

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

VAJİNAL YOLDAN CİNSEL
İSTİSMAR/SALDIRI İDDİASI OLAN
OLGULARDA POLARİZE MULTİSPEKTRAL
VİDEOKOLPOSKOPİNİN KULLANILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Betül PEKŞEN KOÇ

DANIŞMAN

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK

AYDIN, 2018

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana destek olan değerli danışman hocam sayın Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK'e, ilgisi ve önerileri ile bana yol göstermekten kaçınmayan ve her adımda yardım eden Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof.Dr. Ufuk KATKICI'ya teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Asistanlık eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan Doç.Dr. Özlem EREL ve Doç.Dr. Musa DİRLİK hocalarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında beni destekleyen ve cesaretlendiren, her zaman varlıkları ile yanımda olan anne ve babama, çalışma sürecimde sabır, anlayış ve desteği için sevgili eşim Mustafa Kemal KOÇ'a, bana hayata farklı açıdan bakmayı öğreten canımdan çok sevdiğim oğullarıma sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
EKLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Amaç	1
2. GENEL BİLGİLER:	2
2.1. Cinsel Saldırı Türleri:	3
2.2. Cinsel Saldırıda Risk Faktörleri:	3
2.3. Cinsel Saldırıda Epidemiyoloji, İnsidans ve Prevelans:	5
2.4. Cinsel Şiddet Olgularında Muayene ve Değerlendirme:	8
2.5. Cinsel Muayenede Zamanlama:	9
2.6. Muayene Odasının Özellikleri:	10
2.7. Sağlık Çalışanlarının Hastaya Yaklaşımı:	11
2.8. Onam Alınması:	11
2.9. Öykü Alma:	12
2.9.1. Genel Tıbbi Öykü Alınması:	12
2.9.2. Jinekolojik Öykü Alınması:	12
2.9.3. Olay Hakkında Öykü Alınması:	12
2.10. Fizik Muayene:	13
2.11. Genito-Anal Bölge Anatomisi ve Muayene:	15
2.11.1. Genito-Anal Bölge Anatomisi:	15
2.11.2. Genito-Anal Muayene:	19

2.11.2.1. Genito-Anal Yaralanma Bulunma Sıklığını Etkileyen Faktörler:.....	25
2.11.2.2. Genito-Anal Muayenede Kullanılan Yöntemler:.....	26
2.11.2.2.1. Çıplak Gözle Muayene:.....	26
2.11.2.2.2. Kolposkopik Muayene:.....	26
2.11.2.2.3.Doku Boyamaları:.....	26
2.12.Örnek Alma ve Laboratuvar İncelemeleri:.....	27
2.12.1.Mağdurdan Örnek Alınması:.....	27
2.13. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Profilaksi:.....	30
2.13.1. Gebelik Profilaksisi:.....	31
2.14. Raporlama:.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
4. BULGULAR:.....	35
5. TARTIŞMA:.....	45
6. SONUÇ	57
ÖZET	58
ABSTRACT	59
KAYNAKÇA.....	60
EKLER	72

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I. Mağdurların Yaş Dağılımı.....	35
Tablo II. Mağdurların Eğitim Durumları.....	36
Tablo III. Mağdurların Meslek Dağılımları.....	37
Tablo IV. Mağdurların Anne Eğitim Durumları.....	38
Tablo V. Mağdurların Baba Eğitim	38
Tablo VI. Olay Yeri.....	39
Tablo VII. Olay Öncesi Alkol, Uyuşturucu vb. Kullanımı	40
Tablo VIII. Mağdur-Sanık Yakınlık Durumu.....	40
Tablo IX. Sanıkların Yaş Dağılımı	41
Tablo X. Genital Bulgu-Zaman İlişkisi.....	43
Tablo XI. Genital Bulgu Bulunma-Zaman İlişkisi.....	51
Tablo XII. Genital Bulgu Bulunma-Alkol, Uyuşturucu vb. Kullanım İlişkisi	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil:1. Genito-Anal Bölge.....	15
---------------------------------	----



KISALTMALAR

ADÜ	Adnan Menderes Üniversitesi
Ark	Arkadaşları
Ed	Editör
Vb	Ve benzeri
SF	Serum fizyolojik
CYBE	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

EKLER DİZİNİ

EK 1.

Anket.....	72
------------	----



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Amaç

Cinsel şiddet, önemli bir küresel halk sağlığı sorunu, insan hakları ihlalidir. Kısa ve uzun vadede birçok sağlık problemini beraberinde getirir.

Cinsel şiddete maruz kalan kişilerin muayenesi, adli delillerin toplanması ve raporlanması, hukuki sürece yön vermektedir. Bu yüzden genito-anal ve vücut lezyonlarının mikroskopik olarak incelenmesi, hata payını minimuma indirmek, verilen kararların doğru olma derecesini artırmak ve gerekliliğinde konsültasyon imkanı sağlaması için gelen olguların multispektral videokolposkop cihazı ile değerlendirilmesi önemlidir. Boyama yöntemleri de lezyonları görünür hale getirerek hata payını azaltmaktadır. Bu çalışmada cinsel saldırı/istismar iddiasıyla gönderilen olgulara ait sosyodemografik verilerin, fizik muayene ve cinsel saldırı/istismar muayenesinde makroskopik ve multispektral videokolposkopi bulgularının sonuçlarının literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Çocukların ve ergenlerin cinsel saldırısı veya -tecavüz dahil olmak üzere- cinsel istismarı, önemli bir küresel halk sağlığı sorunu, insan hakları ihlalidir. Kısa ve uzun vadede birçok sağlık problemini beraberinde getirir.

Şiddet, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artan bir şekilde görülmektedir. Cinsel şiddet kişide kısa sürede tedavisi mümkün olmayan ruhsal ve fiziksel sağlık problemlerine yol açmaktadır. Zaman zaman kişinin özkıyımı ile de sonuçlanmaktadır.

Şiddet, bireyin zarar görmesi ile sonuçlanma ihtimali olan tehdit, baskı ve özgürlüğünün keyfi olarak engellenmesi; bireyin zarar göreceği her türlü sözlü, ekonomik, psikolojik, fiziksel hareket, tutum ve davranıştır. Bireyin şiddet neticesinde göreceği zarar fiziksel, ruhsal, cinsel veya ekonomik olabilmektedir(1). Şiddetin niteliği zamana bağlı olarak kültürel, sosyal, ekonomik ve geleneksel özelliklerle birlikte değişiklik göstermektedir.

Cinsel şiddet, kişinin isteği dışında veya geri çevirme yeteneğine sahip olmayan kişilere karşı istemediği yerde/şekilde, cinsel içerik taşıyan ve cinsel doyum amaçlayan her türlü eylemi içerir. Cinsel içerikli söz söylenmesi veya söylenmesi, görüntü izletilmesi veya cinsel içerikli bir sahnenin sergilenmesi, kişinin cinsel organına zarar verilmesi, kişinin cinselliğinin engellenmesi, cinsel yönden aşağılanması, kürtaja zorlanması veya zorla evlendirilmesi birer cinsel şiddet örneğidir(1).

Dünya Sağlık Örgütü herhangi bir kişi tarafından -ev ve iş de dahil- herhangi bir ortamda -mağdur ile olan ilişkilerine bakılmaksızın-cinsel bir eylem, cinsel bir davranış elde etmeye teşebbüs, istenmeyen cinsel yorum veya başka bir şekilde bir kişinin cinselliğine karşı yöneltilen davranışı cinsel şiddet olarak tanımlamıştır. Fiziksel zarara uğrama, işten atılma ya da aranan işi bulamama tehdidi, psikolojik tehdit veya şantaj içerebilir. Kişi rızasının geçerli olmadığı sarhoşken, uyurken ya da zihinsel olarak durumu anlayamayacağı durumlarda da cinsel şiddete maruz kalabilir. Cinsel şiddet, ağız ve penis, vulva veya anüs arasında zorla temas da dahil olmak üzere cinsel organı ilgilendiren diğer saldırı biçimlerini içerebilir(2,3).

Cinsel şiddet suçları bütün kültürlerde kişiyi korku, aşağılama ve sindirme yoluyla boyun eğdirme yöntemi olarak kullanılmaktadır(4). Cinsiyet temelli şiddet olan cinsel saldırı, kadını şiddet korkusuyla güçsüzleştirmeyi amaçlayan bir suç tipidir(5).

Cinsel ihmal, çocukların cinsel kötüye kullanıma karşı korunmaması veya ilgisiz kalınması, cinsel gelişimlerine gerekli önemin verilmemesi; cinsel istismar ise bir çocuğun tam olarak anlamadığı, yeterli bilgi veya gelişim düzeyine sahip olmadığı için rıza veremeyeceği ya da kanunlara, toplumun sosyal tabularına uymayan cinsel bir aktivite içerisinde yer alması olarak tanımlanmaktadır(6).

2.1. Cinsel Saldırı Türleri

- a. Temas İçermeyen:* Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik, pornografik materyallerin gösterilmesi, cinsel ilişkiye veya mastürbasyona tanık olmadır(7,8,9).
- b. Cinsel Amaçlı Dokunma:* Kurbanın herhangi bir yerine giyinik haldeyken veya direk cildine yapılan temastır(7,8,9).
- c. Oral Seks:* Cinsel organların ağız ve dil ile öpülmesi ve/veya öptürülmesi, yalanması ve/veya yalatılması sureti ile yapılan uygulamadır(7,8,9).
- d. İnterfemoral İlişki:* İstismarcının penisini çocuğun bacakları arasına yerleştirdiği durumdur. Penetrasyon gerçekleşmez(7,8,9).
- e. Cinsel Penetrasyon:* Penis, parmak veya herhangi bir cismin genital ve/veya anal ve/veya oral yerleştirilmesidir.
- f. Cinsel Sömürü:* Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu şeklinde görülür. Sömürüden sorumlu kişilerin çocukla direk ilişkiye girmedikleri cinsel saldırı türüdür(7,8,9).

2.2. Cinsel Saldırıda Risk Faktörleri

Bireysel, ailesel, toplumsal ve istismarcıya ait faktörler olarak sıralanabilir.

- a. Bireysel Faktörler:* Kadın cinsiyet, alkol veya uyuşturucu kullanımı, yaşın küçük olması, daha önce cinsel tacize veya tecavüze uğramış olmak, cinsel veya ruhsal sağlık problemlerinin olması, genç kadınlarda cinsel partnerinin birden fazla olması, ekonomik ve eğitim düzeyinin üstün olması, yoksulluk, çete üyeliği bireysel risk faktörleri arasında sayılabilir(10,17). Yapılan araştırmalarda çok sayıda cinsel partnerin cinsel istismar riskini arttırdığı, çocukluk döneminde cinsel istismara

uğrayan kadınların yetişkinlikte çok sayıda cinsel partnerinin olduğu görülmüştür. Çok sayıda partnerinin olmasının cinsel istismara veya tecavüze uğrama nedeni mi, yoksa çocuklukta cinsel istismara uğramanın bir sonucu mu olduğuna bir karar verilememiştir(17-20).

b. Ailesel Faktörler: Parçalanmış aile yapısı, aile içi şiddet, anne ve/veya babanın alkol uyuşturucu madde kullanımı, kalabalık aile yapısı, üvey babanın varlığı, ebeveynlerin cinsel istismara uğrama öykülerinin olması, ebeveynlerin eğitim ve sosyo-ekonomik açıdan düşük düzeyde olması, yetersiz sosyal destek, işsizlik, annenin hasta olması veya gece çalışmak zorunda olması, annenin evi terk etmesi, ebeveynlerin sorunlu cinsel yaşantılarının olması, ebeveynlerde ruhsal veya fiziksel hastalıkların varlığı, yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşması, aile içi şiddete tanık olmak, duygusal açıdan uzak ve bağdaşmayan babalara sahip olmak ailesel risk faktörleri arasında sayılmaktadırlar(2,10,21-25).

Mahremiyetin korunmasına olanak sağlamayan bir ev düzeninde yaşıyor olmanın, tekrarlayan cinsel istismar veya ensest olgusunun ortaya çıkmasını etkileyen/hızlandıran bir faktör olduğu belirtilmektedir(26,27).Kurumsal binalarda(resmi ve özel çocuk yuvaları, çocuk evleri, yetiştirme yurtları, kreş ve gündüz bakım evleri, çocuk ve gençlik merkezleri) olan çocukların (engeli olsun veya olmasın) cinsel istismara maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır(10,28,29). Engellilik ve cinsel istismar ile ilgili yapılmış çalışmalarda, engelliliğin hangi türden(bedensel, zihinsel) olursa olsun kişiyi cinsel istismara karşı daha savunmasız hale getirdiği, istismar olayını söylemekte güçlük çektiği, bu nedenle istismar olgularının çok düşük oranda tespit edilebildiği belirtilmektedir(10,28-30).

c. Toplumsal Faktörler: Yaşanan toplumda erkeklerin üstünlüğü, 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. Uluslararası ajanslar tarafından hazırlanan ekonomik yapısal uyum programları, bir takım ülkelerde

yoksulluk ve işsizlik oranını arttırmış, buna bağlı olarak da cinsel ticaret ve cinsel şiddet olasılığı artmıştır(2).

Cinsel şiddetin bir buluşma sırasında veya eş tarafından gerçekleştiğinde makul görüldüğü, polis tarafından rüşvet karşılığı yasal belgelerin ortadan kaldırıldığı, mağdurlara gerekli yasal desteğin sağlanmadığı veya yasalarda mağdurda olan delillerin kabul edilmediği gibi düzenlemelerin olduğu toplumlarda cinsel şiddet riski artmıştır. Toplum inançlarında kadının cinsel ilişkiyi reddetmesinin kabul edilmemesi, erkeğin kadının cinsel ilişkiyi reddetme/cinsel ilişkiye katılmakla ilgili eşit hakkının olmadığını düşünmesi, kadınların ve erkeklerin evliliği cinselliğe sınırsız olarak erişilebileceği bir kurum olarak görmesi cinsel şiddete kapı aralamaktadır(2) .

d. İstismarcıya Ait Faktörler: Kişinin alkol ve uyuşturucu 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 şiddet olması, aile imkanlarının kısıtlı olması, çocukluğunda cinsel istismara uğramış olması, cinsel saldırgan arkadaş ortamında yetişmesi veya çete üyesi olması, 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(2,31).

Cinsel istismar araştırmaları incelendiğinde istismarcının çoğu olguda erkek olduğu belirlenmiştir. Cinsel şiddet uygulayan erkeklerle ilgili sınırlı miktarda bilgi olmasına rağmen, cinsel şiddetin neredeyse tüm ülkelerde, tüm sosyo-ekonomik sınıflarda ve çocukluktan itibaren her yaş grubunda olduğu görülmektedir. İstismarcı erkeklerin cinsel şiddeti çoğunlukla tanıdığı kadınlara uyguladıkları saptanmıştır(2,31).

2.3. Cinsel Saldırıda Epidemiyoloji, İnsidans Ve Prevelans

Cinsel şiddet ile ilgili elde edilen veriler, adli kayıtlar, hastane kayıtları, sivil toplum örgütlerinin verileri ve anket araştırmalarından gelmektedir. Adli kayıtlar,

mağdurun yaşadığı korku, utanç vb duygularından dolayı görünmeyen kısımdan çok daha azını içermektedir. Cinsel şiddet olgularının çok azı, tıbbi yardıma gereksinim duymakta ve sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Anket çalışmalarında ise anlaşılabilirlik ve ifadede eksikliklerden dolayı oluşan hatalar söz konusudur. Sayılan faktörler göz önüne alındığında cinsel şiddetin görülme sıklığının tam olarak belirlenmesi neredeyse imkansızdır(2).

Cinsel saldırılarda teşhis ve tedaviyi planlayabilmek için, cinsel saldırıların insidansını, prevalansını ve mağdurun üzerindeki psikolojik/fiziksel etkilerini bilmek önemlidir. Bu aynı zamanda cinsel saldırının mağdur üzerindeki etkisine de faydalı olduğu gibi genel sağlık sistemi üzerine etkisinin anlaşılmasında da etkilidir. Bununla beraber diğer sağlık hizmet sorunları ile daha doğru bir şekilde karşılaştırılmasına da olanak sağlamaktadır(35,36).

ABD’de 2000 yılında Tjaden ve Thoennes tarafından yapılan çalışmada, kadınlarının %17.6’sının, erkeklerin %3’ünün hayatı boyunca en az bir kez tecavüze uğradığı veya tecavüze teşebbüs edildiği görülmüştür(18).

Birleşmiş Milletler’in 2013 yılında yayınladığı kadına yönelik şiddet raporunda yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma oranı %0.1 ile %41 arasında değişmektedir(3).

Dünya genelindeki çocukların cinsel istismarının araştırıldığı 2013 yılına ait bir çalışmada, kızların yaklaşık % 9’u ve erkeklerin % 3’ünde cinsel ilişkiye(oral, vajinal veya anal) girildiği veya tecavüz teşebbüsünde bulunulduğu, kızların% 13’ünün ve erkeklerin%6’sının bir tür temas olan cinsel istismar yaşadığı görülmüştür(11).

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2014 yılında 15-17 yaş grubundaki gençlerde yapılan bir telefon araştırmasında kızların %26,6’sının, erkeklerin% 5’inin 17 yaşına kadar cinsel istismar yaşadıklarını ortaya koymuştur(32).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2017’de yayınladığı Çocukluk Çağı Kötü Muamelesi broşüründe dünyada kızların %18’inin, erkeklerin de %8’inin çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir(6).

2014 yılında Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırmasında kadınların %9’unun 15 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir(33).

2015- 2016 yılları arasında uygulanan ‘WAVE: Şiddete Karşı Kadınlar Ağı’ projesi çerçevesinde oluşturulan WAVE: Kadına Yönelik Şiddet Karşılaştırmalı Raporu’nda Türkiye’de 15 yaşından itibaren fiziksel ve/veya cinsel şiddet ya da tehdit yaşamış olmanın her üç kadından en az birinde görülecek şekilde yükseldiği belirtilmiştir(61,62).

Adalet Bakanlığı 2016 Türkiye verilerine göre çocuk cinsel istismarı nedeni ile 15051, cinsel taciz nedeni ile 12180, cinsel saldırı nedeniyle 6446, reşit olmayan kişi ile cinsel ilişki nedeniyle 1478 dava açılmıştır(54).

Cinsel istismarın cinsel sağlık ve üreme, fiziksel sağlık, davranışsal ve zihinsel sağlık sorunlarına neden olduğu gösterilmiştir(19).Neden olduğu fiziksel sağlık sorunlarında yaralanmalar ve gastrointestinal bozukluklar da vardır(20). Kadınlarda cinsel istismarın neden olduğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarında, gebelik riski, jinekolojik bozukluklar, kronik siklussuz pelvik ağrı, menstrüel düzensizlikler, dismenore, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV sayılabilir(63-66).

Cinsel istismarı yaşayan erkek ve kızların riskli davranışlar gösterme ihtimalinin daha yüksek olduğu, yetişkinlikte riskli cinsel ilişki, alkol ve uyuşturucu bağımlılığına neden olduğu gösterilmiştir(67-70).

Çocukların cinsel istismarı travma sonrası stres bozukluğu, kaygı, depresyon, yeme bozuklukları, ilişkilerle ilgili sorunlar, uyku bozuklukları, kendine zarar verme düşüncesi/davranışları ve intihar gibi ruhsal sağlık sorunlarına yol açar(19, 28).Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan yetişkin kadınlar üzerine yapılan bir araştırma, çok kez daha uzun süre istismara uğrayanların, hayatlarında sadece bir kere şiddete maruz kalanlara kıyasla daha ciddi zihinsel sağlık sorunlarının olduğu bulunmuştur(71).

Failin mağdura yakın veya etkili bir ilişkisi varsa ve istismarın şiddeti, süresi ve sıklığı daha fazlaysa cinsel istismarın sağlık üzerindeki etkileri daha fazla olmaktadır(72-74).

2.4. Cinsel Şiddet Olgularında Muayene Ve Değerlendirme

Sağlık hizmeti veren kişiler, cinsel istismarın açıklanması sonrasında cinsiyete duyarlı ve hasta merkezli ilk basamak desteklerini sağlamalıdır. Fiziksel muayenelerin yapılması gerektiğinde ek zararlar, travma, korku ve sıkıntı en aza indirilmeye, mağdurun haklarına ve isteklerine saygı göstermeye çalışılmalıdır. Mağdurun tıbbi geçmişi, fizik muayenesini, adli tıp testlerini ve diğer ilgili tüm bilgileri, bulguları doğru ve eksiksiz olarak belgelenmelidir(75). Bu desteğin sağlanması için:

- Mümkünse muayene yapan kişinin cinsiyetini seçme hakkı verilmeli,
- Verilen bilgiler saygılı ve empatik olarak dinlenmeli
- Hastanın endişeleri veya ihtiyaçları hakkında soru sorulmalı ve tüm sorularını yanıtlanmalı
- Yargılayıcı olmayan ve doğrulayıcı bir cevap sunulmalı
- Mağdurun güvenliği sağlanmalı
- Mümkün olan hallerde suistimal devam etme olasılığı göz önünde bulundurularak görsel ve işitsel gizlilik sağlanmalı
- Psikososyal hizmetlere erişimi kolaylaştırarak duygusal destek sağlanmalı
- İstismarın açıklanmasının ilgili yetkili makamlara bildirilmesi gerekip gerekmediği de dahil olmak üzere, onlara bakım sağlamak için neler yapılacağı hakkında yaşlarına uygun bilgi verilmeli
- Acil tıbbi ihtiyaçlara ve birinci basamak desteğe öncelik verilmeli
- Yaşına uygun engelli veya cinsel yönelimi farklı olanların ihtiyaçlarına uygun çevre sağlanmalı
- İlerleyen zamanlarda gösterebilecekleri olası semptomları ve davranışları konusunda bilgi sahibi olmayan ebeveyn veya bakıcılar bilgilendirilmeli ve ne zaman yardım istemeleri gerektiği konusunda uyarılmalı
- Mağdurun kendisi ile yalnız görüşülmeli, isteği doğrultusunda kendisine destek olması için yanında başka yetişkinin olması teklif edilmeli,
- Önce istismar ile ilgili olmayan konular sorularak ilişki kurulmalı, güven oluşturmaya çalışılmalı,
- Kolay anlaşılır açık uçlu sorular sorulmalı, sorular tekrarlanmamalı,

- Yaşına uygun ve lekelemeyen dil kullanılmalı, çocuk ya da ergenlerin yazarak, çizerek ya da modellerle göstererek, kendi tercihleri doğrultusunda cevap vermelerine izin verilmeli,
- Yaşa uygun görsel araçlar ve terimler kullanarak her adımdan önce ne yapılacağı açıklanmalı
- Muayeneyi hastanın isteklerine uygun olarak yürütürken, gecikmeleri en aza indirmeye çalışmalı
- Fiziksel rahatsızlığı ve psikolojik sıkıntıyı en aza indiren muayene araçları ve pozisyonları kullanılmalı
- Çocuk ve ergenlerde bekaret testi yapılmamalı, tıbben belirtilmediği sürece spekulum, anoskop kullanılmamalı, puberte öncesi çocukların vajina veya rektumunda parmak veya bimanual muayene rutin olarak yapılmamalı eğer yapılacaksa sedasyon veya genel anestezi düşünülmeli,
- Bulguları kaydetmek için yapılandırılmış bir format kullanılmalı,
- Doğru ve eksiksiz belgeler için kelimesi kelimesine söylemleri kaydedilmeli,
- Çocuğun veya ergenin ve bakım verenlerin, ifadelerinde tutarsızlık varsa yorum yapılmadan belirtilmeli,
- Semptom ve yaralanmalar ayrıntılı ve doğru olarak tanımlanmalı
- Fiziksel kanıt bulunmasa bile mağdurun duygusal durumu belgelenmeli, nasıl kullanılacağını açıkladıktan sonra herhangi bir fotoğraf ve/veya video çekmek için uygun şekilde bilgilendirilmiş onam istenmeli,
- Toplanan tüm bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır(75).

2.5. Cinsel Muayenede Zamanlama

Şüpheli cinsel istismarı olan tüm olgularda, cinsel istismar muayenesinde eğitimli bir hekim tarafından muayene yapılmalıdır. 2015 yılında tekrar gözden geçirilerek düzenlenen Adam's kriterlerinde tıbbi muayene zamanlaması yapılmıştır. Tıbbi muayene planı acil, ivedi, acil olmayan şeklinde sınıflandırılabilir. Acil olan durumların muayenesi gecikmeden yapılmalıdır. İvedi ve acil olmayan değerlendirmeler 1-7 gün içerisinde yapılmalıdır(76).

Şiddetli ağrı, kanama, intihar düşüncesi, insan ticareti şüphesi gibi tıbbi, psikolojik veya güvenlik endişeleri olan hastalar, 72 saat içinde meydana gelebildiği iddia edilen cinsel saldırı mağdurları, acil doğum kontrol uygulanması gereken hastalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalan ve profilaksi gerektiren olgular beklenmeden acil muayene edilmesi gereken grupta yer almıştır(76).

Acil tıbbi, psikolojik veya güvenlik gereksinimleri olmayan, önceki iki hafta içinde meydana gelmediğinden şüphelenilen veya rapor edilen cinsel istismar olguları ivedi olarak muayene edilmelidir(76).

Tıbbi, psikolojik ve güvenlik ihtiyaçları acil olmayan, son istismar öyküsünün iki haftadan önceki bir zamanda olduğu çocuk tarafından ifade edilen, uzman bir ekip tarafından veya aile tarafından şüphelenilen cinsel istismar varsa acil olmayan muayene yapılmalıdır(76).

İlk muayenede bulgularının yeniden değerlendirilmesi gereken hastalar, ilk muayene sırasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tespit edilmeyip tedavi edilmeyen CYBE(cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) için ilave testler gerekenler, ilk muayene bulgularını 100'den daha az sayıda değerlendirmeyi yapmış olan bir hekim tarafından muayene edilen hastaların tekrar çağırılarak değerlendirilmesi gerekli görülmüştür(76).

2.6. Muayene odasının özellikleri

Cinsel saldırı mağdurlarının muayene edileceği yer bir görüşme odası, bu odadan ara kapı ile geçiş yapılabilen muayene odası, muayene odasının içinde tuvalet, soyunma kabini, gerektiğinde duş alabileceği ve dinlenebileceği bir odadan oluşmalıdır. Muayenenin yapılacağı oda iyi aydınlatılmış olmalıdır. Muayene odasının içinde ayrıca kolposkop, ışık kaynağı ve kullanılan malzemelerin konulduğu dolaplar olmalıdır. Soyunma kabinin içinde mağdur ayakkabısını çıkardıktan sonra giyebileceği tek kullanımlık terlik ve elbisesini çıkardıktan sonra giyebileceği tek kullanımlık önlük ve elbisesinin alınması gerekli olduğu durumlarda giyebileceği yedek kıyafet bulundurulmalıdır. Muayene odası diğer odalardan farklı olarak mağdurun üşümemesi için iyi ısıtılmış olmalıdır. Çünkü muayene esnasında üşüyüp kasılmasını önlemek gerekmektedir(37).

İstismar gören kişinin kendini güvenli hissedeceği rahat bir ortamda görüşme ve muayene gerçekleşmelidir. Muayeneye yeterince zaman ayrılmalıdır. Hastanın rahatlaması için rahatlatıcı, mağdurun sesini duymamıza engel olmayacak seste bir müzik açılabilir(37,38).

2.7. Sağlık çalışanlarının hastaya yaklaşımı

Hekim önce görüşme ve muayenenin gerçekleşeceği odanın kapısını kilitleyerek, kendini ve yardımcı personeli tanıtarak görüşmeye başlamalıdır. Muayene sırasında hastaya hekim tarafından kişisel destek sağlanmalıdır. Hekim, rahatlatıcı, güven verici ve saygıyla, yargılayıcı olmayan bir davranışla yaklaşmalı, görüşme ve muayene detayları hakkında kişinin yaşıyla uyumlu bilgi vermeli, onun anlayacağı bir şekilde açıklama yapmalıdır(37,38). Görüşmenin mağdurla yalnız olması veya mümkünse mağdurun yanında cinsel istismar konusunda eğitilmiş bir hemşirenin veya kadın bir sağlık personelinin olması korkmuş çocuğun kendini güvende hissetmesine ve rahat konuşmasına yardımcı olacak, mağdurun hekim tarafından tacize uğradığını iddia etmesini engelleyecektir(37-41). Ensestini düşünülmediği durumlarda mağdur çocuksa ve annesinin veya bir yakınının odada olmasını isterse bu sağlanmalıdır.

2.8. Onam alınması

Her tür muayene için kişiden izin alınmalı ve vücudun özel bölümleri incelenirken tekrar izin alınmalıdır. Burada hasta her an vazgeçebileceğini bilmelidir. Muayene edilen 18 yaşında veya üzerindeyse kendisinin, 18 yaşından küçükse veya vesayet altında ise, kişinin ve velisinin veya vasisinin kendi el yazısı ile onamı alınacaktır. 12 yaş ve üzerindeki olgularda-durumu anlama yeteneği olan olgularda daha küçük de olabilir- vasi yanında kişinin, kişiye yapılacak işlemin olması ve olmaması durumunda nelerle karşılaşacağı anlayacağı şekilde anlatılarak onamı alınmalıdır. Eğer yasal ehliyeti olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir(37- 41).

2.9. Öykü alma

2.9.1. Genel Tıbbi Öykü

Hastanın tıbbi özgeçmişini bilmek önemlidir. Hastanın geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, alerjileri, şuanda gördüğü tedaviler, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, daha önceki ruhsal hali, varsa meydana gelen duygudurum değişikliği öğrenilmelidir.(39-48)

2.9.2. Jinekolojik Öykü

İlk ve son adet tarihi, ilk cinsel ilişki tarihi, olaydan önce ve sonraki cinsel ilişkisi, düşük, doğum, kontrasepsiyon yöntemi, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, düzenli bir cinsel partnerinin olup olmadığı öğrenilmelidir(40-48).

2.9.3. Olay Hakkında Öykü

Çocuk cinsel istismarında konuşma aşaması en önemli aşama sayılabilir. Çocukların olayları ifade etmesi zordur. Ayrıca çocukların olayı anlatmasını kolaylaştırmak için 1976 yılında orifisleri ve ekstragenital organları olan, kıyafetleri kolay çıkarılan çocuk, yetişkin ve büyük anne veya büyük baba şeklinde bebekler yapılmıştır, bunlar kullanılabilir(42,43). Yaşı uygun olan çocukların isterlerse olayı resim çizerek veya ne olduğunu yazarak anlatması sağlanabilir. Mağdurdan alınan bilgiler kendi ifadeleri kullanılarak yazılmalıdır. Mağdura açık uçlu sorular sorulmalıdır. Sorular kronolojik sıraya göre adım adım sorulmalıdır.

Saldırının nerede, ne zaman, kimler tarafından meydana geldiği, 24 saat içerisinde alkol, ilaç veya uyuşturucu madde alıp almadığı, cinsel şiddet uygulanırken kullanılan aletler, penetrasyonun olup olmadığı, saldırganın ve mağdurun pozisyonu, saldırganın yaşı ve kilosu, saldırının meydana geldiği yerin fiziki koşulları, elbiselerin yırtılıp yırtılmadığı, direnç gösterip göstermediği, cinsel ilişkinin niteliği ve ayrıntıları(anal, vaginal, oral), kondom kullanılıp kullanılmadığı, olaydan sonra yıkanıp yıkanmadığı, elbiselerini değiştirip değiştirmediği, en son cinsel ilişkide bulunduğu zaman ve ne sıklıkta cinsel ilişkisinin olduğu sorulmalıdır(37-46). Görüşme sırasında davranışlar dikkatlice gözlenmeli ve not edilmelidir.

2.10. Fizik muayene

Muayene günü ve saati yazılmalıdır. Fizik muayeneye geçmeden önce eğer üzerindeki kıyafetler saldırı esnasındaki kıyafetler ise kıyafetleri temiz beyaz bir örtünün üzerinde çıkartılmalı, çıkarılan kıyafetler ve üzerinden düşen kıl, tüy, semen gibi örnekler ayrı kağıt torbalara konularak tutanakla mağdur eşliğinde gelen görevli personele teslim edilmelidir. Eğer gönderimi gecikecekse örneklerin bozulmaması için alınan elbiseler kurutulmalıdır. Hastaya tek kullanımlık muayene önlüğü giydirilmelidir(40-47).

Fizik muayeneye kişinin vital bulgularını kaydederek başlanmalıdır(77). Kişiye, ayrıntılı sistemik muayeneye görülen lezyonların cinsi, yerleri, boyutları ve şekilleri ayrıntılı olarak kaydedilip diyagramda gösterilmelidir. Metrik bir skala koyularak yakın, orta ve uzak mesafeden fotoğrafları çekilmelidir(37-48). Akut olan olgularda mağdur ağrı veya hassasiyet olduğunu söylüyorsa lezyonların oturması açısından 24 saat sonra tekrar muayeneye çağrılabilir.

Genel vücut muayenesinde görülen yaraların lokalizasyonu, boyu, uzunluğu, yara dudakları, yaranın trajesi ayrıntılı olarak tarif edilmelidir(48).Tırnağa bağlı abrazyonlar yarımay, ısırma oval ya da daire şeklinde bir ekimoz alanı ve ortasında diş adedine göre abrazyonlar şeklindedir. Boyunda olması elle boğma, cinsel organlarda olması cinsel saldırıyı gösterir(48,52,53). Hareket halinde olan tırnak abrazyonları düz ve kavisli, genellikle 0,5-1 cm uzunluğunda olurlar. Kaşınma sonucu oluşan tırnak abrazyonları lineer seyirlidir. Ancak her iki durumda da cildin yapısı, saldırı esnasında kişilerin hareket ve pozisyonu dikkate alındığında bulgular yanıltıcı olabilir. Çünkü tırnakların bastırılması ile birlikte deri şeklini değiştirmekte esnemekte ve tırnaklar bırakılınca tekrar orjinal pozisyonuna dönebilmektedir. Tırnakların konkavitesi tersine veya düz bir çizgi şekline dönebilmektedir(39,48). Giysi izlerine bağlı şekilli abrazyon da oluşabilir.

Ayrıca lezyonun şekli travmanın ne ile yapıldığı hakkında yol göstericidir(48,50).

Cinsel saldırı olgularında özellikle labial frenilumda olmak üzere sıklıkla laserasyonlar görülür. Bu yaralar susturmak amacıyla ağız bölgesine vurulması, ağzına zorla cisim sokulması veya düşme sonucunda meydana gelebilir(78).

Cinsel saldırılarda saldırgan sıklıkla mağdurun boynuna basınç uygulayarak, mağduru kontrol altında tutmaya çalışabilir. Bu durumda eğer saldırgan kurbanın boynuna basınç uyguladığında mağdur direnç gösterirse, saldırgan uyguladığı kuvveti artırır, uygulanan kuvvet tek elle veya iki elle uygulanarak olur. Boyun etrafında parmak ucuna bağlı ekimozların varlığı sıktır. Saldırgan bağ kullanarak boyunda bağ izi bırakabilir.

Isırık izleri saldırı sonucunda mağdurda, savunma sonucunda da saldırganda ortaya çıkabilir. Dişler ve izin mukayesesi ile şüpheliyi tanımlamak veya dışlamak mümkün olabilir. Bir ısırık izi cilt üzerinde dişlerin üç boyutlu izlerini veya çok sayıda çürük alanı veya bunların her ikisini de birlikte içerebilir. Isırık izleri tespit edilen kişiden swapla örnekler alınmalıdır. Yapılan çalışmalarda özdeş ikizlerin bile gerçekte dişsel olarak özdeş olmadığı sonucuna varılmıştır.

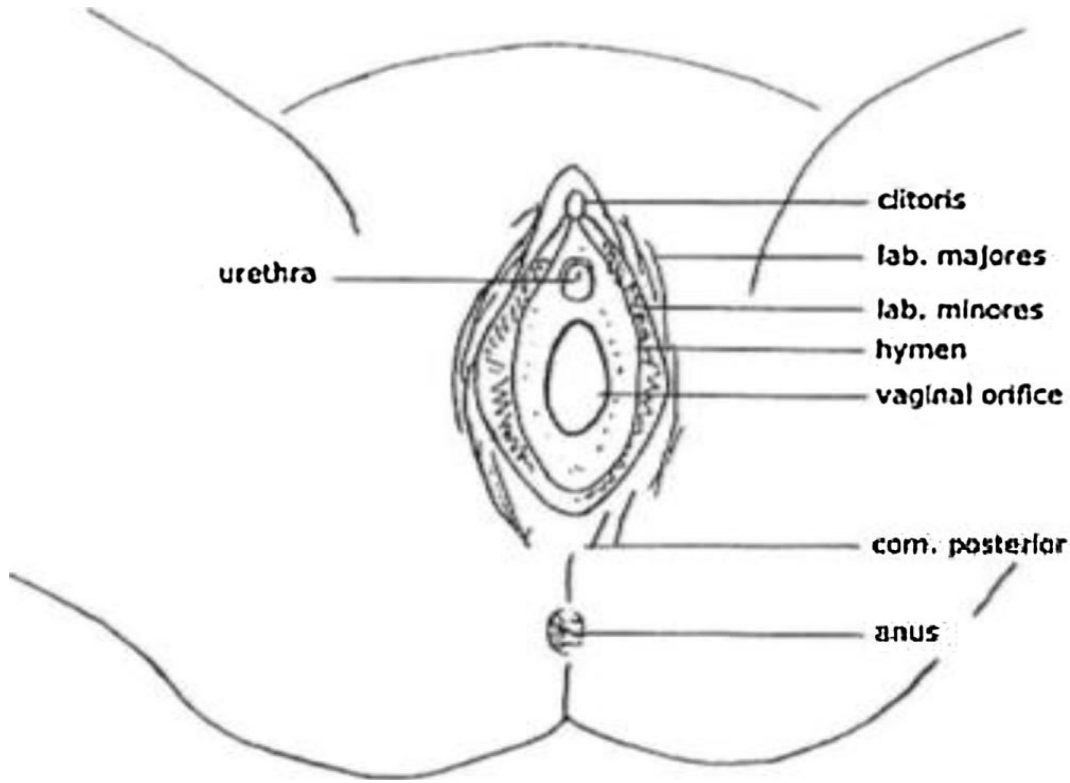
Cinsel saldırılarda izlenen “Kiss of Love” lezyonları, cilde karşı ağzın hava geçirmez alan oluşturacak şekilde dudakların sert bir şekilde cildi kavramasından dolayı kaynaklanmaktadır. Daha sonra bir emmeye ve negatif basıncına bağlı olarak subkutanöz dokuların yüzeysel katmanlarında küçük venüllerin rüptürü sonucu peteşiyal kanamalar olur. Emmenin şiddetine bağlı olarak peteşiler daha belirgin olarak ekimoz, hatta hematom gelişir. Buna, dilden gelen basınca bağlı olarak cildin damağa doğru itilmesi eklenir. Bu lezyon türü en sık boyun kenarında ve cinsel ilişki esnasında ya da cinsel tacizden sonra sıklıkla kadın göğüslerinde görülür. Bununla birlikte, çocuk istismarı olgularında da sıklıkla rastlanılmaktadır. Kiss of love varlığı ısırığın insan orijinli olduğu gösteren lezyondur. Cinsel saldırı mağdurunda sıklıkla boyun ve göğüs çevresinde görülür.

Sırt bölgesinde saldırı yerinin özeliğine göre abrazyonlar ve ekimozlar bulunabilir. Kişinin uyluk iç yüzleri, kol, el bilek bölgelerinde zorlama sonucu parmaklara bağlı dairesel ekimozlar gözlenebilir. Gizli kalan kulak arkası ve aksiler bölge dikkatlice incelenmelidir(77).

2.11. Genito-anal Bölge Anatomisi ve Muayene

2.11.1. Genito-anal Bölge Anatomisi

Genital, anal ve oral anatominin tanınması ve anlaşılması cinsel saldırıya uğramış hastaların değerlendirilmesi esnasında gerekli ve şarttır. Genital bölgede yaralanmayı veya hastalıkları tanıyabilmek için öncelikle normal anatomiye bilmek gerekir.



Şekil 1

Dış genital organlar: Kadın dış genital organlarını mons pubis, labium major pudendi, labium minus pudendi, vestibulum vagina, clitoris, bulbus vestibuli ve gl. vestibularis major oluşturur. Bu oluşumların tümüne birden pudendum femininum veya vulva da denilir. Labium minus pudendiler arasında kalan aralığa vestibulum vagina denir. Vestibulumun sınırlarını yanlarda labium minuslar önde clitoris, arkada posterior furset yapar.

Mons Pubis: Symphysis pubicanın ön tarafındaki kabarık sahaya denilir. Bu alanda tipik olarak cinsel saldırı esnasında yaralanma beklenmez çünkü mons pubis vestibüler bölgenin dışında ve daha üst kısmında bulunur.

Labium Majora Pudendi: Genital kanalın girişinde uzunlamasına bulunan bir çift kalın deri plikasıdır. Önde mons pubisten, arkada perineuma kadar uzanır. Dış yüzü fazla pigment içermesi nedeniyle komşu bölge derisine oranla daha koyu renklidir. Labium majoranın büyüklüğü bir kişinin genel vücut kitlesi tarafından etkilenir. Labia major pudendilerin biri diğerinden daha büyük ve belirgin olabilir.

Labia Minora Pudendi: Labium majuslar arasında bulunan iki küçük deri plakasıdır. Stratum corneum tabakası olmadığından çok incedir ve derindeki kan damarlarının görünmesi nedeniyle kırmızı görünümündedir(79). Asimetrik görünüm labia minoralarda da doğal olarak izlenebilir(80-82). Önde klitoristen başlar, oblik olarak aşağı, dışa ve arkaya doğru ostium vaginayı saracak şekilde 3-4 cm kadar uzanır. Doğum yapmamışlarda arka uçları frenulum labiorum pudendi (klinikte fourchette) denilen bir deri bölümü ile birleşir. Labia minora pudendiler çocuk ve infantlarda 3 ve 9 hizasında sıklıkla sonlanırken östrojen hormonun artmasıyla posterior furşette birleşirler. Postmenopozal dönemde ise regrese olurlar.

Clitoridis: Eretil dokudan yapılmıştır. Temas, basınç ve ısıya karşı çok duyarlıdır. Glans clitoris vagina girişinin de hemen önünde bulunur(84).

Hymen: Hymen tüm kadınlarda bulunur, hatta konjenital olarak vajinanın olmadığı durumlarda bile hymen kalıntılarına rastlanmıştır. Ostium vaginayı kısmen kapatan bir mukoza plikasından oluşur(85). Hymen, puberte öncesi dönemde dışarıdan gelecek yabancı cisimlere ve mikroorganizmalara karşı vajina ortamını korumaktadır. Puberte ile vajina mukozasının ve pH'sının değişmesi sonucunda hymenin fonksiyonu kalmamaktadır.

Hymen tipleri genel olarak kresenterik, annuler, kribriform, imperfore, septalı ve saçaklı olarak tanımlanır(86).

Hymenin şekli şahıslar arasında çok farklıdır. Genellikle yarımay şeklinde olan hymen(hymen semilunaris, kresenterik) ostium vajina büyük kısmını kapatır. Ortasında bulunan delikler menstruasyon kanı ile uterus ve vajinadan gelen salgıları dışarıya atar. Eğer vajina ağzını geniş bir halka şeklinde sarar ve ortasında

küçük bir delik varsa *hymen annularis* olarak anılır. Hymen annularis ülkemizde ve dünyada en sık görülen hymen tipidir. Hymende deliğin kenarları genellikle düz olur fakat bazen birkaç yerinde yarıklar bulunabilir.

Hymen cribriformis: Hymen kalbur gibi deliklidir. İntrauterin hayatın 6. ayına kadar hymen deliksiz bir perde şeklindedir. Gelişimin bundan sonraki döneminde delik veya delikler oluşabilir. Ancak bazı durumlarda ilk deliksiz perde şeklini korur. Buna *hymen imperforatus* adı verilir. Perinatal gelişim bozukluğunu gösterir. Böyle durumlarda menstruasyon kanı dışarıya akamaz ve cerrahi müdahale gerektiren bir durumdur.

Kresenterik hymen: Üretral bölge yukarısında hymenal doku yokluğu ile karakterizedir. En sık saat 11 ve 1 hizalarında doku yokluğu ile kendini gösterir. Bu iki doğal yarık arasında sıklıkla hymenal doku artığı bulunur. Yanlışlıkla hymenal doku yokluğunu iyileşmiş hymenal travma veya silinme bulgusu ile karıştırmamak gerekir. Ayırıcı tanıda silinme bulgusu özellikle saat 5 ve 7 hizalarında izlenir. Hymenal yırtıkların saat 3 ve 9 hizalarının yukarısında nadir rastlanırsa da yırtıklar sıklıkla erken dönemde V şeklinde izlenirken geç dönemde hymendeki elastik liflerin etkisiyle konkav yapı alırlar ancak taban noktasında silinme olmadıkça geniş açıklık beklenmez.

Septalı hymen: Hymenal dokular arasında bantlara bağlı bir veya daha fazla sayıda vaginal ostium bölgesi olan hymen türüdür(87). Septalı hymenin kalıntıları genellikle adölesan ve yetişkinlerde östrojenasyonun başlaması veya cinsel ilişkiden sonra sıklıkla saat 5 ve 12 hizalarında izlenir.

Fimriated hymen: Diğer adları saçaklı, redundant veya denticularis hymendir. Genellikle postpubertal kızlarda östrojenasyona bağlı olarak hymen kenarlarında çok sayıda tırtıklı projeksiyonlar ve kıvrımlı kenarların oluşması şeklinde izlenir(87,88).

Posterior furşet: Labia minora pudendilerin özellikle doğurmamış kadınların arka kısımda uçlarının birleşmesi sonucu oluşur. Prepubertal kızlarda labia minora pudendiler daha aşağı doğru uzanmadıklarından labium majora pudendilerin arka kısımda birleşmesiyle oluşmuş *posterior kommissur* olarak adlandırılırlar. Furşet veya posterior kommissur dış genital organların en zayıf bölgesi ve yaralanma insidansının en sık olduğu kısımdır. Ancak furşette zedelenme sadece cinsel saldırı sırasında olmadığı gibi aynı sıklıkla istemli cinsel ilişkiler sırasında, kadınların tampon

uygulamaları esnasında veya genital muayene yapılırken (özellikle hymen ve spekulum uygulamaları sırasında) iyatrojenik olarak sıklıkla yaralanmaların olduğu bölgedir(80). Bunun en önemli sebebi de kadın özellikle supin pozisyonundayken posterior furşette penil veya yabancı objenin ilk temas ettiği kısım olduğundan yırtıklar istemli veya istemsiz ilişkide izlenir. Aynı zaman bu bölge çocukların apış arası düşme bağılı oluşan travmalarında da sık rastlanır.

Fossa navicularis: Hymen ve posterior furşet arasında hafif konkav depresif şeklinde aşağı kısımda yerleşmiştir(89). Bartolin bezleri fossa navicularisin lateral kısımlarında labia minora pudendilerin saat 5 ve 7 hizaları arasında iç kısımlarında yerleşmişlerdir (79). Cinsel ilişki sırasında lubrikasyonu sağılayan salgıları üreten bezdir.

Vestibular bantlar(üretal ligamentler): Üretraya destek olan anatomik yapılardır ve sıklıkla adeziv skar ile karıştırılmaktadırlar. Eğer bu yapılar tanınmazsa cinsel saldırıya bağılı olarak oluşmuş skar olarak düşünülebilir. Bu bantlar eğer bölge östrojen etkisindeyse, yaralanma varsa veya enfeksiyon durumlarında görülmeleri zordur. Genellikle bu bantlar simetrik çiftler halinde ve simfisis pubis alanına bağılanmış pozisyonadırlar. Sadece üretraya değıil aynı zamanda pelvik tabana da destek olan yapılardır.

Perine: Labium majus pudendiler ile anüs ile arasında kalan 2,5- 3 cm'lik bölüme perineum denilir.

Vajina: Kas ve zarlardan yapılmış boru şeklinde bir organ olup, vestibulum vajinadan uterus ağızına kadar uzanır(84,85,90). Vagina hormonal değışikliklerden etkilenmektedir. Arka çıkmazı spermiumların atıldığı yerdir.

Serviks: Serviks uterinin vajina içine uzanan bölümüdür. Bu bölümün vajinadan görülebilen deliğine, ostium uteri denilir. Vaginanın arka duvarına bakan bu delik, doğurmamışlarda yuvarlak, doğurmuşlarda ise transvers bir yarık şeklindedir. Portio vaginalis uteri ile vajina duvarı arasında oluşan çepeçevre çıkmaza forniks vagina adı verilir. Bunun arka bölümü en derin olan çıkmazdır ve koitusda meninin büyük kısmının atıldığı yerdir.

Kadında genital bölge uyarısına bağılı olarak sıklıkla klitoris ve labia minor mukozasında ödem ve hiperemi görölür. Bunlar parmakla uyarım, kendi kendine masturbasyon ya da cinsel ilişki ile oluşabilir. Bu bulgular normalde uyarımı

izleyen bir veya iki saatte kaybolurlar. Aşırı derecede ve daha uzun süren ödem, kısa bir süre içinde tekrarlayan uyarım sonucunda meydana gelebilir.

2.11.2. Genito-anal Muayene

Genital bölge muayenesine pubis kıllarının incelenmesi ile başlanmalıdır. Kıllarda meni varlığı veya yabancı materyal bulunup bulunmadığı araştırılmadır. Şüpheli alanlar tarakla dikkatlice taranıp ya da makasla kesilerek muhafaza edilmelidir(45).Sanığa ait kıl, kıyafetine ait eşya iplikleri bulunabilir. Daha sonra vulva klitoristen başlayarak muayene edilmelidir. Labia pudendi major ve minoralar, üretra girişi, posterior furşet ve perine muayene edilmelidir. Bütün bu kısımlar sıyrıklar, ekimozlar, travma bulguları yönünden kontrol edilmelidir. Gereksiz palpasyonlardan kaçınılmalıdır. Genital bölgeyi incelerken iki muayene yöntemi kullanılmaktadır:

1. *Labial separation(klasik labia minoraları ayırma) tekniği*: Kişinin iki elinin işaret ve orta parmakları kullanılarak labium majora pudendilerin aşağı laterale doğru çekilmesi ile uygulanan yöntemdir. Klasik yöntem genital girişteki düz ve hafif derecede katlanmış yapıların(labia minora, üretra, üretra çevresi, üretral bandların bir kısmı, clitoris) değerlendirilmesini sağlar. Bu yöntem özellikle prepubertal dönemdeki kızların ve morbid obez kadınların muayenelerinde tercih edilmemelidir.

2. *Labial traksiyon(lateral labial çekme) tekniği*: Kişinin labium pudendilerini tutularak ortadan laterale doğru çekildiği yöntemdir. Bu teknik uygulaması en kolay ve en çok tercih edilen yöntemdir. Bu yöntem labial separation yöntemine göre tüm genital bölgenin tam bir görüntüsünü gösterir. Bu yöntem ile özellikle hymenin tipi, akut veya kronik bir yaralanmanın olup olmadığı ve fossa navicularis özellikle en iyi şekilde değerlendirilir. Labial traksiyon yöntemi hasta litotomi, supin ve bacaklar iyi ayrılmış pozisyonundayken posterior furşet, fossa navicularis, perine ve introital vestibular bölgedeki yapıların düzleşmesini ve incelenmesinin daha kolay olmasını sağlar(91). Bu yöntemi uygularken hastanın rahatlaması önemlidir çünkü traksiyon esnasında rahat olan hastada eksternal üretra dilate olur aynı zamanda pelvik taban rahatlayacağından vajinal dokular daha kolay ortaya çıkar. Ancak morbid obez kadın

hastalarında traksiyon yöntemi yağ dokuların katlanmasından dolayı muayeneyi engelleyeceğinden dolayı kullanımı önerilmez.

Hymenin incelenmesi amacıyla spekulum, forceps veya Glaister Kenec cam çubukları kullanılabilir. Bu cam çubukların uç kısımlarında değişik boyutlarında küresel cam yapılar bulunmaktadır. Daha gelişmiş olanları ise içten aydınlatmalıdır. Uygun boyda olanlar hymenden sokularak inceleme yapılabilir. Bu şekilde küçük yırtıklar bile ışık altında kolaylıkla incelenebilir(92).

Başka bir muayene yönteminde, bir parmak rektuma sokularak vaginanın arka duvarı öne ve aşağı doğru iter. Bu işlem hymeni öne doğru iter. Bu işlemle hymen iyice görünür hale gelir. Ancak bu yöntemin uygulanması hastanın oldukça rahat bir durumda olması gerekir.

Hymendeki fiziksel görünüm yaşa, hastanın değerlendirme esnasındaki pozisyonuna, hastanın muayene esnasındaki uyumuna ve rahatlığına bağlı olarak değişebilir.

Doğal olmayan hymenal yarıklar ya da yırtık olarak tariflenen bulgular, V şekilli ve genellikle travmaya bağlı yaralanmadan sonra elastik liflerdeki çekilmesine bağlı oluşmaktadır; yüzeyleri iyileşmeye bağlı düzensiz köşeli ve daha derin olurlar. Doğal çentik olarak raporlandırılan yarıklar daha sık olarak konkav görünümde, yüzeyleri düz ve yuvarlak olurlar ve cidara kadar(hymenin vestibulla birleştiği kenar) inmezler. Eğer yarıklar cidara kadar ulaşıyorsa bunlara tam yarı, doğal olmayan yarı ya da yırtık adı verilir. Tam yarı saptanmışsa bu bulgunun sadece cinsel saldırı mağdurlarında saptanan bir travma bulgusu olduğu belirtilmiştir. Doğal yarıklar genellikle anterior kısımda bulunurlar ve sıklıkla saat 11 ve 1 hizalarında izlenmektedirler. Ancak bununla birlikte, hymen membranının sadece vulvar yüzeyini ya da vestibuler mukozayı ilgilendiren, tüm kalınlığı boyunca tam kat yırtığa neden olmayan nadir yarı durumları da bulunduğu unutulmamalıdır. Bu özellikteki yarıklar, kısmi yarıklar şeklinde sadece kolposkopik inceleme ile teşhis edilirler. Bu tarz olgularda tam bir cinsel ilişki yani vaginal koitus söz konusu olmayıp, vulvar koitusun olduğu düşünülmektedir.

Hymen esneme kapasitesini aştığında yırtık meydana gelir. Yırtılma genellikle uygulanan kuvvetin miktarına, penetre olan cisme, östrojen durumuna ve

genital yapılarda lokalizasyona bağılı olarak değişmektedir. Bir laserasyon yarası olan yırtık erken dönemde kırmızı ve kanamalı olarak kolaylıkla tespit edilebilmektedir. Bu lezyonun iyileşmesi sonucu hymen bir daha eski durumunu alamamaktadır. McCann ve arkadaşlarının çocuk ve erişkinlerdeki hymen iyileşmesi üzerine yaptıkları araştırmada, cinsel saldırıya, istemli ilişki veya kaza ile olan hymenal yaralanmalarında, tam kat yırtıkların iyileşmediğini ve devam eden incelemelerde kusurlu bir şekilde kaldığını doğrulamışlardır(93). Teixeira, kolposkop kullanarak yaptığı incelemede tek kısmi bir yırtığı bulunan hastada en hızlı iyileşmenin 10 günlük bir süreyi kapsadığı belirtmiştir. Öte yandan birbiri ile birleşmiş ve daha kapsamlı çok sayıda yırtığın bulunması durumunda iyileşme süresi 24 güne kadar uzayabilir. Tekrarlayan cinsel ilişkiler ve enfeksiyon gelişmesi iyileşme süresini uzatabilir. Bağ dokusu gelişen bu lezyonlar gümüşümsü renkte gözükmektedir. Hymen yırtıklarının tam yaşının tespiti henüz mümkün değildir. Bu lezyonların sadece “taze ve eski” yırtık olarak raporlandırılması daha uygun olacaktır(39).

Hymendeki lezyonlar değerlendirilirken özellikle lezyonun cidara kadar inip inmediğine dikkat edilmelidir(86,94).Hasarların birçoğunda makroskopik incelemede hymenin iyileşmiş olduğu görülrken, kolposkobik inceleme ile bunun aksinin gösterilmiş olduğu noktası unutulmamalıdır. Bu nokta adli yargı açısından oldukça önem taşımaktadır.

Bazı hymen çeşitlerinde yırtılma olmaksızın tam bir cinsel ilişki mümkün olabilir. Penis veya başka bir cismi sokma girişimleri sırasında hymende yırtık oluşmaksızın vagina orifisinde sıyrık ve hymende ekimoz meydana gelebilir. Cinsel ilişki ile veya yabancı cisimlerle oluşan yırtıklar genelde bir veya iki tarafta, arkada yer alırlar veya orta hatta bulunurlar. Bunlar genellikle vagina duvarına kadar uzanırlar ve mukoza ile örtülü değildirler. Araştırmalar sonucunda kuşkusuz hymendeki yırtık varlığı rıza olmaksızın yapılan cinsel ilişkiyi kesin olarak gösteren bulgu değildir.

Brenson ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda, doğumdan sonra yenidoğan kız bebeklerinde doğal çentiklerin %35 oranında olduğu ve saat 3 ve 9 hizaları yukarısında rastgele pozisyonlarda ortaya çıktığı izlendi. Berenson, bu oluşumların kresenterik hymen yapısının oluşumunu sağlayacak doğal yapılar olduğunu öne sürmüştür. Tek başına saat 12 hizasında saptanan doğal çentiklerin

%24 oranında olduğu ve bu olgularda hymenin tipinin sıklıkla annuler hymen olduğu izlenmiştir. Simetrik doğal çentikler ise olguların %6'sında izlenmiştir.

Kerns ve ark. cinsel saldırıya uğramış 1383 kadında yaptığı araştırmada 174 olguda yarık izlediği ve bu yarıkların %57'sinin posterior pozisyonda (saat 4 ve 8 hizalarının altında) açılı ve irreguler yapıda olduğunu ifade etmişlerdir. Akut ve irreguler posterior çentiklerin penil penetrasyon ile ilişkili olduğu ve cinsel ilişki yaşamamış kadınlarda ise posterior kısımda açılı ve irregüler yapıda yarığın olmadığı saptanmıştır.

Heger ve ark. 147 premenarşiyal kadın arasında cinsel saldırıya uğramamış kadınlarda yaptıkları araştırmada doğal çentiğin hymenin herhangi bir konumunda olabileceğini saptamışlardır(87).

Berenson yaptığı araştırmada 5 yaş altında hymenal açıklığının ortalama 4 mm olduğunu ve çocuk büyüdükçe yılda ortalama hymenal açıklığının 1 mm arttığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte yaş ilerledikçe hymenin östrojene verdiği yanıtı göre esnemesinin kişiden kişiye göre değişmesinden dolayı hymenal açıklığının çok değişken olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde ise hymen açıklığının 3-3,5 cm olarak belirlenmesi durumunda elastikiyetinden söz edilebilir. Duhule musayit terimi; ülkemizde elastik yapıdaki hymende yırtık olmaksızın erekte bir penisin penetrasyonuna uygun olduğu olarak tanımlanmaktadır.

McCann ve ark. hymenal açıklık ölçümünün prone diz-dirsek pozisyonun, supin litotomi pozisyonundan, labial ayırma(separation) tekniğinin, labial traksiyon tekniğinden daha uygun sonuçlar verdiğini belirtmişlerdir(95). Hymenal açıklık ölçümü, hastanın muayene esnasındaki relaksasyon derecesine ve muhtemelen travmadan sonra geçen süreye bağlı olarak değişmektedir. Pratik olarak bebeklikte küçük bir çubuk hymen deliğinden vaginaya sokulabilirken, 10 yaşında bir çocukta küçük parmağın ucu, pubertede ise bir parmak genellikle hymen deliğinden vaginaya sokulabilir(95).

Hymenin doğum ve tekrarlayan cinsel ilişki sonucunda yırtılarak carincula hymenalis denilen vajina duvarında düzensiz artıklar olarak gözüktüğü bilinmektedir. Bunun yanında doğuma bağlı skarlar genellikle saat 5 ve 7 hizasında

hymen yokluğuna neden olur ancak gerçekte bu alanlardaki skar varlığı ve hymen yokluğu doğum esnasında posterior furşette kısmından relaksasyonun rahatlatılması amacıyla perineum kesilmesi sonucunda iyileşme esnasında bir araya gelmedeki yetmezlik sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu nedenle erişkin kadınlarda hymenin incelenmesi fazla bir bilgi vermezken, çocuklarda oldukça önem taşımaktadır.

Hymen yırtıklarının diğer nedenlerine göz atacak olursak kaza sonucu çıkıntılı bir cisim üzerine düşmekle hymende, perinede yırtılma meydana gelebilir. Genellikle vücudun diğer kısımlarında da yaralar oluşur(45).

Büyük bir yabancı cisim ile yapılan mastürbasyon durumunda hymen çoğu olgularda yaralanmaz. Çünkü manipölasyon genellikle hymenin ön kısmında yapılır. Bu tür olgularda küçük dudaklar ve klitoris büyür. Vagina orifisi genişleyebilir ve hymen kenarlarında sıyrıklar oluşabilir. Ameliyat ve jinekolojik muayene esnasında alet kullanımına bağlı olarak oluşabilir. Parmak veya yabancı cisimlerin vaginaya sokulması sonucunda hymenin üzerinde ve serbest kenarında kavisler şeklinde tırnak izleri bulunur. Difteri, mantar veya diğer hastalıklar sonucu oluşan ülserlere bağlı olarak oluşabilir(45).

Hymen iyileşmesi, her hastaya, yırtıkların sayısı ve yerine, veneryel hastalığa, lokal hastalığa ve vulva hijyenine göre değişiklik gösterir.

Hymenal tag, etyolojisinin tam bilinmediği hymenal çıkıntılardır. Yenidoğan ve östrojenize olmuş yetişkinlerde izlenir. Bu çıkıntı saat altı hizasında tamamlanmamış bir septum çıkıntısı olabilir ya da diğer çıkıntı yapıları ise tam olmayan yırtıklara veya östrojenik hiperplaziye bağlı olarak gelişmiş olabilirler. Cinsel ilişki için bir sorun oluşturmeyen yapılardır.

Raporlandırma esnasında kullanılan intakt hymen(hymen bütünlüğünün korunmuş olduğu) terimi hymende travma bulguların yokluğu olarak tanımlanır. Son zamanlarda yurtdışında yapılan araştırmalarda cinsel saldırı raporlarında intakt hymen teriminin kullanılmadığı izlenmektedir(17,18).

Erişkin bir kızda bazen hymen girişi şeklinde de adlandırılan vajina girişi erişkin bir kişinin küçük parmağını içine alabilecek şekilde gerileyebilir. Bununla birlikte, fazla bir dilatasyon adet sırasında vaginal tampon kullanan kızlarda meydana

gelebilir. Bakire olmayan nulliparlarda vagina girişi iki parmağı içine alır. Doğum yapmış kadınlarda vagina girişi üç parmağı içine alacak şekilde gerilir. Sfinkter kaslarının istemli veya istemsiz kasılmasına bağlı olarak çoğu kez vagina girişinin büyüklüğü hakkında yanlış izlenim edinilir.

Muayenenin daha sonraki döneminde vaginaya küçük bir spekulum koyulur. Vaginada ağır yaralanmanın bulunması durumunda, bir burun spekulumu ya da bebek vaginal spekulumunun kullanılması ağrı oluşturmaz. Spekulum yerindeyken vaginanın üst kısmından ve servikal kanaldan sürüntü materyali alınmalıdır. Bir pipet kullanarak vaginadaki materyali aspire etmek de mümkündür. Sürüntü materyali alındıktan sonra vajina sıyrık, yırtık ve ekimoz yönünden incelenmelidir. Vajina mukozasındaki yaralanma bulgusu rızanın yokluğunu göstermez. Sadece bir penetrasyon olayının meydana geldiğini gösterir.

Vajina yaralarının yorumlanması çok güçtür. Penisin zorlu bir şekilde içeriye sokulmasıyla vajinanın arka duvarında yırtık oluşabilir. Yaşları 14 ile 60 arasında bulunan olgun gelişimli kadınlarda cinsel saldırı olayı ile nadiren ağır yaralanma oluşur. Öte yandan küçük çocuklarda hem penisin hem de parmağın içeri sokulması sonucunda hem vajina kubbesinde hem de perinede sık olarak yırtıklar meydana gelir. Postmenopozal yaştaki kadınlarda rıza ile yapılan cinsel ilişki ya da cinsel saldırı sırasında vajina kubbesi ve perinede yırtıklar oluşabilir.

Parmakla yapılan vajina muayenesinin amacı ve yararlılığı sınırlıdır. Vajinadaki ağrıyan ve hassas olan kısımları ortaya çıkartabilir. Ayrıca vajina girişinin gevşekliğini ortaya koyabilir.

Vajinada kızarıklık ve ödem kabaca yapılan cinsel ilişki sonucunda meydana gelebilir. Bunlar da rızanın yokluğuna işaret etmezler. Küçük ocuklarda vajina mukozası her zaman olgun yaştaki kadınlarinkinden daha kırmızı görünümdedir. Bu nedenle sadece mukozanın kızarık görünümü penetrasyona işaret etmez.

Genitoanal lezyonların ortak bir dille belirtilmesi yapılan çalışmaların kalitesi ve raporların standardizasyonu açısından önemlidir. En yaygın kullanılan sınıflama Slaughter ve Brown tarafından tanımlanan TEARS sınıflanmasıdır. Başka sınıflandırmalar olsa da günümüzde dünya da en sık kullanılan sınıflamadır.

T: Yırtık (Tear), E: Ekimoz, A: sıyrık (abrazyon), R: Kızarıklık (Redness) ve S: ödem (Swaloving) olarak tanımlanmıştır. Ancak bir çok yayında hem objektif olarak belirtilmesi zor, hem de nonspesifik olmaları nedeni ile ödem ve kızarıklık dâhil edilememiş ve/veya diğer lezyonların varlığında değerlendirmeye alınmıştır.

Genitoanal lezyonların değerlendirilmesinde dünyada tanınan ve kabul edilmiş standartların kullanımı raporun kalitesi, doğru ve objektifliği açısından önem taşır. Amerikan Pediatrik Birliği'nce cinsel istismar üzerinde çalışan uzmanların yapılan yansız bilimsel çalışmaları inceleyerek ortak fikir ve görüşlerini ortaya koydukları Adam's kriterleri özellikle 0-18 yaş çocukların anogenital lezyonlarının değerlendirilmesinde önemlidir.

2015 yılında tekrar gözden geçirilen Adam's kriterlerinde özetle:

- 3 ve 9 lokalizasyonunun üzerinde derinliği ne olursa olsun çentik veya yarık normal varyasyonu olduğu,
- genital dokuda eritemin travma veya cinsel temas dışı tıbbi durum sonucu olduğu,
- dış genital, genital ve anal dokuların akut lezyonları ve/veya iyileşmiş yaralar ile CYBE(Neisseria gonorrhoeae, sfiliz, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, HIV) travma ve/veya cinsel temas sonucu olduğu,
- Gebelik ve bir çocuğun vücudundan doğrudan alınan adli tıp örneklerinde sperm tespiti cinsel temasın kesin göstergesi olduğu kabul edilmiştir(76).
-

2.11.2.1 Genito-anal Yaralanma Bulunma Sıklığını Etkileyen Faktörler

1- İstismar olayından sonraki ilk 24 saat delillerin toplanması için çok önemlidir. Farklı araştırmalarda bu süre özellikle yetişkin ve ergenler için 72 saate kadar uzatılmaktadır. Çocuklarda ise durum biraz daha hassastır. 2015 yılında güncellenen Adam's kriterlerine göre çocuklar için kritik sınır 24 saattir.

2- Muayeneyi yapan kişi psikolojik, hukuki, sosyal ve tıbbi konularda bilgili ve deneyimli olmalıdır. Muayeneyi yapan kişinin sözünü ettiğimiz kriterlerdeki yetkinliğinin-yapılan araştırmalar ışığında- bulgu bulunma oranını arttırması beklenmektedir.

3- Kolposkop vb. görüntüleme araçları ve boyama yöntemleri bulgu bulunma oranını önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır. Yapılan araştırmalarda bu yöntemler kullanılarak yapılan muayenelerin çıplak gözle yapılan muayenelere göre bulgu bulunma oranındaki fazlalığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(77).

2.11.2.2. Genito-anal muayenede kullanılan yöntemler

2.11.2.2.1. Çıplak gözle Muayene

Muayene yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır. Buna rağmen mikrotravmaların ortaya çıkarılmasında yeterli değildir(77).

2.11.2.2.2. Kolposkopik Muayene

Kolposkopi serviks, vagina ve vulva dokularının büyütülerek incelenmesini sağlayan ve tarama amacına yönelik kullanılan alettir. Kolposkopi ilk defa 1925 yılında aynı zamanda hekim olan alman asıllı Hans Hinselmann tarafından, Dr. Edward Whirts'in de yardımıyla kullanılmıştır.

Kolposkop yardımı ile serviks, vajen ve vulva kanserleri veya kanser öncüsü hastalıklar rahatlıkla tespit edilebilir. Kolposkop yardımı ile çıplak gözle tespit edilemeyen mikro patolojiler tespit edilebilmektedir(83).

Normal videokolposkoplarla çekilen görüntülerde özellikle bölgenin özelliği ve travmatik dokudaki ödem enfeksiyon nedeni ile görüntülerde parlama olmaktadır. Bu parlamalar hem dokuların ayırt edilmesini engellemekte hem de travmatik bulguların ayırt edilmesini zorlaştırmakta, fotoğrafların kalitesini düşürmektedir. Bu problemin ortadan kaldırılması için polarize multispektral kolposkopi çalışmaları yapılmış ve problem çözüme kavuşturulmuştur(77).

2.11.2.2.3. Doku Boyamaları

Genital mikrotravmaların ortaya çıkarılması için günümüze kadar çeşitli doku boyaları kullanılmıştır. Ancak günümüzde yaygın bir şekilde kullanılan Toluidin mavisidir. Bu konuda yapılan araştırmalar doku boyamanın özellikle dış genital bölgedeki mikrotravmalar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Maliyetinin azlığı ve kullanım kolaylığı doku boyamada Toluidin mavisinin kullanımının tercih edilmesini sağlamaktadır.

Uygulanmasında %1'lik toluidine mavi solüsyonu pamuklu çubuk yardımıyla veya özel enjektörlerle incelenmek istenen dokuya uygulanır. Bir dakika beklendikten sonra %1'lik asetik asit solüsyonu ile doku nazikçe yıkanır ve incelenir(77).

2.12. Örnek Alma ve Laboratuvar İncelemeleri

2.12.1. Mağdurdan örnek alınması

Cinsel saldırı olaylarında biyolojik delillerin incelenmesi, cinsel temasın ortaya konması, saldırgana ait örneklerin varlığının gösterilmesi ve elde bir sanık varsa örneklerin ona ait olup olmadığının belirlenmesi açısından önemlidir(76,149,150).

2015 yılında cinsel istismar konusunda yazılmış derleme ve makaleler tekrar gözden geçirilerek belirlenen Adam's kriterlerinde, prepubertal çocuklardan 24 saat içerisinde, ergen ve yetişkinlerden 5-7 güne kadar cinsel istismar için adli delil toplanması tavsiye edilir. Özellikle DNA amplifikasyonunun laboratuvar analizinin bir parçası olduğu yerlerde çocuklardan 24 saat sonrasında da delil toplanabileceği belirtilmiştir(76,149,150).

Cinsel saldırı olgularında hangi bölgeden ve nasıl örnek alınacağı kişiden alınan olay öncesi, sonrası ve olay sırasında olanların hikayesine, mağdurun yaşına, cinsiyetine göre değişir(76,149,150).

Mağdurdan saldırı sırasındaki giysileri temin edilmeli, ıslaksa kurutularak kağıt torbalarda saklanmalıdır. Eğer banyo yapmadıysa banyo yapmadan, mümkünse tuvalete gitmeden, tedavi gerektiren bir lezyonu varsa müdahale edilmeden örneklerin alınması önemlidir(76,149,150).

Vücutta görülen her türlü şüpheli leke nemli ise swab yardımıyla, kuru ise SF(serum fizyolojik)'le ıslatılmış swab ile veya petri kutusuna kazıyarak alınır. Vücuttaki yabancı kıllar ve pubik kılların taranmasıyla elde edilen her türlü materyal penslerle alınarak zarflara koyulur. Mağdura ait pubik kıl, varsa saç, sakal örnekleri(yabancı kıl bulunmuşsa) cilt seviyesinden kesilmek suretiyle 10-12 adet kıl örneği ayrı ayrı zarfa koyulur. Ağız boşluğundan swab veya filtre kağıdına 2-3 ml

emdirilerek tükürük veya ağız çalkantı suyu, mağdurun sekretör olup olmadığını belirlemek amacıyla alınır. Tırnak aralarından törpü veya kürdan yardımıyla kan, deri kalıntıları gibi örnekler petri kutusuna kazınır. Tırnaklar steril bir tırnak makası ile kesilir. Isırık veya emme lezyonlarından SF'le ıslatılmış swab ile örnek alınır(76,149,150).

Vulva ve perineden gerekirse SF'le ıslatılmış iki swab, vajinadan arka fornixten swab veya pipet yardımıyla, alt ve üst duvardan swab ile, anüsten dış mukozadan ve rektum mukozasından swab ile sperm aranmak üzere örnek alınır(76,149,150).

Mağdura ait venöz kan örneği, toksikolojik analiz için gri kapaklı sodyum florürlü tüpe, DNA analizi için mor kapaklı EDTA'lı tüpe 5-7 ml alınmalıdır. Kan örnekleri kan grubu tayini, toksikoloji, DNA profili, mikrobiyolojik kültür ve gebelik testi için kullanılır(76,149,150)..

Vajinal penetrasyon tarifleyen olgularda acil kontrasepsiyon en kısa sürede başlatılmalıdır. Maruz kaldıktan sonra, etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için, maruziyetten sonra 5 güne kadar (120 saat) verilebilir(75).

Giysilerde semen varlığını saptamak için 'mor ötesi(UV)ışık' veya 'Wood lambası' kullanılır. Leke varsa mavi-yeşil veya mavimsi-gümüş arka plan verir ancak diğer biyolojik sıvılar (meyve suyundan pek çok gıda) gibi birçok yanlış pozitif sonuçlar olabilir. Birçok deterjan da kafa karıştırıcı bir arka plan üretebilir. Yöntem yararlı bir tarama işlemi olsa da semen varlığının kesin kanıtı olarak kullanılamaz. Floresan alanlar, özellikle kumaş üzerinde daha spesifik testler(örneğin elektron mikroskobu) kullanılmalıdır. Gibelli ve ark. ışık mikroskobu ile olduğundan çok daha uzun sürede kötü bozulmuş materyal üzerinde spermatozoayı bulabilmiştir(76,149,150).

Sadece sperm aranmaz. Spermin yanında özellikle azospermi varlığında semende bulunan prostat spesifik antijen(p30), prostatik asit fosfataz(PAP), gama glutamil transpeptidaz(GGT), çinko gibi tanı koydurucu spesifik testler yapılır. Enzim reaksiyonları değerlidir ve mutlak kanıt olmamasına rağmen, semen varlığının kuvvetli kanıtıdır. Spermdaki asit fosfataz aktivitesi diğer herhangi bir normal vücut sıvısına göre 500-1000 kat daha fazladır. Prostat spesifik antijen

(PSA, p30), prostat bezi tarafından üretilen bir glikoproteindir ve seminal plazmada, erkeğin idrarında ve kanda bulunur. Ancak kadın vücudundaki herhangi bir dokuda veya sıvıda bulunmaz. Pozitif bir PSA bulgusu, spermatozoa veya asit fosfataz seviyesinin yükselmesine bakılmaksızın spermin bir göstergesidir. Floresan in situ hibridizasyon (FISH), koital sonrası vajinadaki erkek epitel hücrelerinin tespiti için 1 hafta kadar hassas ve spesifik bir test olarak önerilmektedir. Boşalması olmayan durumlarda bile, vajinal sürüntülerde Y-kromozomlu pozitif epitel hücreleri tanımlanmıştır(76,149,150).

Sanığın elbiselerinden, vücudundan kan lekeleri ve kıllar alınmalı, penisten iki ayrı swab, venöz kan örneği, tükürük örneği, saç, sakal ve bıyık örneği, sperm örneği alınmalıdır(76,149,150).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kadında üretra ve serviksten, erkekten penil swab ile alınan örneklerde mikrobiyolojik inceleme yapılmalıdır. En sık gonore olmak üzere diğer cinsel yolla bulaşan etkenler(sifiliz,klamidya,herpes,HPV) saptanabilir(76,149,150).

Olayın yaşandığı yerdeki her türlü kullanılan eşyadan, çarşaf ve giysiler üzerindeki her türlü leke ve şüpheli kıllardan örnek alınır. Bulunan kan lekeleri fotoğraflamalıdır. Suç alanından sıvı kan örnekler steril iğne veya pipet kullanılarak alınmalı ve steril bir test tübüne konulmalıdır. Kuru kan lekeleri kazınarak veya yapışkan bant kullanılarak yüzeyinden kaldırılır veya obje üzerine bir kaç kez pipetle küçük miktarda distile su damlatılarak leke serbestleştirilir ve örnek temiz bir test tüpü içine aktarılır. Kan paketlenmeden ve laboratuvara teslim edilmeden önce direkt güneş ışığı altına konmadan hava ile kurutulmalıdır(76,149,150).

Her olguda oral penetrasyon sonucu olabilecek semeni gösterebilmek için ağızda herhangi bir incelemeden önce, nadiren pozitif sonuçlar verse de yayma preparatların yapılması yerinde olacaktır(76,149,150).

Alınan bütün örnekler etiketlenmeli ve etiketlerin üzerine mağdurun adı ve alındığı yer yazılmalıdır.

Tercihen tüm örnekler -ama özellikle DNA incelemesi için alınan örnekler- steril alınmalıdır. DNA incelemesi için alınan örnekler derin dondurucuda saklanmalıdır(76,149,150).

Her delilde ayrı eldiven kullanılmalı, maske takılmalı, önlükle ve saçlar toplu ve boneli çalışılmalı, kontamine olanlar sıklıkla değiştirilmelidir. Makas,pens gibi aletler her bir örnek toplama sonrası %5'lik hidrojen peroksit ile yıkanmalıdır(76,149,150).

2.13. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Profilaksi

30'dan fazla farklı bakteri, virüs ve parazit, her gün 1 milyondan fazla cinsel yolla bulaşan enfeksiyona yol açar. Yıllık olarak tahminen 131 milyon chlamydia enfeksiyonu, 78 milyon gonore enfeksiyonu, 5,6 milyon sifiliz enfeksiyonu ve 143 milyon trikomonas enfeksiyonu vardır. Bu enfeksiyonlar, şu anda mevcut antibiyotik rejimleri ile tedavi edilebilir. En yaygın viral CYBH genital herpes simpleks virüsü enfeksiyonu (dünya çapında tahmini 500 milyon insanı etkilemektedir) ve insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu 290 milyon kadını etkilemiştir ve yılda 500.000 kadar serviks kanseri olgusuna neden olmaktadır. Bu enfeksiyonlar, tedavi edilmedikleri zaman, özellikle ölüm, infertilite ve ölü doğum da dahil olmak üzere birçok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. CYBH ayrıca sosyal damgalamaya da sebep olmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar(CYBH) açısından kadında üretra ve serviksten, erkekte penil swab ile alınan örneklerde mikrobiyolojik inceleme yapılmalıdır.

Eskiden cinsel yolla bulaşan hastalıklar(CYBH) için ilk muayenede tarama yapılıp ve takip edilirken şu anda kabul gören yaklaşım ilk muayenede CYBH için profilaksi yapılmasıdır. Gonore, klamidy ve trikomonas vajinalis en yaygın bakteriyel CYB hastalıklardır. Bölgede yüksek risk varsa tek doz profilaktik antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Akut olgularda tanı zor olduğundan, kabul eden olgulara profilaksi uygulanmalıdır. Bu hastalıklar açısından önerilen profilaksirejimi: Seftriakson (250 mg, im, tek doz) + Azitromisin (1 gr, oral, tek doz) + Metranidazol (2 gr, oral, tek doz) ya da Tinidazol (2 gr, oral, tek doz) şeklindedir. Özellikle homoseksüellerde yüksek riskli saldırgan, birden fazla saldırganın penil- anal penetrasyonu ve mağdurda ciddi genital ya da anal yaralanma olan özel durumlarda mağdurun aydınlatılmış onamı doğrultusunda en kısa sürede mümkünse 24 saat içerisinde profilaksiye başlanmalıdır(137).

Hepaptit B aşısı kişide Hepatit B antikoru pozitif değil ise önerilmektedir. Eğer saldırganda bilinen Hepaptit B enfeksiyonu varsa Hepatit B immunoglobulin 500 iu düşünölmelidir.

HİV profilaksisi ise anal seks varsa, mukozalarda yara varsa, riskli kişilerle olan temasta veya bölgede HİV riski çok yüksek ise önerilmektedir. Profilakside HİV PEPSE (Kaletra ve Telofovir) 28 gün boyunca kullanılır. Kişide açık yara varsa tetanoz profilaksisi yapılmalıdır(77,137).

2.13.1. Gebelik proflaksisi

Cinsel istismar nedeni ile gebe kalmış kişilerde doğum kontrolsüz olarak cinsel saldırıya uğrayan kadınlarda acil kontrasepsiyon uygulanmalıdır. Gelen mağdur son 5 gün içinde cinsel ilişki tarifliyorsa kontrasepsiyon yapılır. Acil kontrasepsiyon cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içinde alındığında mağdurların %95'inden fazlasının hamile kalmasını önleyebilir(3).

Acil kontrasepsiyon yöntemleri, bakır içeren intrauterin cihazlar(RİA) ve acil doğum kontrol haplarıdır. Bakır taşıyan bir RİA en etkili acil kontrasepsiyon şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen acil doğum kontrol hapi rejimleri, ulustristal asetat, levonorgestrel veya etinil estradiol, levonorgestrel(3).

Ulustristal asetat tek doz 30 mg olarak alınır, levonorgestrel 1.5 mg tek doz olarak veya her biri 12 saat arayla iki doz 0,75 mg olarak, kombine oral kontraseptifler 100 ug etinil estradiol ve 0,50 mg levonorgestrel 12 saat ara ile iki kez alınır. Kontrolsüz cinsel ilişkiden 72-120 saat sonra sonra doğum kontrol hapi kullanılacaksa ulustristal asetat içeren haplar diğerlerine göre daha etkilidir, mümkün olan en kısa süre içinde kullanılması önerilmektedir(3).

2.14. Raporlama

Kişinin kimlik bilgileri, muayene yer ve saati, muayene pozisyonu, kişide bulunan fiziksel, genital ve psikolojik bulguların yazılması ve bulguların vücut diyagramında gösterilmesi, kişide yapılan tüm işlemler, tedaviler ve verilen proflaksiler yazılmalıdır.

Raporlandırma esnasında genital yapıların özellikleri ve yapılardaki bulgular hastanın pozisyonu ve saat yönü kullanılarak belirtilmelidir. Her genital muayenede hymen tanımlanmalı, tiplendirilmeli ve görülen her türlü lezyon tarif edilip, fotoğrafları çekilerek değerlendirilmeli ve raporlandırılmalıdır. Kanama ve ağrılara bağlı olarak hymenin düzgün bir şekilde değerlendirilemediği durumlarda hasta kontrol muayenelerine çağrılmalıdır. Bu kontrol muayeneleri ile sadece hymen değerlendirilmesi sağlanmaz aynı zamanda hastanın iyileşme sürecinde değerlendirilmiş olur.

Sonuç olarak bulgular, laboratuvar bulguları ve hasta hikayesi değerlendirilerek geçerli en son standartlara uygun bir kanaat verilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu çalışmada 2011 Ocak ayından 2015 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne yönlendirilmiş olgular alınmıştır. Genital ve vücut muayenesinin yapılmasını, lezyonların dijital multispektral videokolposkop ile fotoğraflanmasını kabul eden olgulardan, uygulanacak olan işlemlerin anlam ve sonuçlarını algılayabilen her yaştaki kişilerin kendilerinden, algılayamayan kişilerin yasal temsilcilerinden aydınlatılmış yazılı onam formu imzalatılarak rızaları alınmış ve çalışmaya dahil edilmiştir.

Elde edilen bilgilerden mağdura, mağdurun ailesine, saldırgana ve olaya ait sosyodemografik ve sosyokültürel verileri elde edebilmek için bir anket hazırlanmıştır(Ek-1). Olguların yaş, eğitim durumu, işte çalışma durumları sorulmuştur. Ebeveynlerine ait eğitim durumları, aile yapısı sorgulanmıştır. Sanığa ve olaya ait bilgileri öğrenmek için sanık veya sanıkların yaşı, eğitim düzeyi, olay yeri ve zamanı incelenmiştir.

Cinsel saldırıya/istismara ait lezyonları ve şayet uygulanmış ise travmaya ait fiziksel bulguları tespit etmeye yönelik genel vücut muayenesi yapılmıştır. Akut olgularda, olgunun üzerindeki kıyafetin, olay esnasında üzerinde bulunan kıyafet olup olmadığı sorulmuş ve evet cevabı alınan durumlarda şüpheliye ait sperm, tükürük, kan vb. biyolojik delillerin tespit için kıyafetler kağıt zarfların içerisine konularak moleküler genetik inceleme yapılabilmesi açısından tutanak karşılığında görevli kolluk kuvvetlerine teslim edilmiştir.

Akut olgularda cinsel saldırıya/istismara ait olduğu düşünülen cilttekişüpheli bölgelerden sperm, tükürük, kan vb. biyolojik delilleri tespit etmeye yönelik örnekler tutanak karşılığında görevli kolluk kuvvetlerine teslim edilmiştir.

Jinekolojik muayene masasına alınan hastanın öncelikle inspeksiyon ile makroskobik muayenesi yapılmıştır. Makroskobik muayene ile dış genital, perine ve anal bölgedeki mevcut lezyonlar ve hymende bulunabilen travmatik lezyonlar (ekimoz, ödem, laserasyon, fissür, inflamasyon, eski yırtık), doğal çentikler tespit edilmeye çalışılmıştır. Makroskobik muayeneden sonra tüm olgular dijital video

kolposkop ile ve şüpheli olgular toluidin-blue ile boyama yapılarak olgu tekrar değerlendirilmiştir.

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulunun 11.05.2017 tarih 2017/1152 sayılı kararı ile onayı alınarak gerçekleştirmiştir.



4. BULGULAR

Tablo I- Mağdur Yaş Dağılımı

	Frekans	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
0—5	5	1,5	1,5
6—10	12	3,5	5,0
11—15	143	42,2	47,2
16—20	95	27,9	75,2
21—25	35	10,3	85,5
26—30	15	4,4	90,0
31—35	11	3,2	93,2
36—40	7	2,1	95,3
41—45	7	2,1	97,3
46—50	4	1,2	98,5
51—55	1	0,3	98,8
56—60	1	0,3	99,1
61—65	1	0,3	99,4
66—70	2	0,6	100,0
Toplam	339	100,0	

339 cinsel istismar mağdurundan 224'ü(%66,1) 18 yaşından küçük, 3(%0,9) olgu 60 yaşından büyük olarak tespit edilmiştir. Mağdur yaş ortalaması $18,87 \pm 9,4$ 'dur. Yaşı en küçük olgu 4 yaşında, yaşı en büyük olgu 70 yaşındadır. En fazla 14(%21,2), 16(%12,1) ve 15(%10,9) yaşındaki olgular başvurmuştur.

Tablo II- Mağdur Eğitim Durumu

	Frekans	Yüzde
Okur-yazar değil	18	5,5
Okur-yazar	24	7,4
İlkokul	76	23,3
Ortaokul	169	51,8
Lise	25	7,7
Üniversite	7	2,1
Özel Eğitim	7	2,1
Toplam	326	100,0

Tarafımıza istismar nedeni ile gelen 339 olgudan 326 olgunun eğitim durumu bilgisine ulaşılabilmektedir. Gelen 7(%2,1) olgunun özel eğitime gittiği, 18(%5,5) olgunun okuma-yazma bilmediği, 32(9,8) olgunun lise ve üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Cinsel istismar iddiası ile getirilen 307 olgunun medeni durumu öğrenilmiştir. Başvuran 259(%95,1) olgunun bekar, 20'sinin(%6,5) evli, 2'sinin evli olduğu ancak eşi ile ayrı yaşadığı, 11'inin boşanmış, 12'sinin(%3,9) dul, 3(%1) olgunun partneri ile aynı evi paylaştığı öğrenilmiştir.

Tablo III- Mağdur Meslek Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Öğretmen	1	0,3
Memur	1	0,3
Öğrenci	136	43,3
İşçi	18	5,9
İşsiz	136	43
Sekreter	1	0,3
Seks işçisi	3	1,0
Kuaför	3	1,0
Çiftçi	6	2,0
Diğer	9	2,9
Toplam	314	100

Çalışma bilgisine ulaşılan 314 olgudan 136(%43,3) olgu öğrenci, 136(%43,3) olgu işsiz, 18(%5,7)olgu işçi olarak belirlenmiştir.

Mağdur ailelerinin medeni durumuna ulaşılan 282 olgudan, 159(%56,4) olguda anne babanın evli olduğu, 165(%58,5) olguda anne ve babanın birlikte yaşadığı, 77(%27,3) olguda ailenin boşanmış olduğu veya ayrı yaşadığı, 117(%41,5) olguda ise anne babanın boşanma, vefat veya herhangi bir sebeple beraber yaşamadığı görülmüştür.

Tablo IV- Anne Eğitim Seviyesi

	Frekans	Yüzde
Okur-yazar değil	41	17,7
Okur-yazar	49	21,1
İlkokul	76	32,8
Ortaokul	42	18,1
Lise	17	7,3
Üniversite	7	3,0
Toplam	232	100,0

Eğitim seviyesi bilgisine ulaşılabilen 232 mağdur annesinin 41'inin(%17,7) okur-yazar olmadığı, 49'unun(%21,1) ilkokulu bitirmemiş olduğu, 76'sının(%32,8) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. 166(%71,6) mağdur annesinin en fazla ilkokulu bitirmiş kişilerden oluştuğu belirlenmiştir.

Tablo V- Baba Eğitim Seviyesi

	Frekans	Yüzde
Okur-yazar değil	15	7,0
Okur-yazar	56	26,0
İlkokul	71	33,0
Ortaokul	44	20,5
Lise	20	9,3
Üniversite	9	4,2
Toplam	215	100,0

Mağdurların babalarının eğitimi incelendiğinde, bilgisine ulaşılabilen 15(%7) babanın okuma-yazma bilmediği, 56(%26) babanın okuma-yazma bildiği ancak ilkokul mezunu olmadığı, 71(%33) babanın ilkokul mezunu olduğu görülmüş,

babaların %66'sının en fazla ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Anne-babaların eğitim düzeylerinin olgularda belirgin şekilde düşük olduğu görülmüştür.

339 olguda mağdurların 59'unun(%16,8) istismar öncesinde cinsel deneyiminin olmadığı, daha önce cinsel deneyimi olan 240 olgudaki mağdurların ilk cinsel deneyim yaşları incelendiğinde ilk cinsel deneyimin %50,8'inin 13(%13,3), 14(%22,1), 15(%15,4) yaşlarında olduğu saptanmıştır.

Olay ve muayene arasında geçen zaman bilgisine ulaşılabilen 327 olgudan, 79'u(%24,2) ilk 24 saat içinde, 113'ü(%34,6) bulguların en fazla saptanabildiği olaydan sonraki ilk 72 saat içerisinde, 154'ü(%47,1) olaydan sonraki ilk yedi gün içerisinde, 172'si(%52,6) ilk on gün içerisinde muayene edilmiştir. İlk gün başvuran 79 olgunun 54'ünde(%68), ilk yedi günde gelen 169 olgunun 111'inde(%65) penetrasyon öyküsü tespit edilmiştir.

Tablo VI- Olayın Gerçekleştiği Yer

	Frekans	Yüzde
Sanık evi	98	33,3
Mağdur evi	36	12,2
Ortak ev	23	7,8
Sosyal mekanlar	4	1,4
3. kişiye ait bir ev	39	13,3
Araç	21	7,1
Açık alan	13	4,4
Kırsal alan	32	10,9
Toplu yaşam alanı	7	2,4
İş yeri	5	1,7
Birden çok yer	7	2,4
Otel odası	6	2,0
İnşaat	3	1,0
Toplam	294	100

İstismar yeri bilinen 294 olgudan 98(%33,3) olgu sanığın evinde, 39(%13,3) olgu sanık veya kendi evinin dışındaki bir evde, 36(%12,2) olgu ise mağdur evinde gerçekleşmiştir(Tablo VI).

Tablo VII- Olay Öncesi Alkol, Uyuşturucu vb. Kullanımı

	Frekans	Yüzde
Herhangi bir şey kullanılmamış	213	73,2
Alkol	45	15,5
Uyuşturucu	20	6,9
Alkol ve Uyuşturucu	7	2,4
İlaçla Bayılma	2	0,7
İçecek	4	1,4
Toplam	291	100,0

Alkol, uyuşturucu madde kullanımı bilgisi alınabilen 291 olgudan 72'si(%24,7) mağdur alkol ve/veya uyuşturucu kullanımı sonrasında istismar edilmiştir.72 olgudan 5'inin cinsel ilişki tariflemmediği, 58'inde rızası olmadan cinsel ilişkiye girildiği, 7'sinin istemli cinsel ilişkiye girdiği bilgisi elde edilmiştir.

Tablo VIII- Sanık-Mağdur Yakınlık Durumu

	Frekans	Yüzde
Akraba	33	10,0
Eş	21	6,4
Partner	129	39,3
Arkadaş	36	11,0
Komşu	62	19,2
Tanımıyor	45	13,7
Servis şoförü	2	0,6
Toplam	328	100,0

Sanıkların incelendiği 328 olguda 21(%6,4) mağdurun eşi tarafından, 129(%39,3) mağdurun partneri tarafından, 45(%13,7) kişinin mağdurun tanımadığı kişi tarafından, iki kişinin de okula gitmek için kullandığı servisin şoförü tarafından istismar edildiği görülmüştür. 330 mağdurun 286'sı(%86,7) tek kişi tarafından, 44'ü birden fazla kişi tarafından cinsel istismara maruz kalmıştır.

Tablo IX- Sanık Yaş Dağılımı

	Frekans	Yüzde	Yığılmalı Yüzde
10—15	13	4,9	4,9
16—20	82	30,8	35,7
21—25	65	24,4	60,2
26—30	49	18,4	78,6
31—35	14	5,3	83,8
36—40	15	5,6	89,5
41—50	13	4,9	94,4
51—55	3	0,9	95,3
56—60	3	0,9	96,2
61—65	2	0,6	96,8
66—70	5	1,5	98,3
71—75	1	0,3	98,6
76—80	1	0,3	100,0
Toplam	266	100,0	

Sanık yaşı bilinen 266 olguda yaş ortalaması $26,82 \pm 12,2$ olup, 69(%25,9) olguda sanık 16(%4,4), 17(5,3), 18(5,9), 19(%4,7), 30(5,3) yaşlarındaydı. 16, 17, 18, 19 ve 30 yaşlarında belirgin bir artış gözlenmiştir. Sanık yaşı en küçük 10, en büyük 80'dir. 46(%13,6) sanık 18 yaşından küçük çıkmıştır.

Sanıkla ilgili bilgi alınabilen 338 olgudan 286'sının(%84.6) tek kişi, 442ünün(%13) birden fazla kişi tarafından istismarın gerçekleştirildiği gözlenmiştir.

Genital olmayan yaralanmalar incelendiğinde ilk günde bulgu bulunma oranının %45,6 olduğu, ilk üç günde bulgu bulunma oranının %54,1, ilk yedi günde %43,1 olduğu, ilk on günde %36,6 olduğu görülmüştür. Çoğul bölge yaralanmalarının tek bölge yaralanmalarına göre daha fazla gözleendiği, en fazla yaralanan bölgenin üst ekstremité olduğu, en fazla görülen lezyonun da ekimoz olduğu görülmüştür.

Tarafımıza başvuran olguların genital bulguları incelendiğinde hymen dışında genital bölgede abrazyon ilk dört günde, ekimoz ve/veya laserasyon ilk üç

günde görülmüştür. Hymende ekimoz ve laserasyon on güne kadar görülmüştür. Fossa naviculariste beş olguda, labium majorda üç, labium minorda yedi, üretrada iki, vestibulde iki, posterior furşette 11 olguda bulgu bulunmuştur. İlk gün bulunan bulguların %48,6'sını hymen dışı genital bulgular oluşturmaktadır. İlk gün bulunan bulguların %58,6'sını, ilk yedi günde bulunan bulguların %57,8'ini çoğul lezyonlar oluşturmaktadır. Clitoriste görülen tek bulgu ödemdir ve ilk günde görülmüştür ancak çalışmamızda ödem ve hiperemi tanısal olarak kabul edilmemiştir.

İlk yedi günde penetrasyon öyküsü olan 111 olgudan 53 olguda hymende bulgu bulunmuştur. Hymende görülen bulgular incelendiğinde en çok görülen bulgu taze yırtıktır. Hymendeki yırtıkların görülme sıklığı incelendiğinde en sık saat altı(%22,6), dokuz(%20,3), yedi(%13,9) hizasında görüldüğü, 164 olguda hymende yırtık tespit edilmediği görülmüştür.

Tablo X- Genital Bulgu- Muayene Zamanı İlişkisi

Olay Muayene Aralığı	Penetran olguların sayısı	Bulgu bulunan sayı	Bulgu		
			bulunan olguların yüzdesi	Bulgu bulunamayan sayı	Bulgu bulunamayan olguların yüzdesi
1. gün	54	29	53,7%	25	46,3%
2. gün	15	11	73,3%	4	26,7%
3. gün	10	5	50,0%	5	50,0%
4. gün	13	8	61,5%	5	38,5%
5. gün	6	1	16,7%	5	83,3%
6. gün	3	1	33,3%	2	66,7%
7. gün	10	2	20,0%	8	80,0%
Toplam	111	57	51,3%	54	48,7%

Genital bulgular incelendiğinde vajinal ilişki girişim öyküsü olan ilk 24 saatte gelen 54 olgudan 29'unda(%53,7), ilk 72 saatte gelen 79 olgudan 48'inde(%60,7), ilk 96 saatte olguların %59,6'sında, ilk yedi günde gelen 111 olgunun 57'sinde(%51,3) bulgu bulunduğu görülmüştür. İlk üç günden sonra bulgu bulunma

oranında düşme beklenirken dördüncü günde de bulgu bulunma oranı yüksek çıkmıştır.

Toluidin blue ile boyama yapılarak incelenen ilk 72 saatte gelen dört olgudan üçünde(%75) bulgu bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Maguire ve arkadaşları tarafından 2002 ve 2006 yıllarında Belfast'ta 162 kadın üzerinde yaptığı çalışmada 20 yaş ve altında olmanın cinsel istismarda en büyük risk faktörü olduğu, %44 olgunun 20 yaş ve altında olduğunu söylemiştir(121).1997'den 1999'da Seattle, Washington'da Sugar ve arkadaşları tarafından yapılan 15 yaş ve üzerinde olan 892 kadında yapılan çalışmada adolosanların olguların %23'ünü oluşturduğu kaydedilmiştir(128). 2001-2002 yılları arasında Metropolitan polis çalışmasında Metropolitan Polis Teşkilatı'na bildirilen 5000'in üzerinde kadın tecavüzünün analiz edildiği çalışmada altı kadından birinin 16 yaşın altında olduğu söylenmiştir. Myhill ve Allen'in 16 yaşın üzerindeki kadınlarda yaptığı çalışmada dörtte üçünün 28 yaşından küçük olduğu söylenmiştir. Edinburg ve ark. 2006 yılında yaptıkları çalışmada cinsel istismara uğrayan kızların yaş ortalamasının 12.6 olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda 339 cinsel istismar mağdurundan 224'ü(%66,1) 18 yaşından küçüktü, 3(%0,9) olgu 60 yaşından büyüktü. Mağdur yaş ortalaması 18,87±9,4 idi.

Sharaf El-Din ve arkadaşlarının Mısır'da yaptıkları çalışmada cinsel istismar mağdurlarının %20,8'ini okur-yazar olmayan kişiler, %44,6'sını ilkokul mezunları, %31,5 ortaokul mezunu olarak bulunmuştur(98). Boateng'in 2015 yılında yaptığı çalışmada ise olguların %49'u ortaokul ve altı, %51'i ise lise ve daha üzeri okul mezunu olarak bulunmuştur(99). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Butun ve arkadaşlarının çalışmasında olgulardaki mağdurların %7,2'si okuma-yazma bilmeyen, %32,7'si ilkokulda okuyor, % 32,7'si ortaokul seviyesinde, %50,9'u lisede okuyor ve %3,6'sı liseyi bitirmiş olarak ifade edilmiş(100). Korkmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise gruplandırma daha farklı şekilde oluşturulmuş. Olguların %85,3'ünde mağdurların eğitim seviyesi ilköğretim ve altı seviyede ve % 47,3'ü ise lise ve üstü seviyede bulunmuş(101). Şenol ve arkadaşlarının çalışmalarında ise %12,8'inin hiç okula gitmediği, %22,2'sinin ilkokul mezunu olduğu, %26,4'ünün ortaokul mezunu olduğu, %24,1'inin lise mezunu olduğu ve %10,3'ünün üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir(102). Bizim çalışmamızda ise istismar nedeni ile gelen 339 olgudan 326 olgunun eğitim durumu bilgisine ulaşılabilmiş, gelen 7(%2,1) olgunun özel eğitime gittiği, 18(%5,5) olgunun okuma-yazma bilmediği, 32(9,8)

olgunun lise ve üniversite mezunu olduğu görülmüştür. En fazla birikim %75 ile ilköğretim ve ortaokul mezunlarının oluşturduğu grupta olmuştur. Genel olarak eğitim seviyesi ile cinsel istismara maruz kalma arasındaki ilişkinin doğru orantılı olduğu söylenebilir. Eğitim seviyesi düştükçe cinsel istismar olgularında artma gözlenmektedir.

Mısır'da Sharaf El-Din ve arkadaşlarının 2009- 2013 yılları arasında kapsayan araştırmalarında mağdurların %81'inin evli olmadığı bilgisine ulaşılmıştır(98). Möller ve arkadaşlarının İsveç'te yaptıkları bir çalışmada cinsel istismar mağdurlarının %67'sinin evli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır(103). Bir başka çalışma ise Mont ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Kanada'da yapılmış ve bu çalışmada da cinsel istismar mağdurlarının %73'ünün evli olmadığı bilgisine ulaşılmıştır(104). Ülkemizde yapılan çalışmalara göz attığımızda ise Özel ve arkadaşlarının Ocak- Eylül 2017 tarihleri arasında, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Merkezi'ne başvuran cinsel saldırı mağduru adli olgular ile ilgili çalışmalarında mağdurların %77,4'ünün bekar, %16,1'inin evli ve %6,5'inin boşanmış olduğu bilgisine ulaşılmıştır(105). 2016 yılında yayınlanan bir diğer araştırmada ise Şenol ve arkadaşları 2012–2014 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Erişkin Adli Kurul'a rapor düzenlenmesi nedeniyle dosyası ile birlikte gönderilen olgulara ait kayıtları incelemiş ve cinsel istismara maruz kalan olguların %52,4'ünün bekar, %29,6'sının evli, %13,8'inin boşanmış olduğu bilgisine ulaşılmıştır(102). Bizim çalışmamızda ise cinsel istismar mağdurlarının %84,4'ünün bekar olduğu, %7,2'sinin evli olduğu raporlandırılmıştır. Yurt içi veya yurt dışı diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında elde edilen oranların benzer olduğu görülmektedir. Cinsel istismar mağdurlarının çoğunluğunun evlenmemiş kişiler olduğu görülmektedir.

Akinlusi ve arkadaşlarının Atlanta'da gerçekleştirdikleri ve 2014 yılında yayınlanan araştırmalarında cinsel istismar mağdurlarının %74,2'sini öğrenciler oluşturmuştur. Mağdurların %5,9'u işçi ve %2,1'i çalışmıyor olarak rapor edilmiştir(106). Greenal ve arkadaşlarının İngiltere'de 2015 yılında yayınlanan çalışmalarında ise mağdurların %61'inin çalıştığı ve %39'unun çalışmadığı belirtilmiştir. Çalışanlarda %59 ile seks işçiliği öne çıkarken, çalışmayanların %50'sini emekliler ve %32'sini öğrencilerin oluşturduğu belirtilmiştir(107). Hansen ve

arkadaşlarının 2008 yılında Danimarka'da yayınlanan araştırmalarında ise mağdurların %21'inin çalıştığı, %14'ünün çalışmadığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada öğrenciler ayrı bir kategori olarak ele alınmış ve mağdurların %54'ünün öğrenci olduğu belirtilmiştir(108). Boateng ve arkadaşlarının çalışmasında ise ayrıntılı bir gruplama yapılmamış ve çalışan yüzdesi %57 olarak belirtilmiştir(99). Mont ve arkadaşlarının çalışmasında da bazı çalışmalarda olduğu gibi çalışan, çalışmayan ve öğrenci olarak üç grup oluşturulmuştur. Çalışmaya göre cinsel istismar mağdurlarının %37,5'inin çalıştığı, %58,7'sinin çalışmadığı ve %43,9'unun öğrenci olduğu belirtilmiştir. Abrahams ve arkadaşlarında ise çalışanların oranı %24,5, çalışmayanların oranı ise %53 olarak ifade edilmiştir(104). Ülkemizde ise Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında ise mağdurların %37,2'sinin çalıştığı ve %59,8'inin çalışmadığı belirtilmiştir(102). Bizim çalışmamızda ise mağdurların %13,3'ünün çalıştığı, %43'ünün çalışmadığı ve %43,3'ünün de öğrenci olduğu ifade edilmiştir. Çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmamızda ortaya çıkan çalışan-çalışmayan oranlarının diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ayrıca cinsel istismar olgularındaki öğrenci oranlarının yüksekliği de dikkat çekmektedir.

Watson'un 2007 yılındaki ve Doğan'ın 2009 yılında yaptığı çalışmalarda cinsel istismara uğrayan olguların grubundaki ebeveynlerin eğitim durumlarının, cinsel istismara uğramayan olgu grubundaki ebeveynlerden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük olduğu gözlenmiştir(133,134). Ayrıca Yıldız'ın yaptığı çalışmada da cinsel istismara uğrayan kişilerin annelerinin %58, babalarının ise %59 oranında ilkokul seviyesinde eğitim aldığı gözlenmiştir(132). Bu da Watson ve Doğan'ın çalışmaları benzer sonuçlar içermektedir. Bizim çalışmamızda da olguların %17,7'sinin annesinin ve %7'sinin babasının okur-yazar olmadığı, %21 annenin, %26 da babanın okur-yazar olduğu ama ilkokul mezunu olmadığı ve %32 oranında annenin, %36 oranında da babanın ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça cinsel istismar olgusunun azaldığı ve üniversite mezunu annelerin yer aldığı olguların %3, üniversite mezunun babalarının yer aldığı olguların oranının ise %4 seviyesinde olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonuçları diğer araştırmaların sonuçları ile örtüşmektedir ve çocuğun eğitimi ve cinsel istismar üzerindeki koruyucu etkisinin bilindiği ebeveyn eğitiminin cinsel istismar olgularında düşük olduğu bulunmuştur.

Demir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada cinsel istismar mağdurlarının %71,2'sinin ailesinin birlikte yaşadığı ve %28,8'inin de boşanmış aileler olduğu belirtilmiştir(97). Bernard- Bonnin ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada ise cinsel istismar mağdurlarının %35,8'inin birlikte yaşadığı, %43'ünün sadece annesi ile beraber yaşadığı, %21'inin ise boşanıp tekrar evlendiği belirtilmiştir(96). Bizim çalışmamızda ise aile medeni durumuna ulaşılan 282 olgudan 159'unun(%56,4) anne- babasının evli olduğu, 165'inin(%58,5) anne- babasının birlikte yaşadığı, 77'sinin(%27,3) ailesinin boşanmış olduğu veya ayrı yaşadığı, 117'sinin(%41,5) anne babasının boşanma, vefat veya herhangi bir sebeple beraber yaşamadığı görülmüştür. Çalışmamızda ulaştığımız sonuçların yapılan çalışmalar ile uyumlu sonuçlar verdiği söylenebilir. Ayrıca olguların oran olarak çoğunda anne- babanın beraber olması ile literatürde parçalanmış aile yapısının bir risk faktörü olduğunun belirtilmesi(124-127) bir hata olarak görülmemelidir. Bahsettiğimiz araştırmalarda ve bizim araştırmamızda ulaştığımız aile yapısı fonksiyonsuz aile yapısı olarak değerlendirilebilir.

Kanada'da yapılan çalışmada ele alınan cinsel istismar olgularındaki sanıkların %7,7'si 15 yaşından küçük, %18,5'i 15-19 yaş aralığında, %67,6'sı 20-59 yaş aralığında rapor edilmiştir(104). Bir başka çalışma ise Güney Afrika'da Abrahams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır. Burada da cinsel istismar sanıklarının yaş ortalaması hesaplanmış ve $29,1 \pm 2$ elde edilmiştir(109). Ülkemizde ise Tülü ve arkadaşlarının 2013 yılında Ankara'da yayınlanan çalışmalarında ise cinsel istismar sanıklarının yaşları %22,6'sı 18-25 yaş arası, %45,3'ü 26-35 yaş arası, %16'sı 36-45 yaş arası olarak rapor edilmiştir(110). Karanfil ve arkadaşlarının Kahramanmaraş'da yaptıkları çalışmada ise cinsel istismar sanıklarının yaşları %6,5'i 11-15 yaş arası, %20,3'ü 16-18 yaş arası ve %73'i 18 yaş ve üstü olarak belirtilmiştir(111). Bizim çalışmamızda ise %4,9'u 10-15 yaş aralığında, %30,8'i 16-20 yaş aralığında, %24,4'ü 21-25 yaş aralığında ve %39,8'i 26 yaş ve üstü olarak tespit edilmiştir. Yaş aralıklarının genel olarak birbirine yakın değerler aldığı söylenebilir.

Abrahams ve arkadaşlarının Güney Afrika'da yaptıkları araştırmada olguların %15'inde birden fazla sanık olduğu; %61'inde ise tek sanık olduğu bilgisine yer verilmiştir(109). Sharaf El-Din ve arkadaşlarının Mısır'da yaptıkları çalışmada ise %80'inde tek sanık olduğu, %16,2'sinde iki sanık olduğu ve %3,8'inde ikiden fazla

sanık olduğu ifade edilmiştir(98). Moreno ve arkadaşlarının İspanya’da yaptıkları ve 2009-2010 yıllarını kapsayan çalışmalarında ise olguların %38’inde birden fazla sanık olduğu raporlandırılmış(112). Bir başka çalışmada Zilkens ve arkadaşları Avustralya’da 1266 cinsel istismar olgusu ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında olguların %86’sında tek sanık, %8,1’inde birden fazla sanık olduğu bilgisine yer vermişlerdir(113). Ülkemizde ise Üçok Demir ve arkadaşlarının İstanbul’da Eylül.2010- Aralık.2012 dönemini kapsayan ve 2015 yılında yayınlanan çalışmalarında, olguların %76,5’inde tek sanık, %23,5’inde birden fazla sanık olduğu belirtilmiştir(97). Bizim çalışmamızda ise tek sanıklı olguların oranı %84,6, birden fazla sanıklı olguların oranı ise %13 olarak tespit edilmiştir.

2012 yılında Möller’in İsveç’de 406 olgu ile yaptığı çalışmada olguların %71’inde sanıklar tanıdık olarak nitelendirilmiş. %25’i partner veya eski partneri, %4’ü akraba ve %17’si de tanınmayan kişi olarak raporlandırılmış(103). Yine Kanada’da 2009- 2014 yılları arasında gerçekleşen cinsel istismar olguları incelendiğinde sanıkların %23’ü akraba, %21’i eş/partner veya eski eş/eski partner, %10’u arkadaş/komşu ve %13’ü yabancı olarak raporlandırılmıştır(104). Türkiye’de ise Şenol ve arkadaşlarının 2012- 2014 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na gelen 311 cinsel saldırı vakasında sanıkların %19,3’ eş/partner, %26’sı arkadaş/komşu, %13,8 akraba ve %28,9 u yabancı olarak belirtilmiştir(102). Bizim çalışmamızda ise sanıklarda en büyük oran %45,7 ile eş/partner çıkmış, bunu %30 ile arkadaş/komşu izlemiştir. Sanıklarda akrabalar %10 ve yabancı olarak tanımlananlar ise %13,7 oranındadır.

Sharaf El-Din ve arkadaşlarının Mısır’da yaptıkları araştırmada, olguların %9,2’sinin ilk gün, %18,5’inin ikinci gün, %28,5’inin üçüncü gün ve %43,8’inin ilk bir hafta içerisinde muayeneye geldiği belirtilmiştir(98). Zilkens ve arkadaşlarının Avustralya’da 1163 cinsel istismar olgusu ile yaptıkları çalışmada muayeneye ilk 24 saat içerisinde gelenler %53,7, 24-72 saat arası gelenler %30,9, 3-5 gün arasında gelenler %9,7 ve 5-1- gün arasında gelenler %5,8 olarak raporlandırılmıştır(114). Cross ve arkadaşlarının Amerika’da 2008-2010 yıllarını arasını kapsayan ve 528 olgu üzerinde yaptıkları çalışmada ise olguların %94’ünün ilk 72 saat içerisinde muayene edildiği belirtilmiştir(115). Ülkemizde ise Özel ve arkadaşlarının Ankara’da yaptıkları çalışmada cinsel istismar mağdurlarının

%58,1'inin ilk beş gün içerisinde muayene geldikleri belirtilmiştir(105). Bizim çalışmamızda ise olay zamanı bilgisine ulaşılabilen 327 olgudan, 79'u(%24,2) ilk 24 saat içinde, 113'ü(%34,6) bulguların en fazla saptanabildiği olaydan sonraki ilk 72 saat içerisinde, 154'ü(%47,1) olaydan sonraki ilk yedi gün içerisinde, 172'si(%52,6) ilk on gün içerisinde muayene edilmiştir. Yurt içi ve yurtdışı çalışmalar ile karşılaştırdığımızda sosyo-kültürel yapımızın benzer olduğu yerler ve ülkemiz içinde ilk 72 saat içinde istismar olgularının muayeneye gelme oranının düşük olduğu söylenebilir. Amerika ve Avustralya gibi ülkelerde bu oran en az %85 civarında iken bizde ve Mısır gibi ülkelerde %50 ve altında olduğu görülmüyor.

Zilkens ve arkadaşlarının 2017 yılında Avusturalya'da yayınladıkları, 2009-2015 yılları arasını kapsayan araştırmalarında, mağdurların %60,7'sinin istismar öncesi alkol kullandığını, %12,9'unun uyuşturucu vb. madde kullandığını tespit edilmiştir(113). Yine Zilkens ve arkadaşlarının aynı yıl içerisinde yayınladıkları ve 2009- 2015 yılları arasındaki cinsel istismar merkezine başvuranları ele aldıkları araştırmalarında da alkol kullanımı %60 ve uyuşturucu vb. madde kullanımı %12 olarak raporlandırılmıştır(114). 2017 yılında İsveç'te yayınlanan Möller ve arkadaşlarının araştırmasında ise cinsel istismar şikayeti ile ilgili makamlara başvuran 298 mağdurun %75'inin alkol kullandığı tespit edilmiştir(103). Yine 2017 yılında Kanada'da yayınlanan ve 2009-2011 yılları arasında cinsel istismar öyküsüyle başvuran 619 kişi üzerinde yapılan araştırmada mağdurların %60,8'inde alkol, uyuşturucu vb. madde kullanımı tespit edilmiştir(104). Bir başka çalışma ise 2008 yılında İngiltere'de yapılmıştır. 2002-2006 yılları arasında incelenen 164 olguda alkol kullanımı %66 olarak belirtilmiştir. Ülkemizde ise Tülü ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları araştırmada cinsel istismar olgularında mağdurların %17'sinin alkollü, %8,5'inin de uyuşturucu vb. madde kullandığı belirtilmiştir(110). Bizim çalışmamızda ise olguların %17,9'unda alkol kullanımı ve %9,3'ünde uyuşturucu vb. madde kullanımı tespit edilmiştir. Yurtdışı ve yurtiçi çalışmalarda alkol kullanım farklılığının kültürel ve sosyal yapı ile ilgili olduğu düşünülebilir ama uyuşturucu vb. madde kullanım oranlarındaki benzerlik dikkat çekmektedir. Ayrıca ülke içinde yapılan çalışmalara dikkat edildiğinde çalışmamıza benzer sonuçların elde edildiği söylenebilir.

Sharaf El-Din ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %13,8'i mağdurun evi, %50,8'i sanığın evi ve %35,4'ü de diğer mekanlar olarak

gruplandırılmıştır(98). Zilkens ve arkadaşlarının çalışmasında ise olay yeri %72,8 ile kapalı mekanlar ve %23,7 ile açık hava mekanları olarak kategorize edilmiştir(113). Alaska'da 2008 yılında yayınlanan Rosay ve arkadaşlarının çalışmasında ise daha ayrıntılı bir gruplandırma tercih edilmiştir. Çalışmada verilen oranlar ise sanık evi %29,7, mağdur evi %17,4, ortak ev %25,4, 3. Kişinin evi %14,2, açık hava %6,2 ve araç/işyeri/otel de %6,3 oranı ile verilmiştir(117). Amerika'daki cinsel istismar merkezinin verilerinde ise olguların %55'inin mağdur evinde veya yakınında, %15'inin halka açık alanlarda, %12'sinin sanık evi veya yakınında olduğu bilgisine yer verilmiştir(119). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda ise Erbaş ve arkadaşlarının 2017 yılında Muğla'da yaptıkları çalışmada ise olguların %10,6'sı ev ortamında, %14,8'i mağdurların yakın çevrelerinde bulunan/bilinen mekanlarda, %70,2'si tatil mekanlarında ve %2,2'si ise araçta olarak raporlandırılmıştır(120). Sivas'ta Butun ve arkadaşlarının 2018 yılında yayınlanan çalışmalarında ise olguların %52,7'sinin evde, %14,5'inin açık hava mekanlarında, %5,4'ünün araç içerisinde ve %5,4'ünün okulda gerçekleştiği ifade edilmiştir(100). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarda ise istismar yeri bilinen 294 olgudan 98'i(%33,3) sanığın evinde, 39'u(%13,3) sanık veya kendi evinin dışındaki bir evde, 36(%12,2) olgu ise kendi evinde gerçekleşmiştir. Tüm çalışmaları değerlendirdiğimizde genel olarak oranların birbirini desteklediğini söyleyebiliriz. Cinsel istismar olgularının bu çalışmalara göre en fazla sanık evinde ve mağdur evinde gerçekleştiği söylenebilir.

Sharaf El-Din ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma süresi içerisinde inceledikleri cinsel istismar olgularının %60,8'inde genital olmayan yaralanmalara rastlanmıştır. Bu yaralanmalarda görülen lezyonların %48,1'ini abrazyonlar, %11,4'ünü ekimozlar ve %7,6'sını da ısırık izleri oluşturmaktadır(98). Mont ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise olguların %56,1'inde genital olmayan yaralanmalar rapor edilmiştir(104). Maguire ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları araştırmada ise olguların %61,1'inde genital olmayan yaralanmalar görülmüştür(121). Zilkens ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada ise olguların %80'inde genital olmayan yaralanmalara rastlanmıştır(113). Kebede'nin 2018 yılında yayınlanan ve Ocak.2012- Kasım.2012 zaman dilimini kapsayan çalışmasında ise olguların %30,4'ünde genital olmayan yaralanmalar görülmüş; en fazla görülen lezyon %52 ile ekimoz ve %31,8 ile laserasyon olmuştur. Yaralanma bölgesi olarak

ise %46,5 ile alt ekstremitte birinci sıradadır(123). Möller ve arkadaşlarının 2012 yılında İsveç’de yaptıkları çalışmada ise ilk 72 saat içerisinde olguların %58’inde genital olmayan vücut yaralanmaları görülmüş ve bu olgularda öne çıkan yaralanma bölgesi ise %52 ile ekstremiteler olmuştur(103). Bizim çalışmamızda ise bahsettiğimiz çalışmalardan farklı olarak zaman değişkenine bağlı olarak olgularda tespit edilen genital olmayan vücut yaralanmalarına yer verilmiştir. Olgular incelendiğinde ilk günde bulgu bulunma oranının %45,6 olduğu, ilk üç günde bulgu bulunma oranının %54,1, ilk yedi günde %43,1 olduğu, ilk on günde %36,6 olduğu görülmüştür. Çoğul bölge yaralanmalarının tek bölge yaralanmalarına göre daha fazla görüldüğü(%44,7), en fazla yaralanan bölgenin üst ekstremitte(%27) olduğu, en fazla görülen lezyonun da ekimoz(%49) olduğu görülmüştür. Bulgu bulunma oranları göz önüne alındığında diğer çalışmalar ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Maguire ve arkadaşları; 72 saatten önce yapılan muayenelerde 72 saatten sonra yapılanlara göre çok daha fazla travmatik bulgu olduğunu söylemiştir(121). Zilkens ve arkadaşlarının 13 yaş ve üzerinde cinsel saldırıdan sonra 72 saat içerisinde muayene edilen kadınların, 72 saatten sonra muayene edilenlerden önemli ölçüde daha fazla genital yaralanmasının olduğu görülmüştür(%40’a karşılık % 7)(113). Möller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genital yaralanma prevalansı, 72 saat içerisinde muayene edilenlerde, 72 saat sonra incelenen kadınlardan neredeyse üç kat fazla çıkmıştır (%23.7 ve %8.3)(103). Bizim çalışmamızda ise genital bulgular incelendiğinde vajinal ilişki girişim öyküsü olan ilk 24 saatte gelen 54 olgudan 29’unda(%53,7), ilk 72 saatte gelen 79 olgudan 48’inde(%60,7), ilk 96 saatte gelen olguların %59,6’sında, ilk yedi günde gelen 111 olgudan 58’inde(%48.7) bulgu bulunduğu görülmüştür.

Tablo XI. Genital Bulgu Bulunma-Zaman İlişkisi

		Vajinal Bulgu				
Değişkenler		n	bulgu var	bulgu yok	χ^2	p
Zaman	İlk 96 Saat	92	54	38	56,629	0,000
	> 96 Saat	174	18	156		
Toplamlar		276	72	194		

Anderson istemli cinsel ilişki sonrası kişide oluşan anogenital yaralanmalar üzerine yaptığı çalışmada ilişkiden sonraki ilk 48 saat ile 48-72 saat arasında sıyrık ve kızarıklık ile posterior furşet yaralanmalarında yüzey alanında fark bulurken, yırtık, ekimoz ve ödem yüzey alanında farklılık bulunmadığını bildirmiştir(129). Astrup ise gene istemli cinsel ilişki sonrası yaptığı çalışmada lezyonların ortalama gözlenme oranını çıplak gözle 24 saat, kolposkopi ile 40 saat ve toluidin mavi boyaması ile 80 saat olarak bulmuştur(131). Lincoln ise retrospektif çalışmasında sıyrıkların 24 saatten sonra, ekimozların 48 saatten sonra görülmediği, 48-72 saat arasında yalnızca yırtıkların kaldığını belirtmiştir(130). Astrup ve ark. istemli cinsel ilişki sonrası yaptığı çalışmada çıplak gözle olguların %34'ünde, kolposkopi ile %49'unda ve toluidin blue ile %52'sinde genital lezyon saptamıştır. Çıplak gözle en fazla 42 saate kadar, kolposkop ile 83 saate, toluidin blue ile 108 saate kadar bulgu bulunabilmiştir. Dört kadından üçünün birden fazla lezyonu olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise genital bulgular incelendiğinde vajinal ilişki girişim öyküsü olan ilk 24 saatte gelen 54 olgudan 29'unda(%53,7), ilk 72 saatte gelen 79 olgudan 48'inde(%60,7), ilk 96 saatte gelen olguların %59,6'sında, ilk yedi günde gelen 111 olgudan 58'inde(%48,7) bulgu bulunduğu görülmüştür. Başvuran olguların genital bulguları incelendiğinde abrazyon ilk dört günde, ekimoz ve/veya laserasyon, hymen dışı genital bölgede ilk üç günde, hymende on güne kadar görülmüştür. Diğer çalışmaların çoğunda 72 saatten sonra bulgu bulunma oranında belirgin bir düşme olurken bizim çalışmamızda ilk 96 saate kadar belirgin bir düşme olmamaktadır. Dördüncü günde de bulgu bulunma oranının yüksek olmasının nedeni dijital multispektral videokolposkopi ve boyama yöntemi kullanımı olarak düşünülmektedir. Muayene zamanı ve bulgu bulunma arasındaki ilişki ki-kare testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Lincoln'ün çalışmasında 46 çalışma karşılaştırıldığında cinsel şiddet olgularında anogenital yaralanma bulunma oranları ortalama; çıplak gözle %40, kolposkop ile %60; çıplak göz ve boyama ile %58, çıplak göz, kolposkop ve doku boyaması kombinasyonunda %68 olarak, istemli cinsel ilişkide ise çıplak gözle %34, kolposkop %49; çıplak göz ve boyama ile %55 olarak verilmiştir(130). Astrup ve ark. istemli cinsel ilişki sonrası yaptığı çalışmada çıplak gözle olguların %34'ünde, kolposkopi ile %49'unda ve toluidin mavisi ile %52'sinde genital lezyon saptamıştır. Çıplak gözle en fazla 42 saate kadar, kolposkop ile 83 saate, toluidin mavisi ile 108 saate kadar bulgu bulunabilmiştir. Dört kadından üçünün birden fazla lezyonu olduğunu bulmuşlardır. Kenedy ve arkadaşlarının tüm tekniklerle yapılan yayınları karşılaştırdığı çalışmasında anogenital bulgu ortalamaları; çıplak gözle muayene ile %28.3, minimum %20.5 maksimum %44.2, kolposkopik inceleme ile %51.5, minimum %27.6 maksimum %68, çıplak göz, kolposkop ve doku boyaması kombinasyonu ortalama %57.6, minimum %32.1 maksimum %57.6 olarak verilmiştir(135). Çıplak gözle muayene ile yapılan çalışmalarda bulgu bulunma oranının Biggs'de %44.2(138), Bowyer ve Daltın'da %26,5(139), Palmer'de %22 olduğu görülmüştür. Kolposkopik muayenede bulgu bulunma oranları incelendiğinde; Baker ve Sommers'da %62(142), Grossin'de %26(140), Maguire'de %39, O'brien'da %60(143), Slaughter'da(141) %68 olduğu görülmüştür. Çıplak göz, kolposkop ve doku boyaması kombinasyonu ile yapılan çalışmalara bakıldığında; Adams'ın %64, Anderson'un %32, Astrp'un %51, Slaughter-Brown'un %87(143), Sachs-Chu'nun %80(147) bulgu bulduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda kolposkop ile bulgu bulunma oranı incelendiğinde vajinal ilişki girişim öyküsü olan ilk 24 saatte gelen 54 olgudan 29'unda(%53,7), ilk 72 saatte gelen 79 olgudan 48(%60,7) olguda, ilk 96 saatte gelen olguların %59,6'sında, bulgu bulunduğu, toluidin blue ve kolposkop ile bulgu bulunma oranı %75'dir. Çalışmaları incelediğimizde bulgu bulma oranı bizim çalışmamızdan yüksek olan çalışmalardaki olguların ilk 24 saatte muayene edilme oranının yüksek olduğu, çalışmalarda anal bulguların da incelendiği, hiperemi ve ödem tanısı kabul ettikleri görülmüştür.

2017 yılında Batı Avustralya'da Cinsel İstismar Merkezi'ne gelen olgularda Zilkens ve arkadaşlarının 13 yaş ve üzerinde yaptığı çalışmada vajinal penetrasyonu rapor eden kadınlarda en sık görülen genital yaralanma tipi,

laserasyon, abrazyon ve ekimozdur. Vajinal penetrasyonu tamamladıktan sonra genital hasarı olan 232 kadının %50'sinde sadece bir genital hasar tespit edilmiştir. Genital yaralanmanın en çok görüldüğü bölgeler posterior furşet, fossa navikularis, labia minora ve hymendir(113). Tıplamaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %37,2 inde vajinal penetrasyon öyküsü vardır. Vajinal penetrasyon öyküsü veren 49 olgunun yapılan muayeneleri sonucunda; %14,3'ünde herhangi bir muayene bulgusu saptanmazken %71,4'ünde hymenal yırtık, %4,1'inde posterior furşet yırtığı tespit edilmiştir(122). Möller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada toplam genital yaralanma prevalansı %20, genital yaralanmalar en sık posterior furşette(%35), vulvada(%13), labia minorada(%12) tespit edilmiştir. Yaralanmalar çoğunlukla küçük laserasyonlardır(103). Sharaf El-Din ve ark. yaptığı çalışmada gelen olguların %66,2'sinde vajinal penetrasyon öyküsü olduğu, en fazla genital yaralanma bölgesinin hymen(%36.4), posterior furşet(%31,4), birden fazla yaralanma bölgesi(%17,8) olduğu, en çok görülen yaralanma şeklinin çoğul yaralanma şeklinde olduğu, bunu laserasyonun takip ettiği ifade edilmiştir(98). Bizim çalışmamızda ise genital bulgular incelendiğinde vajinal ilişki girişim öyküsü olan ilk 24 saatte gelen 54 olgudan 29'unda(%53,7), ilk 72 saatte gelen 79 olgudan 48(%60,7) olguda, ilk 96 saatte gelen olguların %59,6'sında, ilk yedi günde gelen 111 olgudan 58(%48.7) olguda bulgu bulunduğu görülmüştür. İlk gün bulunan bulguların %48,6'sını hymen dışı genital bulgular oluşturmaktadır. İlk gün bulunan bulguların %58,6'sını, ilk yedi günde bulunan bulguların %57,8'ini çoğul lezyonlar oluşturmaktadır. En fazla yaralanma bölgesinin hymen(%61.6) ve posterior furşet(%15) olduğu bulunmuştur. Hymende görülen bulgular incelendiğinde en çok görülen bulgu taze yırtıktır.

Tablo XII. Genital Bulgu Bulunma- Alkol, Uyuşturucu vb Kullanım İlişkisi

1. Gün Gelen Olgularda			Vajinal Bulgu		χ^2	p
Değişkenler		n	bulgu var	bulgu yok		
Alkol,Uyuşturucu vb. Kullanımı	Var	34	19	15	8,528	0,003
	Yok	20	3	17		
Toplam		54	22	32		

Feeney ve ark. ile Zilkens ve ark. yaptıkları çalışmalarda alkol ve uyuşturucu kullanmayan mağdurlarda kullananlara göre daha fazla anogenital bulgu bulunduğu görülmüştür. Çalışmamızda ilk gün bulgu bulunma oranının ikinci ve üçüncü günden daha düşük olduğu görülmektedir. Olgular incelendiğinde alkol ve uyuşturucu kullanımının ilk günde belirgin şekilde fazla olduğu, alkol kullanan olgularda bulgu bulunma oranının düşük olduğu, yapılan ki-kare testinde alkol-uyuşturucu kullanımı ile genital bulgu bulunma arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür(p=0,003).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1- 2011 Ocak ayından 2015 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne vajinal yoldan cinsel istismar iddiası ile yönlendirilen hastalardan cinsel muayeneleri dijital multispektral videokolposkop eşliğinde yapılan, elde edilen verilerin bilimsel bir çalışmada kullanılmasına onay vermiş tüm olgular değerlendirilmiştir. Ebeveyn eğitiminin düşük olması, kişinin işsiz olması, istismar üzerinde önemli risk faktörüdür. Dolayısıyla gerek eğitim alanında gerekse sosyal alanda gerekli önlemleri alarak cinsel istismar olgularının önlenmeleri sağlanabilir.

2- Cinsel istismar olgularında alkol-uyuşturucu kullanımı ile genital bulgu bulunma arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür($p=0,003$).

3- Cinsel istismar olguları, gerekli eğitimleri almış, tecrübeli ve alanında uzman kişilerin bulunduğu, multispektral videokolposkop ve yardımcı boyama tekniklerin kullanıldığı, fotodökümantasyonun yapıldığı, gerekli donanım ve konsültasyon imkanlarına sahip merkezlerde muayene edilmeli ve sonuç verilmelidir. Diğer çalışmaların çoğunda 72 saatten sonra bulgu bulunma oranında belirgin bir düşme olurken bizim çalışmamızda ilk 96 saate kadar düşme olmamaktadır. Dördüncü günde de bulgu bulunma oranının yüksek olmasının nedeni dijital multispektral videokolposkopi ve boyama yöntemi kullanımı olarak düşünülmektedir. Muayene zamanı ve bulgu bulunma arasındaki ilişki ki-kare testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,00$). Yapılan araştırmalar da bize bu saydığımız kriterler sağlandığında olguların sağlıklı sonuçlandırılacağını söylemektedir. Dolayısıyla olguların, ülkemizin her yerinde bu konuda uzmanlaşmış kişilerce yapılacak olması bulguların en sağlıklı şekilde bulunmasını ve değerlendirilmesini sağlayacaktır. Ayrıca adli olguların değerlendirildiği merkezlerde günümüz teknolojilerinin kullanılması gelecekte daha farklı gelişmelerin yaşanmasına kapı aralayacaktır.

ÖZET

Araştırmamızın amacı cinsel istismar mağduru kişilerin, ailelerinin ve istismarcıların tıbbi ve sosyodemografik özelliklerini değerlendirerek olası risk faktörlerini belirlemek; özellikle tıbbi bulguların değerlendirilmesinde yardımcı yöntemlerin etkisini ortaya çıkarmaktır. Çalışmada 2011 Ocak ayından 2015 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne yönlendirilmiş 339 olgu retrospektif olarak taranmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 2.0 programı kullanılmış ve Ki-kare anlamlılık testi yardımıyla değerlendirme yapılmıştır. Olgularımızda mağdur yaş ortalaması $18,87 \pm 9,4$ olarak bulunmuş; mağdurların %51,8'inin ilköğretim seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Mağdurların %43,3'ünün öğrenci olduğu, mağdur ailelerinin %58,5'inin beraber yaşadığı, mağdurların annelerinin %76'sı, babalarının da %66'sının en fazla ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Sanık yaşı bilinen 266 olguda yaş ortalamasının $26,82 \pm 12,2$ olduğu, istismarcıların %39,3'ünün mağdurun yakın arkadaş/partneri olduğu, istismar olgularının %33,3'ünün sanık evinde gerçekleştiği ve olguların %15,5'inde alkol kullanıldığı anlaşılmıştır. Vajinal bulguların %60,7'si ilk 72 saatte bulunmuş ve ilk gün bulgu bulunma oranının düşük olması üzerine olgularda alkol kullanımı araştırılmış ve alkol kullanımı ile bulgu bulunması arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,03 < 0,05$). İlk 96 saatte bulunan bulgular ile 96 saat sonrası bulgu bulunma ilişkisi Ki-kare testi ile incelenmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ve ilk 96 saatin bulgu bulunmasındaki önemi anlaşılmıştır ($p=0,00 < 0,005$). Dördüncü günde de bulgu bulunma oranının yüksek olmasının nedeni dijital multispektral videokolposkopi ve boyama yöntemi kullanımı olarak düşünülmektedir. Gerek eğitim alanında gerekse sosyal alanda gerekli önlemleri alarak cinsel istismar olgularının önlenmeleri sağlanabilir. Cinsel istismar olguları, gerekli eğitimleri almış, tecrübeli ve alanında uzman kişilerin bulunduğu, multispektral videokolposkop ve yardımcı boyama tekniklerin kullanıldığı, fotodökümantasyonun yapıldığı, gerekli donanım ve konsültasyon imkanlarına sahip merkezlerde muayene edilmeli ve sonuç verilmelidir. Bu sayede olguların daha hızlı çözülmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Cinsel İstismar, genital bulgular, risk faktörleri

ABSTRACT

Purpose of our research is identify possible risk factors by evaluating the medical and sociodemographic characteristics of victims, their families, and abusers; especially in the evaluation of medical findings. From January 2011 to December 2015, 339 cases referred to the Adnan Menderes University Medical Faculty Forensic Medicine Dean's Polyclinic by the judicial authorities were screened retrospectively. SPSS 2.0 program was used for evaluation of the obtained data and evaluation was made with the aid of Chi-square significance test. In our cases, the mean age of victims was $18,87 \pm 9,4$; 51.8% of the victims were found to be in primary education level. It was found that 43.3% of the victims were students, 58.5% of the victims were living together, 76% of the victim's mothers and 66% of the victim's father were the primary school graduates. The average age of the defendants was $26,82 \pm 12,2$ in the 266 cases, 39,3% of the abductees were close friends / partners, 33,3% of the abuse cases were in the defendant's home and 15,5% it is understood to be used alcohol. 60.7% of the vaginal findings were found in the first 72 hours and on the first day, the use of alcohol was investigated and the relationship between alcohol use and finding was found to be significant ($p = 0,03 < 0,05$). Findings of the first 96 hours were also correlated with the finding of 96-hour post-hoc findings by using the Chi-square test and it was found that there was a significant correlation between them and the significance of finding the first 96 hours was found ($p = 0,00 < 0,005$). The use of digital multispectral videocolposcopy and staining method is considered to be the reason for the high incidence of findings on the fourth day. It is possible to prevent the sexual abuse cases by taking necessary precautions in the field of education or in the social field. Sexual abuse cases should be examined and concluded in centers which have necessary training, experienced and experts in the field, multispectral videocoloscopy and auxiliary painting techniques are used, photodocumentation is made, necessary navy and consultation facilities are available. In this case, it is possible to solve the cases faster.

Key Words: Sexual abuse, genital findings, risk factors

KAYNAKÇA

- 1 Adalet Bakanlığı. (2018, ocak 5). *Ev İçi Şiddet*. Ev İçi Şiddet: http://www.evicisiddet.adalet.gov.tr/SIDDET_NEDIR.html adresinden alındı
- 2 Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2018, Ocak 5). *World Report on Violence and Health*. WHO: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1 adresinden alındı
- 3 World Health Organization. (2018, Ocak 5). *WHO*. <http://www.who.int/en/>: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> adresinden alındı
- 4 Uluslararası Af Örgütü. (2003). *Kadınlara Yönelik Gözaltında Cinsel Şiddete Son!*Londra: Uluslararası Af Örgütü.
- 5 Aguilar, G. O. (1997). Sexual Harassment and Human Rights in Latin America. *Fordham Law Review*.
- 6 World Health Organization. (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genova: WHO Press.
- 7 Akduman, G. G., Ruban, C., Akduman, B., & Korkusuz, İ. (2005). Çocuk ve Cinsel İstismar. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 9-14.
- 8 Aysev, A.,& Taner, Y. I. (2007). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*.İstanbul: Golden Print.
- 9 Aktepe , E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 95-119.
- 10 Okan İbiloğlu, A., Atılı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 84-98.
- 11 Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 469-483.
- 12 Acierno, R., Resnick, H., Kilpatric, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 541-563.

- 13 Koss, M. P., & Dinero, T. E. (1989). Discriminant Analysis of Risk Faktors For Sexual Victimization Among a National Sample of Collage Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 242.
- 14 Crowell, N. A., & Burgess, A. W. (1996). *Understanding Violence Against Women*. Washington: National Academy Press.
- 15 Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 1423-1429.
- 16 Burton, B., Duvvury, N., & Varia, N. (200). Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey. *International Centre for Research on Women*.
- 17 Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The Long-Term Impact of Childhood Sexual Abuse In Australian Women. *Child Abuse & Neglect*, 145-159.
- 18 Tjaden, P., & Thoennes , N. (1998). Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women: Findings from the National Violence against Women Survey. *Research in Brief*.
- 19 Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood Sexual Abuse, Adolescent Sexual Behaviors and Revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 789-793.
- 20 Pedersen, W., & Skrondal, A. (1996). Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 565-581.
- 21 Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *lancet*, 462-470.
- 22 Lum, J. A., Powell, M., Timms, L., & Snow, P. (2015). A Meta-Analysis of Cross Sectional Studies Investigating Language in Maltreated Children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 961-976.
- 23 Lanning, K. V. (1987). Child Molesters: A Behavioral Analysis For Law-Enforcement Officers Investigating Cases of Child Sexual Exploitation.
- 24 Öztürk, M., & Demirdağ, M. A. (2013). Namusunu Kanla Temizleyenler: Mardin Cezaevi'nde Namus Davası Nedeniyle Yatan Mahkumlar Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Social Policies*, 117-135.
- 25 Gürhan, N. (2010). Toplumsal Cinsiyet ve Din. *e-Şarkiyat İlmi Araştırmalar Dergisi*.
- 26 Polat, O. (2000). Çocuk İstismarı. *Adli Tıp Dergisi*, 207-231.
- 27 Polat, O. (2006). *Cinsel İstismar Rehberi*. İstanbul: Forart Matbaa.
- 28 Topçu, S. (1997). *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı*. Ankara: Doruk Yayıncılık.

- 29 Kurtay, D., Özkök, S., Barlık, A., Yatağan, M., Kurtay, A., & Akman, E. (2004). Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması. *Aydın İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü*.
- 30 Navalta, C. P., Polcari, A., Webster, D. M., Boghossian, A., & Teicher, M. H. (2006). Effects of Childhood Sexual Abuse on Neuropsychological and Cognitive Function in College Women. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 45-53.
- 31 Miczek, K. A., De Bold, J. F., Haney, M., Tidey, J., Vivian, J., & Weerts, E. M. (1994). Alcohol, Drugs of Abuse, Aggression and Violence. *Understanding and Preventing Violence*.
- 32 Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 329-333.
- 33 T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2014). *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- 35 Crowley, M. S., & Seery, B. L. (2002). Exploring the Multiplicity of Childhood Sexual Abuse with a Focus on Polyincestuous Contexts of Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 91-110.
- 36 Hébert, M., Collin-Vézina, D., Daigneault, I., Parent, N., & Tremblay, C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *The Journal of Psychopathology*, 443-455.
- 37 Kantarcı, M. N. (2016). *Cinsel Saldırılarına Yaklaşım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 38 Özdemir, B., & Celbis, O. (2012). Cinsel Saldırıya Uğramış Çocukta Erken ve Geç Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi. *Medicine Science*, 55-64.
- 39 Henry, T. (2013). *Atlas of Sexual Violence*. Elsevier.
- 40 Çetin, G., & Yorulmaz, Ç. (2006). Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri*, (s. 142-146). İstanbul.
- 41 Çetin, G., & Yorulmaz, Ç. (2006). Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri*, (s. 127-141). İstanbul.
- 42 Aggrawal, A. (2009). *Forensic and Medico-legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices*. New York: CRC Press.

- 43 Celbis, O., Karaca , M., Özdemir , B., & Isır, A. B. (2004). Cinsel suçlarda muayene. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.
- 44 Dokgöz, H., Yanık, A., Günaydın, U., Bütün, C., & Sözen, Ş. (2001). Cinsel Saldırı İddiası ile Gelen 18 Yaş Üstü Olguların Muayene Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Journal of Forensic Medicine*, 12-16.
- 45 Soysal, Z., & Çakalır, C. (1999). *Adli Tıp Cilt III*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- 46 Polat, O. (2016). *Şiddet*.
- 47 North American Society of Pediatric and Adolescent Gynecology Annual Conference and Research Meeting. (2016). *Sexual Assault: The Medical Evaluation and Forensic Evidence Collection*. Texas Children's Hospital.
- 48 Ekizoğlu, O., & Arıcan, N. (2009). Yaralar. *Klinik Gelişim*, 5.
- 49 Di Maio, V. C., & DiMaio, D. (2001). *Forensic Pathology*. CRC Press.
- 50 Knight, B. (1996). *The Pathology of Wounds*. New York: Oxford University Press.
- 51 Corey, T. S. (2005). Causes of Death: Blunt Injury. *Encyclopedia Forensic Science and Legal Medicine* (s. 84-90). içinde Amsterdam: Academiz Press.
- 52 (2018, Ocak 28). Tıp Dünyası: <http://tip-dunyasi.blogspot.com.tr/2011/07/adli-tip-ders-notlar-8.html> adresinden alındı
- 53 Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 51-65.
- 54 T.C. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. (2017). *Adalet İstatistikleri 2016*. Ankara: Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü.
- 55 Yajima, Y., & Funayama, M. (2006). Spectrophotometric and tristimulus analysis of the colors of subcutaneous bleeding in living persons. *Forensic Science International*, 131-137.
- 56 Nash, K. R., & Sheridan, D. J. (2009). Can one accurately date a bruise? State of the science. *Journal of Forensic Nursing*, 31-37.
- 57 Hughes, V. K., Ellis, P. S., & Langlois, N. E. (2004). The practical application of reflectance spectrophotometry for the demonstration of haemoglobin and its degradation in bruises. *Journal of Clinical Pathology*, 355-359.

- 58 Langlois, N. E. (2007). The science behind the quest to determine the age of bruises—a review of the English language literature. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 241-251.
- 59 Polat, O., İnanıcı, M. A., & Aksoy, M. E. (1997). Yaralar. *Adli Tıp Ders Kitabı* (s. 101-250). içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 60 Pollak, S., & Saukko, P. (2000). Blunt Injury. J. A. Siegel, & P. J. Saukko içinde, *Encyclopedia of Forensic Sciences* (s. 316-325). Amsterdam: Academic Press.
- 61 Palmén, R., Francoli, N., Genova, A., Göksel, A., Sales, L., Sansonetti, S., . . . Öztürk, A. (2016). *WAVE: Kadına Yönelik Şiddet Karşılaştırmalı Raporu: İtalya, İspanya ve Türkiye*. Notus.
- 62 T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2016). *Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eylem Planı 2016-2020*. Ankara: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- 63 Barkowitz, C. D. (1998). Medical Consequences of Child Sexual Abuse. *Child Abuse&Neglect*, 541-550.
- 64 Richard Reading, R., & Rannan, E. Y. (2007). Genital Herpes in Children May Not Necessarily Indicate Sexual Abuse. *Arch Dis Child*, 608-613.
- 65 Keke, X. (2002). HIV prevalence in children who have been sexually assaulted and the impact on the child and family. *14th International Congress on Child Abuse and Neglect, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, (s. 7-10). Denver.
- 66 Lindegren, M. L., Hanson, I. C., Hammett, T. A., Beil, J., Fleming, P. L., & Ward, J. W. (1998). Sexual Abuse of Children: Intersection With the HIV Epidemic. *Pediatrics*.
- 67 Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*.
- 68 Richter, L., Komárek, A., Desmond, C., Celentano, D., Morin, S., Sweat, M., . . . Coates, T. (2014). Reported Physical and Sexual Abuse in Childhood and Adult HIV Risk Behaviour in Three African Countries: Findings from Project Accept (HPTN-043). *AIDS and Behavior*, 381-389.
- 69 Senn, T. E., Carey, M. P., & Venable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 711-735.

- 70 Jones, D. J., Lewis, T., Litrownik, A., Thompson, R., Proctor, L. J., Isbell, P., . . . Runyan, D. (2013). Linking Childhood Sexual Abuse and Early Adolescent Risk Behavior: The Intervening Role of Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 139-150.
- 71 Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). 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*, 697-715.
- 72 Edwards, V. J., Freyd, J. J., Dube, S. R., Anda, R. F., & Felitti, V. J. (2012). Health Outcomes by Closeness of Sexual Abuse Perpetrator: A Test of Betrayal Trauma Theory. *Journal of Aggression Maltreatment&Trauma*, 133-148.
- 73 Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 453-476.
- 74 Dube, S., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 430-438.
- 75 World Health Organization. (2017). *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*. Amsterdam: WHO Publications.
- 76 Adams, J. A., Kellogg, N. D., Farst, K. J., Harper, N. S., Palusci, V. J., Frasier, L. D., . . . Starling, S. P. (2016). Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 81-87.
- 77 Özkök, M. S. (2016). Cinsel Şiddete Maruz Kalmış Ergen ve Erişkin Hastalarda Tıbbi ve Adli Tıbbi Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine-Special Topics*, 62-75.
- 78 Afşin, H., & Kolusayın, R. Ö. (2011). Adli Diş Hekimliği ve Kimliklendirme. *Adli Tıp Ders Kitabı* (s. 533). içinde İstanbul.
- 79 Berek, J. S., & Novak, E. (2007). *Berek and Novak's Gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- 80 Lawton, S., & Littlewood, S. (2006). Vulval Skin Disease: Clinical Features, Assesment and Management. *Nursing Standart*, 57-63.

- 81 Puppo, V. (2011). Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women's sexual health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 3-8.
- 82 Yang, C. C., Cold, C. J., Yilmaz, U., & Maravilla, K. R. (2006). Sexually responsive vascular tissue of the vulva. *BJU International*, 766-772.
- 83 Eserdağ, S. (2018, Mart 31). *Kolposkopi*. Hera:
<http://www.jinekolognet.com/kolposkopi.asp> adresinden alındı
- 84 Yang, C. C., Cold, C. J., Yilmaz, U., & Maravilla, K. R. (2005). Sexually responsive vascular tissue of the vulva. *BJU International*, 766-772.
- 85 Farage, M., & Maibach, H. (2006). Lifetime changes in the vulva and vagina. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 195-202.
- 86 McCann, J., Voris, J., Simon, M., & Wells, R. (1990). Comparison of Genital Examination Techniques in Prepubertal Girls. *Pediatrics*.
- 87 Heger, A. H., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., Zaragoza, T., McConnell, G., & Morahan, M. (2002). Appearance of the Genitalia in Girls Selected for Nonabuse. *Review of Hymenal Morphology and Nonspecific Findings*, 27-35.
- 88 Myhre, A. K., Myklestad, K., & Adams, J. A. (2010). Changes in Genital Anatomy and Microbiology in Girls between Age 6 and Age 12 Years: A Longitudinal Study. *Journal of Pediatric&Adolescent Gynecology*, 77-85.
- 89 Ostrzenski, A. (2002). *Gynecology: Integrating Conventional, Complementary, and Natural Alternative Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.
- 90 Bikoo, M. (2007). Female genital mutilation: classification and management. *Nursing Standard*, 43-49.
- 91 Muram, D. (1999). Treatment of prepubertal girls with labial adhesions. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 67-70.
- 92 Watson, A. A. (1989). *Forensic Medicine: A Handbook For Professionals*. Gower.
- 93 McCann, J., Miyamoto, S., Boyle, C., & Rogers, K. (2007). Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. *Pediatrics*.
- 94 Hobday, A. J., Haury, L., & Dayton, P. K. (1997). Function of the human hymen. *Medical Hypotheses*, 171-173.

- 95 McCann, J., Wells, R., Simon, & Voris, J. (1990). Genital Findings in Prepubertal Girls Selected for Nonabuse: A Descriptive Study. *Pediatrics*, 428-439.
- 96 Bernard-Bonnin, A. C., Hébert, M., Dagnault, I. V., & Allard-Dansereau, C. (2008). Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health*, 479-486.
- 97 Üçok Demir, N., Irmak, M. Y., Murat, D., & Perdahlı Fiş, N. (2016). Cinsel istismara uğrayan ergen adli olgularda flört ilişkisinde şiddet varlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 240-247.
- 98 El-Din, A. S., Elkholy, S. M., Metwally, E. S., & Farag, H. A. (2015). Pattern of Female Sexual Assault in Qalyubia Governorate, Egypt, During the Period From 2009 to 2013. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 276-284.
- 99 Boateng, F. D. (2015). Victims of sexual assaults: The experiences of Ghanaian Women. *International Review of Victimology*, 343-360.
- 100 Bütün, C., Yıldırım, A., Özer, E., Yılmaz, E., & Sarı, S. A. (2017). A Nonrandom Sample of 55 Sexual Abuse Cases In Sivas. *Medical Science Monitor*.
- 101 Korkmaz, M., Uysal, C., Sivri, S., Bozkurt, İ., Bulut, K., Şimşek, Ş., . . . Haspolat, K. (2014). Cinsel saldırı sonrası adli tıp bölümüne başvuran olguların beden ve ruh sağlıklarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 656-661.
- 102 Şenol, E., Meral, O., Önen Sertöz, Ö., Ender Altıntoprak, A., Coşkunol, H., & Güler, H. (2016). Cinsel Saldırı Olguları İçin Düzenlenen Adli Psikiyatrik Raporların İncelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 159-166.
- 103 Möller, A. S., Bäckström, T., Söndergaard, H. P., & Helström, L. (2012). Patterns of Injury and Reported Violence Depending on Relationship to Assailant in Female Swedish Sexual Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 3131–3148.
- 104 Du Mont, J., Kosa, D., Macdonald, S., Benoit, A., & Forte, T. (2017). A comparison of Indigenous and non-Indigenous survivors of sexual assault and their receipt of and satisfaction with specialized health care services. *PLoS one*.

- 105 Özel, Ş., Kansu Çelik, H., Çatak, Y., Özyer, Ş., Türkeri, İ., Engin Üstün, Y. (2017). Bir Kadın Sağlığı Merkezinde Yapılan Yeni Düzenlemeler Sonrasında Değerlendirilen Cinsel İstismar Vakalarının Analizi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 160-162.
- 106 Akinlusi, F. M., Rabi, K. A., Olawepo, T. A., Adewunmi, A. A., Ottun, T. A., & Akinola, O. I. (2014). Sexual assault in Lagos, Nigeria: A five year. *BMC Women's Health*, 115.
- 107 Greenall, P. V., & Richardson, C. (2015). Adult Male-on-Female Stranger Sexual Homicide: A Descriptive (Baseline) Study From Great Britain. *Homicide Studies*, 237-256.
- 108 Hansen, O. I., Sabroe, S., Brink, O., Mpsych, M. K., & Charles, V. A. (2009). Characteristics of victims and assaults of sexual violence – Improving inquiries. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 182-188.
- 109 Abrahams, N., Mathews, S., Lombard, C., & Martin, L. J. (2017). Sexual homicides in South Africa: A national cross-sectional epidemiological study of adult women and children. *PLoS one*.
- 110 Tülü, İ. A., & Erden, H. G. (2013). Türkiye’de Cinsel Suçlar ile İlgili Suç Analizi: Cinsel Saldırı Suçlarının Psikolojik Profilleri, Bilişsel Çarpıtmaları ve Psikopati Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- 111 Karanfil, R., & Zeren, C. (2012). Kahramanmaraş Ağır Ceza Mahkemesi'nde Görülen ve Sonuçlandırılan Cinsel Suçların Analizi. *Adli Tıp Dergisi*.
- 112 Moreno, A. S. (2013). Age differences among victims of sexual assault: A comparison between children, adolescents and adults. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 465-470.
- 113 Zilkens, R. R., Smith, D. A., Phillips, M. A., Mukhtar, S. A., Semmens, J. B., & Kelly, M. C. (2017). Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. *Forensic Science International*, 195-202.
- 114 Zilkens, R. R., Smith, D. A., Phillips, M. A., Mukhtar, S. A., Semmens, J. B., & Kelly, M. C. (2017). Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. *Forensic Science International*, 112-120.
- 115 Cross, T. P., Alderden, M., Wagner, A., Sampson, L., Peters, B., & Lounsbury, K. (2017). Biological Evidence in Adult and Adolescent Sexual Assault Cases: Timing and Relationship to Arrest. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-12.

- 116 Möller, A., Söndergaard, H. P., & Helström, L. (2017). Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 932-938.
- 117 Wood, D. S., & Rosay, A. B. (2008). Case Attrition of Sexual Violence Offenses: Empirical Findings.
- 118 RAINN. (2018, Mart 24). <https://www.rainn.org/statistics/scope-problem> adresinden alındı
- 120 Erbaş, M., Balcı, Y., Karbeyaz, K., & Göçeoğlu, Ü. Ü. (2017). Muğla'da Yabancı Uyruklu Cinsel Suç Mağduru Olguların Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 21-27
- 121 Maguire, W., Goodall, E., & Moore, T. (2009). Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 149-153.
- 122 Tıplamaz, S., & Beygirci, A. (2017). Çocuk Cinsel İstismarında Cinsel İlişki Şekli(Oral, vajinal, anal) ile Fizik Muayene Bulguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic*, 9-15.
- 123 Kebede , B. (2018). Assesing Medico Legal Evidence and Legal Outcome Among Cases of Sexual Assault(Rape) in Addis Ababa. *Ethiopian Journal of Reproductive Health*, 14-14.
- 124 Priebe, G., & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, Characteristics, and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population-Based Sample of Swedish Adolescents. *Journal of Sexual Abuse*, 19-39.
- 125 Svedin, C. G., Back, C., & Söderback, S. B. (2009). Family relations, family climate and sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 355-362.
- 126 Deveci, E., & Açık, Y. (2003). Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi . *Arşiv*, 396.
- 127 Zara-Page, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 103-113.
- 128 Eckert, L. O., Sugar, N., & Fine, D. (2004). Factors impacting injury documentation after sexual assault: Role of examiner experience and gender. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1739-1746.
- 129 Anderson, S. L., Parker, B., & Bourguignon, C. M. (2009). Predictors of Genital Injury After Nonconsensual Intercourse. *Adv Emerg Nurse Journal*, 236-247.

- 130 Lincoln, C. I., Perera, R., Jacobs, I., & Ward, A. (2013). Macroscopically Detected Female Genital Injury After Consensual and Non-consensual Vaginal Penetration: A Prospective comparison Study. *Journal Forensic Legal Medicine*, 884-901.
- 131 Astrup, B. S., Lauritsen, J., Thomsen, J., & Ravn, P. (2013). Colposcopic Photography of Genital Injury Following Sexual Intercourse In Adults. *Forensic Science Med Pathology*, 24-30.
- 132 Yıldız, M. (2013). Cinsel Saldırı Olgularında Makroskobik ve Kolposkobik Muayene Bulgularının Karşılaştırılması. Mersin.
- 133 Doğan, Ö. Ö. (2009). Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak, istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması: kontrollü bir çalışma. *Uzmanlık Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- 134 Watson, B. (2007). Sexual abuse of girls and adult couple relationships: Risk and protective factors. *Unpublished doctoral dissertation*. Brisbane, Australia: Griffith University.
- 135 Kennedy, K. M. (2015). Strategic Categorization of Available Research Relating to Sexual Assault and Rape Facilitates More Accurate Interpretation of Injury Data. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31-35.
- 136 Zink, T., Fargo, J. D., Baker, R. B., Buschur, C., Fisher, B. S., & Sommers, M. S. (2010). Comparison of Methods For Identifying Ano-genital Injury After Consensual Intercourse. *Journal Emergency Medicine*, 113-118.
- 137 Kar, H., Özdemir, Ç. (2018). Kadına Yönelik Cinsel Şiddet. *Türkiye Klinikleri*, 17-25.
- 138 Biggs M., Stermac L.E., Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. *CMAJ*. 1998; 159: 33–37
- 139 Bowyer L., Dalton M.E., *Female victims of rape and their genital injuries*. Br J Obstet Gynaecol. 1997; 104: 617–620.
- 140 Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Science International*. 2003; 131: 125–130.
- 141 Slaughter L, Brown CR, Crowley S, et al. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 176: 609–616

- 142 Baker RB, Sommers MS. Relationship of genital injuries and age in adolescent and young adult rape survivors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37: 282–289.
- 143 O'Brien C. Improved forensic documentation of genital injuries with colposcopy. *J Emerg Nurs*. 1997; 23: 460–462.
- 144 Slaughter L, Brown CR. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 166: 83–86.
- 145 Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2001; 14: 175–180.
- 146 Anderson S, McClain N, Riviello RJ. Genital findings of women after consensual and nonconsensual intercourse. *J Forensic Nurs*. 2006; 2: 59–65.
- 147 Sachs CJ, Chu LD. Predictors of genitorectal injury in female victims of suspected sexual assault. *Acad Emerg Med*. 2002; 9: 146–151.
- 148 Sommers MS, Zink T, Baker RB, et al. The effects of age and ethnicity on physical injury from rape. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35: 199–207.
- 149 Aksoy E.,Çetin G.,İnanıcı M.A.,Polat O.,Sözen M.Ş.,Yavuz F.,Adli Tıp Ders Notları-Cinsel Saldırıları, www.ttb.org.tr
- 150 Obe McLay, Clinical Forensic Medicine, Adult Sexual Offences and Related Matters: s.193-219

EKLER

Ek-1 :

VAJİNAL YOLDAN CİNSEL İSTİSMAR OLGULARINI DEĞERLENDİRME ANKETİ

1. Mağdurun yaşı:

2. Mağdur Eğitimi: 1- okur-yazar değil

2- okur-yazar

3- ilkokul

4- ortaokul

5- lise

6- üniversite

7- yüksek lisans ve üstü

8- bilgi yok

3. Mağdur Mesleği : 1- öğretmen

6- işsiz

2- memur

7- bilgi yok

3- öğrenci

8- sekreter

4- mühendis

9- seks işçisi

4. Mağdurun Medeni Durumu: 1- evli

2- ayrı yaşıyor

3- boşanmış

4- evlenmemiş

5- dul

5. Anne Eğitimi: 1- okur-yazar değil 5- lise
2- okur-yazar 6- üniversite
3- ilkokul 7-yüksek lisans ve üstü
4- ortaokul 8-bilgi yok

6. Baba Eğitimi: 1- okur-yazar değil 5- lise
2- okur-yazar 6- üniversite
3- ilkokul 7- yüksek lisans ve üstü
4- ortaokul 8-bilgi yok

7. Anne Baba Medeni Durum: 1- evli
2-ayrı yaşıyor
3-boşanmış
4- evlenmemiş
5- bilgi yok

8. Mağdur Mesleği : 1- öğretmen 6- işsiz
2- memur 7- bilgi yok
3- öğrenci 8- sekreter
4- mühendis 9- seks işçisi
5- işçi 10- diğer

9. Olay ve muayene arasında geçen zaman

10. İlk cinsel deneyim yaşı: 1- deneyimi yok 2-

11. Olay yeri: 1- sanık evi 5-3. Bir kişiye ait ev 9- toplu yaşam alanı
2- mağdurun evi 6- araç 10- iş yeri
3- ortak ev 7- açık alan 11- bilgi yok
4- sosyal mekanlar 8- kırsal alan 12- birden çok yer
13- hatırlamıyor

12. Sanığın yaşı: 1-bilinmiyor 2-

13. Sanığın Yakınlık Derecesi: 1- akraba 4- partner
2- eş 5- tanıdık
3- arkadaş 6- tanımıyor

14. Sanık sayısı: 1- tek 2- birden fazla 3- bilmiyor

15. Mağdurun İlişkiye Rızası olup-olmadığı: 1- var
2- yok
3- bilgi alınamadı
4- cinsel ilişki tariflemiyor

16. Olay öncesi alkol, ilaç vb. Kullanımı: 1- yok

- 2- alkol
3- uyuşturucu
4- ilaç
5- alkol+ uyuşturucu
6- birşey koklatmış
7- içecek

17. Genital Muayenede: 1- bulgu var 2- bulgu yok

18. Genital yaralanma yeri: 1- lezyon yok 7- servix
2- posterior forset 8- vestibule
3- fossa navicularis 9- uretral
4- labia minora 10- perineum
5- hymen 11- mons pubis
6- clitoris 12-hymen+vestibule
13- üretral+hymen

19. Genital Yaralanma tipleri: 1- ekimoz 6- sedefi nedbe+ekimoz
2- abrazyon 7- lezyon yok
3- laserasyon 8- eski yırtık
4- alet yaralanması 9- eski yırtık+silinme
5- yanık

20. Genital bölgede yaralanma yeri sayısı: 1-1, 2-2, 3-3, 4-3den fazla, 5- lezyon yok

21. Genital muayenede lezyon sayısı: 1-1, 2-2, 3-3, 4-3den fazla, 5- lezyon yok

22. Genital muayenede lezyon tipi sayısı: 1-1, 2-2, 3-3, 4- 3den fazla, 4- yok

23. Vajinal penetranlar: 1-tek 2-iki 3-3 4-4 5-4den fazla 6-yok 7-hatırlamıyor 8-bilgi yok

24. Hymende lezyon: 1- yok 4- hematoma 7- eskiyirtık 10- ekimoz+kızarıklık
2- ekimoz 5- ödem 8- taze yırtık+hiperemi
3- tazekanama 6- kızarıklık 9-eski yırtık+silinme

25. Saat kadranına göre hymen lezyonunun yeri:

26. Genital Olmayan Yaralanma bölge sayısı: 1-yok 2-tek 3-iki 4-üç 5- 3den fazla

27. Genital olmayan vücut yaralanmaları :

1- yok

7- göğüste

2-başta

8-karın bölgesinde

3- boyunda

9- kafa+ alt ekst

4- yüzde

10- yüz+üst ekst

5- üst ekstremitede

11-üst+göğüs

6- alt ekstremitede

12-boyun+üst ekst+alt ekst

31. Genital Olmayan Yaralanma tipleri:

1- ekimoz

2- abrazyon

3- laserasyon

4-çoğul lezyon