 16:368-371.
- 243- **Aydın B, Turla A, DüNDAR C.** Cinsel istismar ve çocukluk çağı gebelikler: 111 olguda analitik değerlendirme. *Adli Tıp Bülteni* **2015**; 20(3):127-131.
- 244- **Uyumaz A, Avcı Y.** Türk Hukuku'nda gebeliğin sonlandırılması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* **2016**; 7(1):579-638.
- 245- **Gülmen MK, Daglioglu N, Serin A, Battal D.** Clinical legal medicine and toxicology in sexual assaults. In: Ferrara SD, Ed. *P5 Medicine and Justice*. 1st Ed., Italy: Springer **2018**: 216-233.
- 246- **Doğan R.** Kadının üreme hakkı, kürtaj, çocuk düşürme ve düşürtme suçları. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* **2016**; 127:73-120.
- 247- **Horozgil D.** Çocukların cinsel istismarı suçunun basit şekli (TCK m. 103/1). *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* **2011**; 93:108-146.
- 248- **Doğan B.** Çocukların cinsel istismarı. Erişim: (<https://barandogan.av.tr/blog/ceza-hukuku/cocugun-cinsel-istismari-sucu-cezasi-nedir-tck.html>) 2016. Erişim tarihi: 03.05.2020.
- 249- **Doğan R.** Anlamli yanıt üretilemeyen ikilem: Reşit olmayanla cinsel ilişki suçu. *Ankara Barosu Dergisi* **2017**; 1:123-149.

- 250- **Memiş Kartal P.** Reşit olmayanla cinsel ilişki (TCK.m.104). *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* **2016**; 65(4):2083-2100.
- 251- **Baş E.** Türk ceza hukukunda cinsel taciz suçu. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* **2016**; 65(4):1135-1215.
- 252- **Doğanay PA, Hilal A.** Çocukların cinsel istismarı ile ilgili Türk Ceza Kanunu'ndaki düzenlemelerin Almanya, İtalya ve İsveç ceza yasaları ile karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med* **2019**; 16(2):145-54.
- 253- **Güneş Aslan G.** Türkiye'de adli değerlendirmeden geçen çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları hakkında bir değerlendirme. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* **2020**; 19(73):48-68.
- 254- **Demirci EÖ, Özmen S, Öztop DB, Özdemir Ç, Uytun MÇ.** Çocuk ve ergen cinsel istismar olgularında istismar ile ilişkili sosyodemografik özelliklerin, ailesel değişkenlerin ve ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, **2014**; 19(3):146-153.
- 255- **Yüce M, Karabekiroğlu K, Yıldırım Z, Şahin S, Sapmaz D, Babadağı Z, Turla A, Aydın B.** The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Arch Neuropsychiatr* **2015**; 52:393-399.
- 256- **Melkonian AJ, Ham LS, Bridges AJ, Fugitt JL.** Facial emotion identification and sexual assault risk detection among college student sexual assault victims and nonvictims. *Journal of American College Health* **2017**; 65(7):466-473.
- 257- **Inciarte A, Leal L, Masfarre L, Gonzalez E, Diaz-Brito V, Lucero C, Garcia-Pindado J, León A, García F** Post-exposure prophylaxis for HIV infection in sexualassault victims. *HIV Medicine* **2020**; 21:43-52.
- 258- **Akkaya H, Karbeyaz K, Toygar M.** Eskişehir'de erkek çocuk ve adölesanlara yönelik cinsel saldırı olguları. *Adli Tıp Dergisi* **2013**; 27(3):149-157.
- 259- **Mathews B, Bromfield L, Walsh K, Cheng Q, Norman RE.** Reports of child sexual abuse of boys and girls: Longitudinal trends over a 20-year period in Victoria, Australia. *Child Abuse & Neglect* **2017**; 66:9-22.
- 260- **Aydin B, Akbas S, Turla A, Dundar C, Yuce M, Karabekiroglu K.** Child sexual abuse in Turkey: an analysis of 1002 cases. *J Forensic Sci* **2015**; 60(1):61-65.
- 261- **Aydın B, Çolak B.** Samsun'da Ağır Ceza Mahkemesi'ne yansıyan cinsel suçlar. *Adli Tıp Bülteni* **2004**; 9(1):11-8.
- 262- **Çengel KE, Çuhadaroglu ÇF, Gökler B.** Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk Jour Pediatrics* **2007**; 49:256-62.
- 263- **Karbeyaz K.** Cinsel Suç Mağdurlarında Beden Veya Ruh Sağlığında Bozulma Kavramı, Bu Hususta Düzenlenen Adli Raporların Yargı Kararı Üzerindeki Etkinliği. Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi, **2009**.
- 264- **Özel Ş, Kansu Çelik H, Çatak Y, Özyer Ş, Türkeri İ, Engin Üstün Y.** Bir kadın sağlığı merkezinde yapılan yeni düzenlemeler sonrasında değerlendirilen cinsel istismar vakalarının analizi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* **2017**; 14(4):160-162.
- 265- **Nwafor CC, Akhiwu WO.** Medicolegal analysis of sexual assault victims in Benin, Nigeria. *New Nigerian Journal of Clinical Research* **2019**; 8(13):10-17.
- 266- **Du Mont J, Kosa D, Macdonald S, Benoit A, Forte T.** A comparison of Indigenous and non-Indigenous survivors of sexual assault and their receipt of and satisfaction with specialized health care services. *Plos One* **2017**; 12(11): e0188253.

- 267- **Möller AS, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L.** Patterns of injury and reported violence depending on relationship to assailant in female Swedish sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence* **2012**; 27(16):3131–3148.
- 268- **Urazel B, Fidan ST, Gündüz T, Şenlikli M, Özçivit Asfuroğlu B.** Çocuk ve ergen cinsel istismarlarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Journal of Medicine* **2017**; 39(2):18-25.
- 269- **Yılmaz E, Çelikel A, Değirmenci B, Zeren C, Gören S.** Diyarbakır'da cinsel suç mağduru olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* **2011**; 16(3):93-103.
- 270- **Ata AY.** Yeni ekonomik düzenin kavramsal çerçevesi ve ekonomilere sunduğu fırsatlar: adana ekonomisi üzerine bir inceleme. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* **2009**; 18(1):27-48.
- 271- **Pillinger J.** Çalışma Yaşamında Kadınlara Yönelik Şiddet ve Tacizle Mücadele El Kitabı. Erişim: (https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_732672/lang--tr/index.htm) 2019. Erişim tarihi: 12.05.2020.
- 272- **Johnson PA, Widnall SE, Benya FF.** *Sexual Harassment of Women. Climate, Culture and Consequences in Academic Sciences, Engineering and Medicine.* Washington, DC: The National Academies Press, **2018**.
- 273- **Kayı Z, Yavuz F, Arıcan N.** Kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saklın mağdur araştırması. *Adli Tıp Bülteni* **2000**; 5(3):157-163.
- 274- **Akinlusi FM, Rabiou KA, Olawepo TA.** Sexual assault in Lagos, Nigeria: a five year retrospective review. *BMC Women's Health* **2014**; 14:115.
- 275- **Polat F.** Türkiye’de Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu İlköğretim Öğrencilerinin Karşılaştıkları Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, **2012**.
- 276- **Tokyay M.** Suriyeli kız çocukları Türkiye’de cinsel istismarın en büyük mağduru. Euronews, 26.10.2019. Erişim: (<https://tr.euronews.com/2019/10/26/suriyeli-kiz-cocuklari-turkiyede-cinsel-istismarin-en-buyuk-magduru-oldu-artis-yuzde-736>). Erişim tarihi: 09.05.2020.
- 277- **Şimşek Ş, Fettahoğlu EÇ, Özatalay E.** Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu. *Dicle Tıp Dergisi* **2011**; 38(3):318-324.
- 278- **Topal Y, Balcı Y, Erbaş M.** Muğla’da 18 yaş ve altı cinsel istismar olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Ortadoğu Medical Journal* **2018**; 10(2):135-141.
- 279- **Mülteciler Derneği.** Türkiye’deki Suriyeli Sayısı. Erişim: (<https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/>) Mayıs 2020. Erişim Tarihi: 26.05.2020.
- 280- **UNICEF.** Uprooted: the growing crisis for refugee and migrant children. Erişim: (https://www.unicef.org/publications/index_92710.html) 2016. Erişim tarihi: 03.05.2020.
- 281- **Touquet H, Gorris E.** Out of the shadows? The inclusion of men and boys in conceptualisations of wartime sexual violence. *Reproductive Health Matters* **2016**; 24(47):36-46.
- 282- **Josenhans V, Kavenagh M, Smith S, Wekerle C.** Gender, rights and responsibilities: The need for a global analysis of the sexual exploitation of boys. *Child Abuse & Neglect*. 2020 ;101:104291.
- 283- **Moynihan M, Mitchell K, Pitcher C, Havaei F, Ferguson M, Saewyc E.** A systematic review of the state of the literature on sexually exploited boys internationally. *Child Abuse & Neglect* **2018**; 76:440–451.

- 284- **Freccero J, Biswas D, Whiting A, Alrabe K, Seelinger KT.** Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: Approaches to prevention. *PLoS Med* **2017**; 14(11):e1002438.
- 285- **Chynoweth SK, Freccero J, Touquet H.** Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reproductive Health Matters* **2017**; 25(51):90-94.
- 286- **Médecins Sans Frontières.** Forced to flee Central America's Northern triangle: a neglected humanitarian crisis. Erişim: (http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MSF_Forced-to-flee-Central-America-s-Northern-Triangle.pdf) Erişim tarihi: 31.05.2020.
- 287- **Eurostat.** 63 300 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2016. Erişim: (<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8016696/3-11052017-AP-EN.pdf/30ca2206-0db9-4076-a681-e069a4bc5290>) 2017. Erişim tarihi: 11.05.2020.
- 288- **Digidiki V, Bhabha J.** Emergency within an emergency: the growing epidemic of sexual abuse and exploitation of migrant children in Greece. FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University. Boston (MA), 2017.
- 289- **Koçtürk N.** Tekrarlanan cinsel istismara maruz kalan ergenlerin bireysel ve ailesel risk faktörleri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **2016**.
- 290- **Blom H, Högberg U, Olofsson N, Danielsson I.** Strong association between earlier abuse and revictimization in youth. *BMC Public Health* **2014**; 14(1):715-725.
- 291- **Ben-Natan M, Sharon I, Barbashov P, Minasyan Y, Hanukayev I, Kajdan D, Klein-Kremer A.** Risk factors for child abuse: quantitative correlational design. *Journal of Pediatric Nursing* **2014**; 29(3):220-227.
- 292- **Butler AC.** Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse & Neglect* **2013**; 37(9):643-652.
- 293- **Yılmaz A.** Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Çocukların Genel Ruh Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, **2005**.
- 294- **Domaç E.** Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Gönderilen Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest) Olgularının Mağdur ve Saldırgan Açısından Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak, **2019**.
- 295- **Kırcı GS.** 2015 Ocak - 2016 Haziran Tarihleri Arasında Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezine Başvuran Çocuğun Cinsel İstismarı Olgularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, KATÜ, Trabzon, **2017**.
- 296- **Saygılı S, Gönenli S.** Aynı ailede görülen çoklu ensest. *Düşünen Adam* **2008**; 21(14):32-37.
- 297- **Kırcı MF.** Cinsel İstismarın Çok Boyutlu Etkilerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, **2016**.
- 298- **Hu MH, Huang GS, Huang JL, Wu CT, Chao AS, Lo FS, Wu HP.** Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine* **2018**; 97(14): e0236.
- 299- **Yulaf Y, Özer Gümüştas F.** Çocuk ve ergenlerde cinsel istismarın psikiyatrik sonuçlarını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri* **2013**;16:197-205.
- 300- **Walsh K, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS.** National prevalence of PTSD among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *Arch Gen Psychiatry* **2012**; 69(9):935-942.

- 301- **Cutajar MC, Mullen, PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J.** Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* **2010**; 34(11):813-822.
- 302- **Yancey CT, Naufel KZ, Hansen DJ.** The relationship of personal, family, and abuse-specific factors to children's clinical presentation following childhood sexual abuse. *J Fam Viol* **2013**; 28:31-42.
- 303- **Küçüker H.** Analysis of 268 child and adolescent victims of sexual assault and the legal outcome. *The Turkish Journal of Pediatrics* **2008**; 50:313-316.
- 304- **Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R.** Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *African Health Sciences* **2005**; 5(1):50-54.
- 305- **Cox S, Andrade G, Lungelow D, Schloetelburg W, Rode H.** The child rape epidemic: Assessing the incidence at Red Cross Hospital, Cape Town, and establishing the need for a new national protocol. *South Africa Med J* **2007**; 97(10):950-955.
- 306- **El-Din S, Elkholy S, Mitwalli I.** Pattern of female sexual assault in Qalyubia Governorate, Egypt, during the period from 2009 to 2013 a retrospective study. *The Am J Forensic Med Pathol* **2015**; 276-284.
- 307- **EU Kids Online II Türkiye.** Avrupa çevrimiçi çocuklar araştırma projesi Türkiye sonuçları. Erişim: (<http://eukidsonline.metu.edu.tr/>) 2010. Erişim tarihi: 10.05.2020.
- 308- **TÜİK.** Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028) 2018. Erişim tarihi: 15.05.2020.
- 309- **Powell A, Scott AJ, Flynn A, Henry N.** Image-based sexual abuse: an international study of victims and perpetrators - a summary report. In: DeKeseredy W, Dragiewicz M, Eds. *Routledge Handbook of Critical Criminology*. 2nd Ed., London: Routledge, **2018**: 305-315.
- 310- **Henry N, Flynn A, Powell A.** Image-based sexual abuse: Victims and perpetrators. *Trends & issues in crime and criminal justice*. No. 572. Australian Institute of Criminology. Canberra, 2019.
- 311- **Çekin N, Hilal A, Bilgin N, Alper B, Gülmen MK, Savran B, Sanca D.** Adana'da ağır ceza mahkemesine yansıyan cinsel suçların incelenmesi, *Adli Tıp Bülteni* **1998**; 3(3):81-85.
- 312- **Gölge B, Yavuz MF, Yüksel Ş.** Cinsel saldırgan profili. *Adli Tıp Dergisi* **2006**; 20(1):1-17.
- 313- **Çaylı E.** 2006 – 2010 Yılları Arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Vakalarda ve Ülke Geneline Cinsel Saldırı Ve İstismar Olgularının Ruh Sağlığı Açısından Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, **2011**.
- 314- **Kim SK, Lee MY, Choi SJ.** Analysis of sexual assault victims. *Korean J Obstet Gynecol* **2011**; 54:37-42.
- 315- **Haugen K, Slungård A, Schei B.** Sexual assault against women-injury pattern and victim-perpetrator relationship. *Tidsskr Nor Laegeforen* **2005**; 125(24):3424-3427.
- 316- **Merrick MT, Basile KC, Zhang X, Smith SG, Kresnow MJ.** Characterizing sexual violence victimization in youth: 2012 national intimate partner and sexual violence survey. *Am J Prev Med* **2018**; 54(4):596–599.
- 317- **Dartnall E, Jewkes R.** Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **2013**; 27(1):3-13.

- 318- **Kılıç A.** Cinsel hakimiyet ve Yeni Türk Ceza Kanunu'nda cinsel saldırı suçu (TCK m. 102). *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* **2008**; 78:167-204.
- 319- **Yokuş Sevik H.** 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda cinsel saldırı ve cinsel taciz suçları. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* **2005**; 57:243-282.
- 320- **Hwang KR, Han KH, Shin MS, Kim HJ, Shin JJ, Song KJ, Jeon HW.** A study of sexual assault: Based on data from Boramae One-stop Service Center. *Journal of Women's Medicine* **2010**; 3(3):96-101.
- 321- **Foumane P, Dohbit JS, Monebenimp F, Natolga B, Meka ENU, Mboudou ET.** Clinical study of rape against females at the Yaoundé Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital, Cameroun. *Advances in Sexual Medicine* **2014**; 4(2):11-16.
- 322- **Tamuli RP, Paul B, Mahanta P.** A statistical analysis of alleged victims of sexual assault - a retrospective study. *J Punjab Acad Forensic Med Toxicol* **2013**; 13(1):7
- 323- **Nasıroğlu S.** İstismar Olgularının Yatarak Tedavisinde Klinik İzlem Bulguları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2011**.
- 324- **Çelik G, Tahiroğlu A, Yoruldu B, Varmış D, Çekin N, Avcı A, Evliyaoglu N, Nasıroğlu S.** Recantation of sexual abuse disclosure among child victims: Accommodation syndrome. *Journal of Child Sexual Abuse* **2018**; 27(6):612-621.
- 325- **Karanfil R, Akçan R, Orhan FÖ.** Çocuğun cinsel istismarı ile ilgili asılsız iddialar ve paranoid bozukluk: İki olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2011**; 22(1):53-57.
- 326- **Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N.** Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: Epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med* **2003**; 10(8):872-877.
- 327- **Gudjonsson GH, Sigurdsson JF.** Differences and similarities between violent offenders and sex offenders. *Child Abuse & Neglect* **2000**; 24(3):363-372.
- 328- **Stein MB, Walker JR, Forde DR.** Gender differences in susceptibility to Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy* **2000**; 38(6): 619-628.
- 329- **Blake MT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, Viana JM, Pedroso D, de-Abreu LC.** Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Women's Health* **2014**; 14:15.
- 330- **Lauritsen JL, White N.** Seasonal Patterns in Criminal Victimization Trends. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics. 2014.
- 331- **Rosenthal NE.** *Winter Blues: Everything You Need to Know to Beat Seasonal Affective Disorder*. New York: Guilford Press, **2012**; 112-113.
- 332- **Cross TP, Alderden M, Wagner A, Sampson L, Peters B, Lounsbury K.** Biological evidence in adult and adolescent sexual assault cases: timing and relationship to arrest. *Journal of Interpersonal Violence* **2017**; 35(7-8):1828-1839.
- 333- **Larsen ML, Hilden M, Lidgaard Ø.** Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG* **2015**; 122:577-584.
- 334- **Myhrea AK, Adams JA, Kaufholda M, Davisa JL.** Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* **2013**; 37:465-474.

- 335- **Zengin BY.** 9-17 Yaş Grubunda Cinsel İstismar Olgularının Adli Süreçte Yaşadıkları Örselenmenin Değerlendirilmesi ve Çözüm Önerileri. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2014**.
- 336- **Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Vieira DN.** Biological evidence management for dna analysis in cases of sexual assault. *The Scientific World Journal Volume* **2015**; 365674.
- 337- **Newton M.** The forensic aspects of sexual violence. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* **2013**; 27(1):77-90.
- 338- **Gingras F, Paquet C, Bazinet M, Granger D, Marcoux-Legault K, Fiorillo M, Séguin D, Baltzer F, Chamberland C, Jolicoeur C.** Biological and DNA evidence in 1000 sexual assault cases. *Forensic Science International: Genetics Supplement Series 2* **2009**; 138-140.
- 339- **Özdemir MH.** Seminal Sıvı Ve Artıklarında P30 Antijeni ve Spermatozoa Saptanmasına Yönelik Yöntem Çalışmaları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **1996**.
- 340- **Lavelle J.** Forensic evidence collection. In: Giardino AP, Alexander R, Eds. *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*. 3rd Ed., St. Louis: Medical Publishing, **2005**; 856-860.
- 341- **Arıcı M.** Cinsel Saldırı Delili Olarak Giysilerde Sperm Tespitini Etkileyen Faktörler ve Postkoital İnterval. Tıpta Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin, **2013**.
- 342- **Grossin C, Sibille I, Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M.** Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int* **2003**; 131(2–3):125-130.
- 343- **Scott-Ham M, Burton FC.** Toxicological findings in cases of alleged drug facilitated sexual assault in the United Kingdom. *J Clin Forensic Med* **2005**; 12:175-86.
- 344- **Bozkurt R.** Madde Bağımlılığının Demografik Özelliklerle Olan İlişkisi: Adana/Seyhan Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon, **2019**.
- 345- **Antepüzümü Altıok D.** Adana İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Alkol ve Uyuşturucu Yatkınlığının Araştırılması ve 2000 Yılı Çalışma Sonuçları ile Kıyaslanması. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2013**.

EK-1: CİNSEL İSTİSMAR MUAYENE FORMU

**Adam's Kriterleri ve uluslararası cinsel saldırı yönetmelikleri göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır.*

CİNSEL İSTİSMAR MUAYENE FORMU

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Muayene tarihi: _____

Muayene eden Dr Ad Soyad: _____

MAĞDURUN KİMLİK BİLGİLERİ

Ad Soyad: _____

T.C.no: _____

Doğum Tarihi: _____

Cinsiyet E ☐ K ☐

.....

HASTA / AİLE MUAYENE BİLGİLENDİRME:

- Cinsel istismar kanıtı için adli tıbbi muayeneyi kabul ediyorum. Kanıt niteliği taşıyabilecek delillerin fotoğraflanarak kayıt edileceğini ve bu fotoğrafların genito-anal alanı (özel bölümler) içerebileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- Hasta kimliği olmayan verilerin, gerekli görüldüğü takdirde sağlık ve adli amaçlı bu rapordan toplanabileceğini, ilgili sağlık otoritelerince epidemiyolojik çalışmalar için kullanılabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

İmza.....

☐ Hasta

☐ Aile Bireyi

ANAMNEZ

1. En son olay ne zaman gerçekleşti?	Tarih	***ilk 120 saatte ise; - Toluidine blue boyama hazırlığı yap. - Toksikoloji için idrar örneği al.	
☐ < 72 saat			
☐ > 72 saat-120 saat			
> 120 saat			
2. İddia edilen failler	Yaş	Cinsiyet	Hastayla ilişkisi
#1.			
#2.			
#3.			
#4.			
#5.			

TIBBİ ÖZGEÇMİŞ

	Evet	Hayır	Emin değil
Fiziksel bulguların yorumlanmasını etkileyebilecek herhangi bir yeni (60 günlük) anal-genital yaralanma, ameliyat, tıbbi tedavi var mı?	☐	☐	☐
Öncesinde herhangi bir fiziksel yaralanma var mı?	☐	☐	☐
Herhangi bir fiziksel istismar ve/veya ihmal geçmişi var mı?	☐	☐	☐
Daha önce herhangi bir cinsel istismar geçmişi var mı?	☐	☐	☐
Cinsel ilişki geçmişi var mı? Evet ise, anal (7 gün içinde)? Ne zaman _____ Vajinal (7 gün içinde)? Ne zaman _____ Evet ise, ejakülasyon oldu mu? Nereye _____ Evet ise, kondom kullanıldı mı? _____	☐	☐	☐
Menstrual period? Evet ise, menarş yaşı: _____ Son adet tarihi: _____			

OLAY:.....

	Evet	Hayır	Emin değil	Notlar:
<u>Vajinal temas</u>				
Sürtünme	☐	☐	☐	
Penis	☐	☐	☐	
Parmak	☐	☐	☐	
Yabancı cisim	☐	☐	☐	
Ağrı?	☐	☐	☐	
Kanama?	☐	☐	☐	
<u>Anal temas</u>				
Sürtünme	☐	☐	☐	
Penis	☐	☐	☐	
Parmak	☐	☐	☐	
Yabancı cisim	☐	☐	☐	
Ağrı?	☐	☐	☐	
Kanama?	☐	☐	☐	
<u>Oral temas</u>	☐	☐	☐	
<u>Non-genital temas</u>				
Dokunma	☐	☐	☐	
Yalama	☐	☐	☐	
Öpme	☐	☐	☐	
Isırma	☐	☐	☐	
Emme	☐	☐	☐	
Ejakülasyon?	☐	☐	☐	<u>Evet ise nereye?:</u>
Kontraseptif/kondom kullanımı	☐	☐	☐	
Kayganlaştırıcı/jel kullanımı	☐	☐	☐	
Zor kullanım/tehdit?	☐	☐	☐	
Fotoğraf/video kaydı?	☐	☐	☐	
Uyuşturucu kullanım	☐	☐	☐	
Alkol kullanım	☐	☐	☐	
Saldırıdan sonra mağdur				<u>*Olay esnasındaki kıyafetler yıkandı mı?</u> -Yıkanmadıysa teslim alındı mı?
Duş aldı	☐	☐	☐	
Diş fırçaladı	☐	☐	☐	
İç çamaşırını değiştirdi	☐	☐	☐	
İdrar/gaita yaptı	☐	☐	☐	

NOT:.....

FİZİK MUAYENE

1. Kan Basıncı

Nabız

SS

Ateş

Boy

Kilo

2. Muayene tarih/saati

3. Female Tanner Evresi – Meme

1

2

3

4

5

4. Muayene sırasında genel davranış ve ifadeleri açıklayınız.

5. Fizik Muayene Bulgusu

Var

Yok

Diagram A

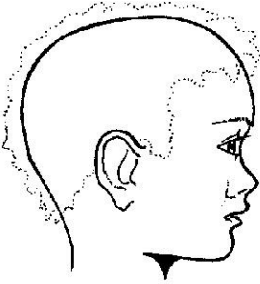


Diagram B

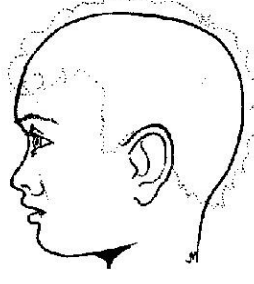


Diagram C

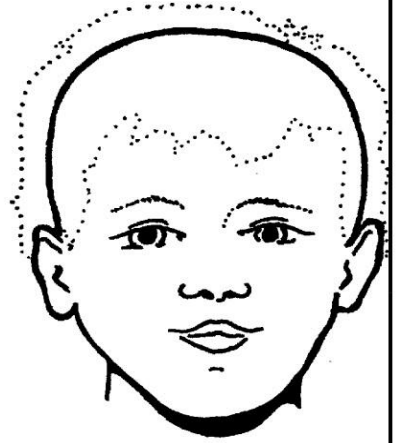


Diagram D

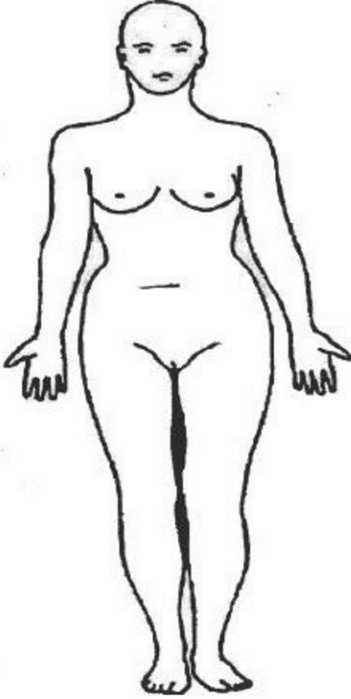


Diagram E

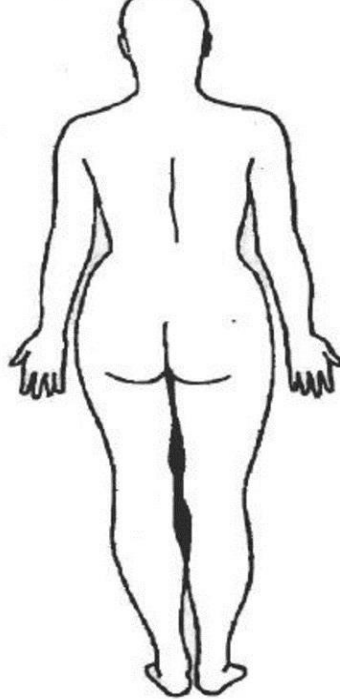
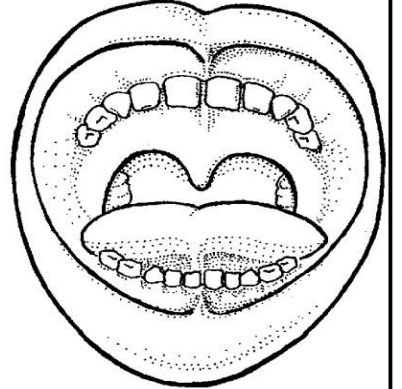


Diagram F



BULGULAR

Yer #	Tip	Tanım	Yer #	Tip	Tanım

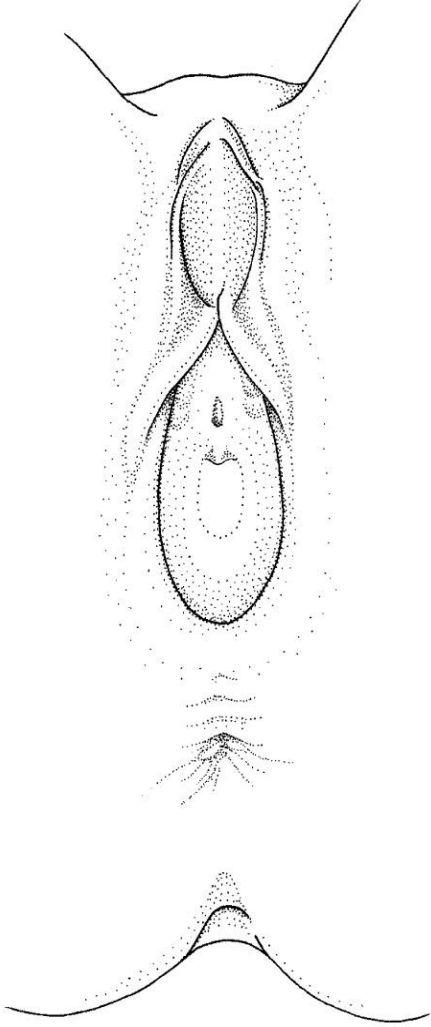
DIŞ GENİTAL VE PERİANAL MUAYENE

1. Kolposkop kullanımı: EVET ☐ HAYIR ☐

2. Genital yapıları muayene edin.

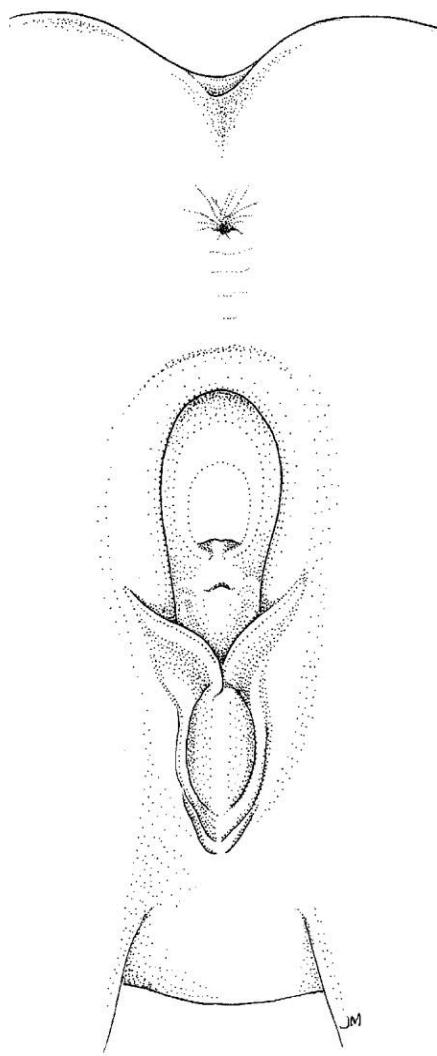
- Bulgularınızı diyagramda gösterin.

Diagram G



Supine

Diagram H



Knee-Chest

Diagram I

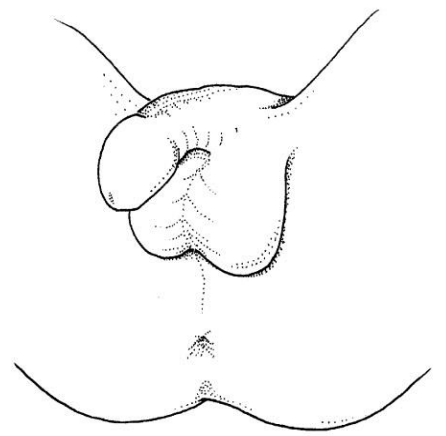
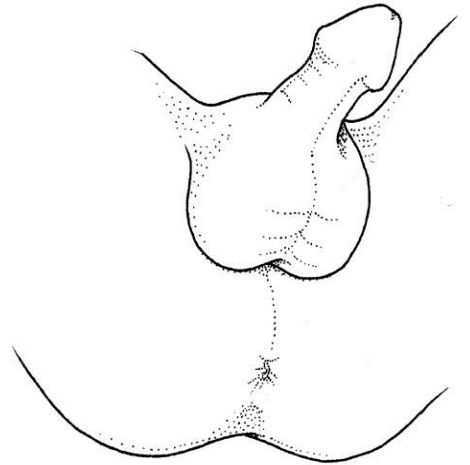


Diagram J



Penis

BULGULAR

AB Abrazyon	BU Yanık	DI Akıntı	HC Hymenal Yarık	PGW Genital	SW Şişlik
AHT Himen dokusu	CV Konjenital	EC Ekimoz	IN Endurasyon	Siğil	TE Hassasiyet
Yokluğu	varyasyon	ER Eritem	LA Laserasyon	VL Veziküler Lesyon	PW Perianal Siğil
AL Anal Laksiste	DE Debris	FB Yabancı Cisim	Oİ Diğer	SH Submukozal	
BI Isırık	DF Deformite	GT Granulasyon Dokusu	(tarifle)	Hemoraji	
				PE Peteşi	SI Emme İzi

Yer #	Tip	Tanım	Yer #	Tip	Tanım

Kadın Genital	Erkek Genital
Muayene Pozisyonu:	Normal Anormal Tarifle
	Penis Sünnetli/sünnetsiz
	Glans Penis ☐ ☐
	Penis shaft ☐ ☐
	Uretral meatus ☐ ☐
	Skrotum ☐ ☐
	Testis ☐ ☐
	Akıntı Yok ☐ Var ☐ Varsa, tarifle:
Labia majora ☐ ☐	
Labia minora ☐ ☐	
Klitoris ☐ ☐	
Hymen Morfoloji: Anüler _____ Kresentik _____ Imperfore _____ Septalı _____ Diğer _____	
Fossa navicularis	
Posterior forset	
Vajina	
Serviks	
Akıntı Yok ☐ Var ☐ Varsa, tarifle:	

NOTLAR:.....

GENETİK LAB ÖRNEK ALIM

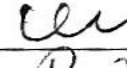
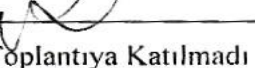
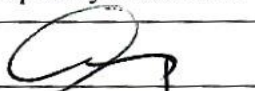
Alınan giysiler	İç çamaşırı ☐ Olay sırasında kullanılan ☐ Saldırıdan sonra kullanılan ☐				
Svap Sayısı:	Bölge	Delil Tipi			
		Semen	Tükürük	Kan	Diğer
	Perioral ☐	☐	☐	☐	_____
	Oral ☐	☐	☐	☐	_____
	Tırnak altı kazıntısı ☐	☐	☐	☐	_____
	Cilt yüzeyinden ☐	☐	☐	☐	_____
	Perianal ☐	☐	☐	☐	_____
	Ano-rektal ☐	☐	☐	☐	_____
	Eksternal genital bölge ☐	☐	☐	☐	_____
	Vajina ☐	☐	☐	☐	_____
Serviks ☐	☐	☐	☐	_____	
Penis ☐	☐	☐	☐	_____	
Diğer ☐	☐	☐	☐	_____	
Diğer delillerin sayısı:	Hijyenik Pedler:___ Adet pedi ☐ Yaprak ped ☐ Tampon ☐ Diğer: _____ Kondom ☐ Cıvarda bulunan ☐ Mağdurun vücudunda bulunan ☐ Diğer: _____				
Mağdur Referans Örneği	Kan ☐ Kan Lekesi ☐ (REFERANS ÖRNEK HERHANGİ BİRİ OLABİLİR-Çocuklar için oral svab tercih edilebilir) Oral svap (ağız su ile iyice çalkalandıktan sonra) ☐ Diğer: _____				

	Evet	Hayır
Kolposkop ile fotoğraf çekildi mi?	☐	☐
Kolposkop ile video kaydı alındı mı?	☐	☐
Toluidine blue boyaması yapıldı mı?	☐	☐
Boyama sonrası fotoğraf çekildi mi?	☐	☐
Sürüntü örneği alındı mı?	☐	☐
Gebelik/CYBH için kan örneği alındı mı?	☐	☐
Toksikolojik inceleme için örnek alındı mı?	☐	☐

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Toplantı Sayısı		Tarih
85		1 Şubat 2019

KARAR NO 18- Adli Tıp Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Mete Korkut Gülmen yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Sıla Aslan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Akut Cinsel İstismar ve Saldırı Olgularında Güncel Teknoloji ve Laboratuvar Kullanımı ile Raporlandırma Standardizasyonu Çalışması" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sila Aslan Demir

Doğum Tarih ve Yeri: 04.05.1990, Erzurum

Medeni Durumu: Evli

Adres: Mahfesiğmaz Mahallesi, Çukurova/ADANA

Telefon: 0539 290 97 07

E.posta : silaaslandemir@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri: Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ERZURUM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, ADANA

Dernek Üyelikleri: Eskişehir Tabip Odası

Adli Tıp Uzmanları Derneği

Avrasya Adli Tıp ve Bilimler Akademisi

Yabancı Dil: İngilizce