

Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için medikolegal bakım kılavuzu Dünya Sağlık Örgütü-2003

**Cinsiyet ve Kadın Sağlığı, Aile ve Toplum Sağlığı, Yaralanmaları ve
Şiddetin Önlenmesi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Ruh Sağlığı,
Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 2003**

Türkçeye Çevirenler: Zuhâl UZUNYAYLA, Gözde YEŞİLTEPE, Ümit ÜNÜVAR- Mayıs 2021

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi hekimler; Gözde YEŞİLTEPE, Devrim Sertaç ÖZKAN, Cudi Ferhat BURAN, Hüseyin Mehmet ŞENGÜL, Burçin GÜRBEDEN, Alper KUREŞ ve Ataman SİVASLI'ya çeviri için teşekkürlerimizle...

Çevirenin notu: Bu kılavuzun çevirisi yapılırken kılavuzda yer almayan bazı güncel konular ve güncellemeler çevirenin notu olarak ilgili yerlerde verilmiştir.

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Adli tıp hekimlik pratiğindeki en travmatik ve karmaşık olgu türlerinden biri olan cinsel şiddete maruz bırakılmış olgular için özel bir değerlendirme yöntemine gereksinim duymaktayız. Çünkü bu olguların yaşadıkları travmatik sürecin fiziksel ve ruhsal başta olmak üzere her türlü sonuçlarıyla başa çıkabilmeleri için bilimsel kriterlere uygun, kapsamlı ve cinsiyete duyarlı sağlık hizmetine gereksinim duyduklarını biliyoruz. Ancak ülkemiz de dahil olmak üzere birçok coğrafyada, cinsel şiddete maruz bırakılanların gereksinim duydukları sağlık hizmetiyle, almış oldukları sağlık hizmeti arasında derin bir uçurum bulunmaktadır.

Adli Tıp Uzmanları Derneği Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Çalışma Grubu olarak bizler; kadına ve LGBTİ bireylere yönelik her türlü şiddetin temelinde yer alan toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapmaktayız. Bu amaçla öncelikle; alanımız çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliği konusundaki farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalar üretmek, aynı zamanda toplumdaki tüm bireyleri ilgilendiren, sessiz salgın olarak nitelendirilen bu sağlık sorunu kadına yönelik şiddet konusunda adli tıp alanında yapılabilecek çalışmalara öncülük etmek hedefimizdir. Bu doğrultuda; alanımızda çalışan tüm bilim insanlarına cinsel şiddet olgularının muayenesinde iyi bir rehber olacağını düşündüğümüz ve herkesin ulaşımına açık olan bu rehberin (*Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence-2003*) Türkçe çevirisini yaparak tüm meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

Özellikle adli tıp uzmanlığına hazırlanan araştırma görevlisi meslektaşlarımız için yol gösterici olacağını düşündüğümüz bu rehberin, alanımıza ve kadın sağlığına katkı sağlaması umuduyla... Mayıs 2021

Adli Tıp Uzmanları Derneği
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Çalışma Grubu

1. Giriş

- 1.1 Cinsel şiddet: küresel bir problem
- 1.2 Neden bu kılavuza ihtiyaç duyulmaktadır?
- 1.3 Kılavuzun amaçları
- 1.4 Kılavuzun kullanımı
- 1.5 Kılavuzun gözden geçirilmesi

2. Cinsel şiddet: Prevalans, dinamikleri ve sonuçları

- 2.1 Cinsel şiddetin tanımı
- 2.2 Cinsel şiddet türleri
- 2.3 Prevalans
- 2.4 Cinsel şiddetin dinamikleri
 - 2.4.1. Tecavüz mitleri (inancıları)
 - 2.4.2 Risk faktörleri
- 2.5. Sağlık sonuçları
 - 2.5.1 Fiziksel sonuçlar
 - 2.5.2 Psikolojik sonuçlar

3. Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için hizmet sunumu

- 3.1. Genel konular
 - 3.1.1. Öncelikler
 - 3.1.2. Ortam
 - 3.1.3 Zamanlama
 - 3.1.4 Hizmet sağlayıcılar
 - 3.1.5 Etik konular

3.1.6 Yerel politikalar ve yasalar

3.1.7 Araştırmacılar ile ilişkiler

3.1.8 Diğer hizmetlerle etkileşim

3.2 Tesisler

3.2.1 Konum

3.2.2 Ekipman

3.3 Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için bir hizmet oluşturulması

3.3.1. İlk değerlendirmeler

3.3.2 Değerlendirme ve izleme

4. Cinsel şiddetten kurtulan yetişkinlerin değerlendirilmesi ve muayenesi

4.1. Genel Bakış

4.2 İlk değerlendirme

4.2.1. Önceliklerin belirlenmesi

4.2.2 Sağlık çalışanları nasıl davranmalıdır

4.2.3 Aydınlatılmış Onam alınması

4.3 Öykü alma

4.3.1 Genel tıbbi öykü/anamnez

4.3.2 Jinekolojik öykü

4.3.3 Saldırının öyküsü

4.4 Fizik muayene

4.4.1 Genel ilkeler

4.4.2 "Tepeden topuğa" fizik muayene

4.4.3 Genito-anal muayene

4.5 Yaralanmaları sınıflandırılma ve kaydetme

4.5.1 Yaralanmaların tanımlanması

4.5.2 Yaraların sınıflandırılması

4.5.3 Penetrasyona bağlı genito-anal yaralanmalar

4.5.4 Yaralanma paternleri ve yorumlanması

4.6 Tanısal testler, örnek toplama ve adli tıbbi sorunları

5 Adli tıp örnekleri

5.1 Adli örneklerin amacı

5.2 Adli örnek toplama teknikleri

6 Tedavi ve Takip Süreci

6.1 Fiziksel yaralanmalar

6.2 Gebeliğin önlenmesi ve yönetimi

6.2.1 Acil kontrasepsiyon

6.2.2 Gebelik testi ve yönetimi

6.3 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)

6.3.1 CYBE testleri

6.3.2 CYBE'ler için profilaktik tedavi

6.4 HIV / AIDS

6.4.1 HIV testi

6.4.2 Bulaş sonrası profilaksi

6.5 Hepatit B

6.6 Hasta bilgilendirilmesi

6.7 Takip süreci

- 6.7.1 Tıbbi gözden geçirme
- 6.7.2 Danışmanlık ve sosyal destek
- 6.7.3 Yönlendirmeler /sevkler

7 Çocuk cinsel istismarı

- 7.1 Çocuk cinsel istismarının tanımı
- 7.2 Çocuk cinsel istismarının dinamikleri
 - 7.2.1 Mağduriyet için risk faktörleri
 - 7.2.2 İfşa/açıklama dinamikleri
- 7.3 Çocuk cinsel istismarının fiziksel ve davranışsal göstergeleri
 - 7.3.1 Cinselleştirilmiş davranışlar
 - 7.3.2 Genito anal bulgular
- 7.4 Sağlık sonuçları
- 7.5 Çocukların değerlendirilmesi ve muayenesi
 - 7.5.1 Genel hususlar
 - 7.5.2 Aydınlatılmış onam ve gizlilik konuları
 - 7.5.3 Çocukla görüşme
 - 7.5.4 Öykü alma
 - 7.5.5 Fizik muayene
- 7.6 Tıbbi ve adli örneklerin toplanması
- 7.7 Tedavi
 - 7.7.1 Çocuklar ve CYBE'ler
 - 7.7.2 HIV ve temas sonrası profilaksi
 - 7.7.3 Gebelik testi ve yönetimi

7.8 Takip süreci

7.8.1 Tanısal sonuçlar

7.8.2 İstismarın bildirilmesi

7.8.3 Takip süreci - tedavi

7.8.4 Danışmanlık ve sosyal destek

8 Belgeleme ve raporlama

8.1 Belgeleme

8.1.1 Nasıl ve ne belgelenmelidir?

8.1.2 Kayıtların saklanması ve kayıtlara erişim

8.1.3 Epidemiyolojik araştırmalar

8.2 Fotoğraflama

8.3 Yazılı kanıt sağlama ve mahkemeye katılım

Kaynaklar

Kaynakça

Ek 1. Örnek cinsel şiddet muayene kaydı

Ek 2. Tıbbi sorunlar ve cinsel şiddet

Ek 3. Sağlık çalışanının eğitimi ve öğretimi

1. GİRİŞ

1.1 Cinsel şiddet: Küresel bir problem

Cinsel şiddete her yerde, her zaman rastlamak mümkündür; her kültürde, her sosyal seviyede, dünya üstündeki her ülkede olabilir. Ülkelerden ya da bölgelerden çalışmalar gösteriyor ki dünyanın bazı bölgelerinde en az beş kadından biri hayatlarının herhangi bir döneminde yakın partnerleri tarafından tecavüze uğruyor ya da tecavüz girişimiyle karşı karşıya kalıyor. Ayrıca her üç kadından biri ilk cinsel deneyiminin zorla olduğunu ifade ediyor (1). Cinsel şiddetin mağdurları en fazla kadınlar olmasına rağmen, erkekler ve her iki cinsten çocuklar da cinsel şiddete maruz kalıyor. Cinsel şiddet sadece coğrafi açıdan değil yaş ve cinsiyet açısından da küresel bir problem olarak kabul edilmektedir.

Cinsel şiddet; ev de dahil olmak üzere, iş yeri, okul, sosyal ortam gibi çok çeşitli yerlerde meydana gelebilir. Birçok durumda çocukluk çağında ya da adölesan dönemde başlar. Kamerun, Karayipler, Peru, Yeni Zelanda, Güney Afrika, Tanzanya gibi çeşitli ülkelerde yapılan toplum temelli çalışmalarda, yüksek oranda cinsel ilişkiye (*sexual initiation*) zorlama olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalara göre, adölesan kadınlarda %9 ile %37 arasında, adölesan erkeklerde %7 ile %30 arasında, aile üyeleri, öğretmen, erkek arkadaş ya da yabancılar tarafından cinsel ilişkiye zorlama olduğu gösterilmiştir (2-8).

Cinsel şiddetin halk sağlığı üzerine olumsuz etkileri çok belirgindir. Çok sayıda potansiyel üreme ve cinsel sağlık sorunlarına yol açabilir - istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), insan immün yetmezlik virüsü (HIV)/ edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS), evlatlık vermenin benimsenmesi için artan risk ve riskli cinsel davranışlar (erken ve sayıca fazla cinsel ilişki, yaşlı ya da sayıca fazla partnere maruz kalma). Cinsel şiddetin ruh sağlığına etkileri ise ciddi ve uzun süreli olabilir. Çocukluk çağında cinsel şiddete uğrayanlarda depresyon, madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve intihar gibi durumları yaşama ihtimali cinsel şiddete uğramayan akranlarına göre daha yüksektir. Dünya genelinde çocukluk cinsel istismarı TSSB'nin en büyük nedenlerindedir ve olguların tahminen kadınlarda % 33'ünü ve erkeklerde % 21'ini oluşturur (9).

1.2 Neden bu kılavuza ihtiyaç duyulmaktadır?

Cinsel şiddete uğramış olanlar olayı açıklamaları bile, sıklıkla tıbbi yardıma ihtiyaç duyarlar. Sağlık durumu ve kadınların sağlık hizmeti kullanımı ile yakın partner şiddetine maruz kalma arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar; şiddete uğramış kadınların, şiddete uğramayan kadınlara göre daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu göstermiştir (10,11). Uğradığı cinsel şiddeti örneğin polise rapor eden saldırıdan kurtulan kadınlar, özellikle de saldırgan bir yabancıysa, genelde sağlık hizmetlerinden faydalanır, muayene ve tedavi olurlar. Sonuçlarından bağımsız olarak, cinsel saldırı mağduruyla karşılaşan sağlık personelinin, bu durumu tanınması ve sorumluluk alması çok önemlidir.

Cinsel şiddete maruz bırakılanlar yaşadıkları deneyimin fiziksel ve ruhsal sonuçlarıyla başa çıkabilmek için kapsamlı ve cinsiyete duyarlı sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar, aldıkları sağlık hizmeti bu son derece üzücü ve travmatik olaylar karşısında iyileşmelerine yardım etmelidir. Sağlık hizmet servisleri şunlara ihtiyaç duyar; gebelik testi, gebelik önleyici hizmetler (acil kontrasepsiyon), küretaj (yasal olan yerlerde), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için tanınal testler ve/veya profilaksi, yaralanmaların tedavisi, psikososyal danışmanlık hizmetleri. Sağlık sektörü acil sağlık hizmeti verilmesine ek olarak, bu kişileri daha sonra sosyal yardım, ücretsiz avukatlık hizmeti gibi ihtiyaç duyabileceği diğer kurumlara da yönlendirebilmelidir.

Sağlık çalışanları aynı zamanda saldırının koşullarını doğrulayacak, saldırganın kimliklendirmesini yapabilecek ve olayın sağlık sonuçlarını belirlemeye yarayacak delillerin toplanmasını ve belgelenmesini sağlamalı ve olayın sağlık sonuçlarını hesaplayabilecek donanımda olmalıdır (12). Bu deliller cinsel şiddet olaylarının yargılanma sürecinde hayati öneme sahiptir.

Bununla birlikte çoğu ülkede, cinsel şiddete maruz bırakılanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetiyle, sağlanan sağlık hizmeti arasında derin bir uçurum vardır (13-16). Örneğin çoğu ülkede, cinsel şiddet mağdurları bu konuda eğitimli bir adli tıp uzmanı ya da sağlık çalışanı tarafından muayene edilmemektedir. Bazı durumlarda, hayatta kalanlar asgari sağlık standartlarına bile uymayan ortamlarda birden fazla kez muayene olabilmektedir.

Dahası, şimdye kadar cinsel şiddete maruz bırakılanların tıbbi yönetimini sağlamak üzere sağlık çalışanları için hazırlanmış kılavuz ya da prtokoller yaygın olarak kullanılamamıştır.

Tedavi kılavuzları ya da protokollerinin birçok değerli işlevi vardır. Cinsel şiddete maruz bırakılanların yönetiminde bu kılavuzlar tedavinin kalitesini arttırarak ulusal sağlık sistemlerine yardımcı olabilir ve hayatta kalanlara destek sağlar, ikincisi; bu standart prtokoller adli delillerin toplanmasında rehberlik eder ve üçüncü olarak da yeterli düzeyde bakım verebilmek için kapasitelerini arttırmak isteyen sağlık çalışanlarına yararlı bir eğitim aracı olabilirler.

1997 yılında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu-15. Uluslararası Dünya Kadın Hastalıkları ve Doğum ve İnsan Hakları İzlemi Kongresi'nde Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) bir çağrı yapıldı; bu çağrıda cinsel şiddet mağdurlarını değerlendirecek medikolgeal servisler için protokoller geliştirilmesi talep edildi. Bu çağrıya yanıt olarak, Haziran 2001'de, DSÖ cinsel şiddet vakalarında cinsiyete duyarlı ve kapsamlı sağlık hizmetlerini güçlendirme konusunda yapılması gereken normatif katkıları belirlemek için DSÖ Bölge Ofisi Temsilcilerini ve bölgeler arası uzmanları dahil ettiği bir danışma toplantısı düzenledi. Toplantı komitesi DSÖ'nün iki yönlü bir yaklaşım benimsemesini tavsiye etti; hem politika rehberliği (Politika Rehberi başlığında ve cinsel şiddete maruz bırakılanların değerlendirilmesi gereken sağlık merkezleri için doküman şeklinde) ve hem de cinsel şiddete maruz bırakılan bireylerin tıbbi yönetimine ilişkin bir dizi kılavuz (şu anda okumakta olduğunuz 2003 basımı kılavuz) sağlamak.

Bu kılavuz Avustralya-Victoria Adli Tıp Enstütüsü'nden Dr. David Wells, Çin-Hong Kong Üniversitesi'nden Dr. Wendy Taylor ve Kanada- Toronto Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden Dr. Tanya Smith'in işbirliğiyle geliştirilmiştir. Daha sonra kılavuzun taslak versiyonu tüm dünya bölgelerini temsil eden uzmanlar tarafından değerlendirilmiş ve bu uzmanlar kılavuzun içeriğinin geliştirilmesiyle ilgili çok değerli geri bildirimler sağlamışlardır. Buna ek olarak, kılavuz DSÖ tarafından kapsamlıca gözden geçirilmiştir.

1.3 Kılavuzun Amaçları

Bu kılavuzun amacı; cinsel şiddete maruz bırakılan tüm bireyler (kadın, erkek, çocuk) için profesyonel sağlık hizmeti geliştirmektir. Bunu da şu şekilde sağlayacaktır:

- Cinsel şiddete maruz bırakılanların yönetimini sağlayacak gerekli bilgi ve beceriye sahip sağlık çalışanlarını yetiştirerek,
- Cinsel şiddete maruz bırakılanlara sağlık ve adli tıp hizmetlerinin her ikisinin de sağlanması için standart protokoller yaparak,
- Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için sağlık ve adli tıp hizmetleri verecek birimlerin kurulması konusunda kılavuzluk yaparak.

Bu kılavuz, her seviyeden sağlık çalışanı için kullanılabilir bir kaynak belge olması amacıyla hazırlanmıştır. Kılavuzun cinsel şiddet sorunuyla ilgili farkındalığı ve olguların tespit oranını artırılması ümit edilmektedir. Sonuçta, artan bilgi ve farkındalık, önleyici çalışmalar için büyük önem taşımaktadır.

Bu kılavuz kadın ve çocukların değerlendirilmesine odaklanmıştır. Mevcut kanıtlar, çocukluk döneminde erkek ve kadın mağdurlar arasında karşılaştırılabilir cinsel şiddet oranlarını verse de yetişkinlikte kadınların cinsel şiddete maruz kalma olasılığı erkeklerden çok daha yüksektir. Bu bulgu, erkek cinsel şiddet mağdurlarının özel sağlık ihtiyaçları hakkında bilginin çok sınırlı olduğu gerçeği de göz önüne alındığında, kılavuzun odak noktasını belirlemiştir. Bununla birlikte bu kılavuz her iki cinsiyetten bireyler için geçerli olan sağlık bakım konularına odaklanmakta ve erkek olgulara özgü çeşitli endişeleri de vurgulamaktadır.

1.4 Kılavuzun Kullanımı

Bu kılavuz geniş bir yelpazade sağlık profesyonellerini ilgilendirmektedir; cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerle karşılaşacak tüm sağlık çalışanı ya da değerlendirmeyi yapacak sağlık çalışanına eğitim verenler gibi. Bu katogoriye sağlık hizmeti veren kuruluşların yöneticileri, adli tıp uzmanları, adli tıp eğitimi almış doktorlar ve hemşireler, sağlık memurları, kolluk kuvvetleri, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, acil tıp hizmeti veren doktorlar ve hemşireler, pratisyen hekimler ve psikiyatristler girmektedir. Sağlık

Çalışanları bu kılavuzu gün içinde verdikleri hizmetlerde ve/veya cinsel Şiddet mağdurları için sağlık hizmetlerinin gelişimine rehberlik etmek amacıyla kullanabilirler. Kılavuz aynı zamanda sağlık kuruluşlarında, cinsel Şiddete maruz bırakılanları değerlendirecek olan multidisipliner takımın yesi sağlık çalışanları ve diğer üyelerine yönelik hizmet içi eğitimler için de kullanılabilir.

İkinci aşama olarak, bu kılavuz Sağlık Bakanlıkları içindeki sağlık hizmet planlaması ve mesleki eğitimden sorumlu siyasetçiler, tıp ve halk sağlığı alanlarında niversite müfredatı geliştirme sorumluluğu olan kişiler için de önemlidir. Siyasetçiler, sadece cinsel Şiddete maruz bırakılanlara yönelik hizmetlerin farklı yönlerinin sağlanmasından değer, aynı zamanda bunun koordineli olmasından ve finanse edilmesinden de sorumlu bir konumdadır ve bu kuruluşlarda ilgili eğitim programlarına öncelik verilmelidir. Bu kılavuz aynı zamanda ulusal, bölgesel ve yerel yönetimler için, cinsel Şiddete maruz bırakılanlara yönelik uygun bakım sistemlerinin planlamasında kullanılabilir ve hizmet sunumu eğitimi için müfredat hazırlanmasında yol gösterici olabilir.

Bu kılavuz, kapsamlı sağlık hizmeti verilmesinde ya da cinsel Şiddete maruz bırakılanlardan adli delillerin toplanmasında ciddi sınırlılıkları olan yerlerde çalışan sağlık personeli için özel bir önemle geliştirilmiştir. Kılavuz kullanılacağı yerdeki bölgesel ya da ulusal koşullara göre adapte edilmeli, kaynakların kullanılabilirliği, ulusal politikalar ve prosedürler hesaba katılmalıdır.

Kılavuzda sunulan bilgiler şu Şekilde düzenlenmiştir; Cinsel Şiddetin doğası ve dinamikleri ile ilgili güncel çalışmalara genel bir bakışı (Bölüm 2), cinsel Şiddete maruz bırakılanlara uygun sağlık tesislerinin kurulmasını da içeren hizmet sunumuyla ilgili genel bilgiler (Bölüm 3), cinsel Şiddete maruz bırakılanların tıbbi muayenesi ile ilgili, yaraların sınıflandırılması ve kayıt altına alınması da dahil tüm konularda, detaylı bilgi (Bölüm 4), adli delillerin toplanması (Bölüm 5), tedavi seçenekleri ve sonrasındaki izlem hizmetleri (Bölüm 6) açıklanmıştır. Çocuklara yönelik cinsel Şiddet zel bir durum olarak ayrıca ele alınmıştır (Bölüm 7). Kılavuzun ana bölümü, yazılı rapor ve mahkeme tanıklığını da içeren, belgeleme ve raporlama ile ilgili bir bölüm ile son bulmaktadır (Bölüm 8).

Sağlık kuruluşu ile hasta arasındaki konsültasyonların ayrıntılarını kayıt etmek için örnek bir form kılavuza eklenmiştir (Ek 1). Bu kılavuzu kullananlara, örnek formu bu haliyle kullanmaları ya da kendi buldukları şartlara ya da spesifik ihtiyaçlara göre adapte etmeleri önerilir. Ek 2 cinsel şiddete maruz bırakılanların bakımı ile ilgili olan tıbbi bilgileri sağlar. Son olarak Ek 3 bu özel alandaki becerilerini geliştirmek isteyen sağlık personeli için uygun eğitim olanaklarının ayrıntılarını verir.

Kılavuz hazırlanırken bu alana karakterize çeşitli terimler dikkate alınmıştır. Tutarlı olması amacıyla, aşağıdaki terimler tüm kılavuz boyunca kullanılmıştır:

- Cinsel şiddete maruz bırakılan/hayatta kalan/mağdur: Cinsel şiddete uğradığını bildiren kişi (kadın, erkek, çocuk). **Çevirenin Notu:** *Orijinal kılavuzda yer alan 'victims of sexual violence' tanımı 'cinsel şiddete maruz bırakılanlar' olarak çevirilmiştir. 'Mağdur' ya da 'kurban' terimlerini kullanmaktan özellikle kaçınsak da zaman zaman 'cinsel şiddet mağduru' terimi metin içinde geçecektir.*
- Hasta: Bir sağlık çalışanından hizmet alan ya da sağlık çalışanı tarafından bakılan kişi.
- Sağlık çalışanı: Sağlık hizmeti sağlayan profesyoneller, örneğin doktorlar, hemşireler, sağlık hizmeti sunumu alanında özel eğitimi olan diğer profesyoneller.
- Çocuk: 18 yaşın altındaki bireyler (çocuk tanımı ülkeler ya da eyaletler arasında değişebilmektedir).
- Cinsel şiddet (cinsel istismar (*abuse*) ile eş anlamlıdır): Çok geniş aralıktaki eylemleri kapsayan bir terimdir -tecavüz/zorla seks, cinsel taciz, takıntılı cinsel davranışları vb - (tanımı ayrıca Bölüm 2.1 cinsel şiddetin tanımı'nda mevcuttur)
- Yakın partner (*intimate partner*): Koca, erkek arkadaş ya da sevgili ya da eski koca, eski erkek arkadaş ya da eski sevgili.

Yukarıda tanımlanan nedenlerle, bu kılavuz sağlık hizmetlerinin birincil yararlanıcısı yetişkin kadınlar baz alınarak hazırlanmıştır. Bununla birlikte çocukları ya da erişkin erkekleri ilgilendiren spesifik sorunlar, mümkün olduğunca tanımlanmaya çalışılmıştır. Örneğin metnin geneli çocuklara ve erişkinlere beraber uygulanabilse de çocuklara özgü

bölümleri de vardır (Bölüm 7-çocuğun cinsel istismarı) ve Ek 2 (Tıbbi sorunlar ve cinsel şiddet) gibi. Benzer şekilde, yetişkin erkeklere özgü sorunlar kılavuz boyunca çeşitli yerlerde vurgulanmıştır, genellikle de kutulu metin öğeleri olarak sunulmuştur.

1.5. Kılavuzun gözden geçirilmesi

Kapsamlı gözden geçirmelere ve farklı bölgesel gerçekleri yansıtmak için gösterilen gayretlere rağmen, fark ettik ki doğası gereği bir kılavuz oluşturmak her zaman daha çok geliştirilmeye açıktır. Kullanıcılar, kılavuzun olmazsa olmaz kuralları olmadığını, özel hizmet yapıları, yasal çerçeveler ve kaynaklara uygun olarak adapte edilmesi gerektiğini akılda bulundurmalıdır.

Bu kılavuzun yazım aşaması da dahil, zaman içinde klavuzda bir dizi değişiklik yapmamız gerekeceğine, özellikle tedavi için gereken malzemelerde değişiklikler olacağına inanıyoruz. Bu nedenle bu kılavuzu kullanacak olanları, kılavuzda yer alan bilgilerin geçerliliğini kontrol etmeleri, özellikle de yerel durum ve mevcut ulusal tedavi protokollerine uygunluğunu kontrol etmeleri konusunda uyarıyoruz.*

****Çevirenin notu:** Çeviri yapılırken bu paragraf temelinde gerekli yerlerde güncel bilgiler çevirenin notu şeklinde vurgulanmıştır.*

Kılavuz hakkında geri bildirimlere hoş geldiniz. Örnek olarak; bu kılavuz size cinsel şiddete maruz bırakılanlara bakım vermek için ihtiyacınız olan bilgilerin hepsini sağladı mı? Eğer yanıtınız hayırsa eksikler neler? Kılavuzun okunması ve pratiğe geçirilmesi kolay mı? Sizin geliştirilebileceğini düşündüğünüz kısımları var mı? Lütfen bize yorumlarınızı gönderin ki biz de mümkün olduğunca sonraki kullanıcıların işine yarayacak şekilde klavuzu değiştirebilelim. Bize aşağıdaki adresten ulaşabilirsiniz:

Injuries and Violence Prevention Department, World Health Organization

20 avenue Appia, CH 1211 Geneva 27- Switzerland

E-mail: vip@who.ch

Fax: 44 22 791 4332

Bu klavzu aşağıdaki linkten indirebilirsiniz:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/

Özet

- Cinsel şiddet birçok şekilde olabilir, sadece rıza dışı ilişki ile sınırlı değildir, geniş bir cinsel davranış yelpazesini kapsar; cinsel amaçlı eylem elde etme denemeleri, cinsel taciz, cinsel baskı/tehdit, cinsel ticaret için insan kaçakçılığı ve kadın sünneti (kadın genital organ harabiyeti-*mutilasyon*) gibi. Ancak, bu rehber daha çok cinsel saldırı (tecavüz) ve çocuk cinsel istismarı üzerinedir.
- Cinsel şiddet mağdurlarının büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Faillerin çoğu ise erkektir.
- Cinsel saldırı olgularının çoğunda, fail, mağdurun tanıdığı biridir, hatta şimdiki eşi ya da eski eşi ya da akrabası gibi yakın bir tanıdıktır.
- Cinsel saldırı güç ve kontrolden motivasyon alan saldırgan/*agresif* bir davranıştır.
- Cinsel şiddetin sağlık ve iyilik hali üzerine hem fiziksel hem de psikolojik etkileri vardır; bu etkiler kısa ve/veya uzun dönemde olabilir. Cinsel şiddetin sağlık sonuçları – ve cinsel şiddete verilen tepkiler - bireyden bireye ve istismarın doğasına göre (sıklık, şiddet, fail) belirgin bir şekilde değişmektedir.

2. CİNSEL ŞİDDET: PREVALANSI, DİNAMİKLERİ VE SONUÇLARI

2.1 Cinsel şiddetin tanımı

“Tecavüz”, “cinsel saldırı”, “cinsel istismar” ve “cinsel şiddet” terimleri genellikle eş anlamlı olarak kabul edilmekte ve birbirinin yerine kullanılabilir. Ancak bu terimler yerine ve durumuna göre birbirinden çok farklı anlam (ve imalara) sahip olabilirler. Daha önemlisi, cinsel şiddetin yasal tanımları, tıbbi ve sosyal tanımlamalardan farklı olabilir, daha ötesi, ülkeden ülkeye, hatta ülke içinde bile değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin, özellikle onam ve evlilik yaşı için geçerli olduğu üzere, kendi yargı alanlarındaki cinsel şiddetin yasal tanımlarından haberdar olmaları önemlidir.

Cinsel şiddet; “mağdurla ilişkisi ne olursa olsun, ev ve iş dahil herhangi bir ortamda, herhangi bir kişi tarafından yapılan herhangi bir cinsel eylem, cinsel bir eylemde

bulunma girişimi, istenmeyen cinsel yorumlar veya hareketler veya zorlama, zarar verme veya fiziksel güç kullanma tehdidi ile kadınların cinselliğinin ticaretini yapmak olarak tanımlanır (1). Bu tanıma göre çok geniş bir davranış yelpazesi, silahla tecavüzdən işten çıkarılma tehdidi altında cinsel baskıya kadar (örneğin gerçeğe aykırı bir anlaşmayla) cinsel şiddet eylemi olarak sınıflandırılır.

Cinsel aktivite konusunda gerçeğe aykırı anlaşma çeşitli yollarla elde edilebilir; örneğin, fiziksel şiddet tehdidi, yarar/kazançların verilmemesi tehditleri (iş yerinde terfi veya iyi bir derece gibi), psikolojik baskı veya şantaj yoluyla. Bu tür durumlarda anlaşma, özgürce verilen rıza anlamına gelmez. Bu şartlar altındaki anlaşma özgür irade ile verilen rıza ile eş değildir. Aynı rıza veremeyecek durumdaki kişileri –eylemin önemini anlayamayan ya da rızasını veya reddini gösteremeyen kişileri (örneğin alkol ya da madde etkisi ile kısıtlanmış olanlar ya da zeka engelliliği olanlar) - içeren cinsel şiddet eylemleri için de geçerlidir; bu eylemler rıza-dışı olarak tanımlanmaktadır (17).

2.2 Cinsel şiddet türleri

Cinsel şiddet birçok formda ve değişik şartlar altında gelişebilir. Bir kişi, bir başkası ya da birden fazla kişi tarafından ("*gang-rape*") cinsel şiddete maruz kalabilir; olay planlı ya da sürpriz bir saldırı şeklinde gelişebilir. Cinsel şiddet sıklıkla mağdurun evinde (ya da failin evinde) gerçekleşmesine rağmen, başka birçok yerde olabilir; işyeri, okul, hapisane, arabalar, sokaklar ya da açık alanlar (parklar, çiftlikler) gibi. Cinsel saldırının faili randevulaşılan kişi, bir iş arkadaşı, bir arkadaş, aile üyesi, yakın partner ya da eski yakın partner ya da tamamen yabancı biri olabilir, ancak bunun aksine failer genellikle mağdurun tanıdığı bir kişidir. Kalıplaşmış bir fail örneği yoktur; cinsel olarak saldırgan erkekler her türlü geçmişe sahip olabilirler; zengin ve fakir, akademik ya da eğitimsiz, dindar ya da değil. Failer saygı duyulan ve güvenilen, otorite sahibi kişiler de olabilir (doktor, öğretmen, turist rehberi, din insanı, polis memuru) ve sırf bu nedenle bu kişilere cinsel saldırı açısından daha az şüphe duyulabilir. Cinsel saldırı savaş ve silahlı çatışma durumlarında artar. Özellikle, tecavüz ve cinsel işkence düşmanı demoralize etmek için bir silah olarak kullanılır; kadınlar düşman askerlerle "geçici evliliğe" zorlanırlar. Hapsedilen kadınlar, hapisane gardiyanları ve polis memurları tarafından cinsel şiddete

maruz kalabilirler (18). Aşağıdakilerle sınırlı olmamakla beraber cinsel şiddetin diğer türleri (19);

- cinsel kölelik;
- cinsel taciz (iş terfisi ya da okulda yüksek not karşılığında cinsel ilişki istekleri dahil);
- zorla fuhuş amaçlı kaçakçılık;
- zorla pornografiye maruz bırakılmak;
- zorla hamilelik;
- zorla kısırlaştırma (sterilizasyon);
- zorla düşük yaptırma;
- zorla evlilik;
- kadın sünneti (kadın genital organ harabiyeti-mutilasyon-)
- bakirelik testleri

Kimi failler cinsel saldırıyı kolaylaştırmak için uyuşturucu ilaçlara başvurur (20). Uyuşturucu etkisi altındaki bir kadın daha kolay kontrol edilir, fiziksel güce pek de gerek kalmayabilir, çünkü uyuşturucular kadını sakinleştirir ve kısıtlar, hatta bazı durumlarda bilinç kaybı oluşturur. Bu açıdan, son yıllarda artmış sözde "buluşma tecavüzü" ilaçları kullanımı çok dikkat toplamıştır. Madde etkisi ile kolaylaştırılmış cinsel şiddetin bu ve diğer yönleri KUTU 1'de daha detaylı aktarılmıştır.

Cinsel şiddet birçok şekilde olurken, bu kılavuz cinsel şiddet mağdurlarına ve çocuk cinsel istismarı mağdurlarına yaklaşım ve bakım üzerine yoğunlaşmıştır. Bu kılavuzun amacına uygun olarak, tecavüz; "penis ya da diğer vücut parçaları ya da bir nesne kullanılarak, fiziksel veya başka şekilde zorlamayla - az bile olsa - vulva veya anüse penetrasyon" olarak tanımlanmaktadır (1). Bu tanım, tecavüzün yerel yasal tanımı dar ise (örneğin, bir penis ile vajinal penetrasyonla sınırlıysa) tecavüz olarak kabul edilmeyecek zorla cinsel eylemi içerir.

2.3 Prevalansı / Sıklığı

Cinsel şiddet dünya çapındaki milyonlarca insan, özellikle de kadınlar için bir gerçektir. Araştırmalar gösteriyor ki mağdurların büyük çoğunluğu kadın, failerin çoğunluğu erkek ve mağdurların tanıdığı biridir (19,21-23). Elbette bu erkeklere ve erkek çocuklara yönelik cinsel şiddetin de yaygın olduğu gerçeğini ortadan kaldırmaz.

KUTU 1
Madde kullanımı ve cinsel şiddet
Alkol uzun zamandır rıza dışı cinsel eylemi kolaylaştırmak için kullanılan, halen en popüler "madde" tercihidir. Ancak son yıllarda cinsel şiddet olgularında eylemi kolaylaştırmak için "buluşma tecavüzü/date rape" ilaçları kullanımında bir artıştan söz edilmektedir. En sık kullanılan ilaçlar flunitrazepam (Rohypnol) ve diğer benzodiazepinler, gamma-hydroxybutyrate (GHB), ketamin, kokain, metamfetamine ve marijuanadır (20). Mağdurlar ilaç aldıklarının ve cinsel şiddete maruz kaldıklarının farkında olmayabilirler.
Alkol ya da madde kullanımında, genellikle erkekler ve kadınlar arasında bir çifte standart mevcuttur. Eğer bir kadın alkol ya da madde kullanırsa genellikle mağduriyeti için suçlanır. Öte yandan, failin davranışı ise affedilir ya da gerekçeli bulunur çünkü kendisi "etki altındadır" ve bu sebeple davranışlarını kontrol etmesi beklenemez. Sağlık çalışanları madde etkisi ile kolaylaştırılmış bir cinsel şiddeti işaret eden bulgular açısından dikkatli olmalıdır. Eğer hasta aşağıdaki semptomların herhangi biriyle gelirse, madde ya da alkol kullanımından şüphelenilmelidir:
<ul style="list-style-type: none">- bilinç bozukluğu, hafıza kaybı, dezoryantasyon ya da konfüzyon;- konuşma ya da koordinasyon bozukluğu;- açıklanamayan travma bulguları, özellikle genital bölgede;- bildirilen alkol kullanım miktarı ile uyuşmayan toksikasyon belirtileri;- açıklanamayan giysi kaybı ya da değişikliği;- "vücut dışı bir deneyim" yaşaması hakkında konuşma.
Eğer madde etkisi ya da alkolden şüpheleniliyorsa, aşağıdakiler konusunda dikkatli olmak önemlidir:
<ul style="list-style-type: none">- bilinç durumundaki herhangi bir değişiklik acil servistekiler gibi hemen tam bir resusitasyon sağlayıcısına erişim gerektirebilir,- örnekler ne kadar erken alınırsa (örneğin kan, idrar) materyal tespit etme başarısı o kadar artar

Kadınlara karşı cinsel şiddetin tüm ülkelerde ve toplumun tüm seviyelerinde yaygın olduğu kabul görse de cinsel şiddetin dünyadaki prevalansı ile ilgili güvenilir istatistikler kısıtlıdır. Yakın partnerler tarafından cinsel istismarın nüfusa dayalı çalışmaları göstermektedir ki kadınların %6 ila %46'sı yaşamları boyunca yakın partnerleri ya da eski yakın partnerleri tarafından seks yapmaya zorlanıyor ya da zorla seks yaşıyorlar (1). Tecavüz ve ev içi şiddet, doğurgan yaştaki kadınların kaybettiği sağlıklı yaşam yıllarının tahmini % 5-16'sını oluşturmaktadır (24).

Cinsel saldırının bildirilmesi ise belirgin derecede azdır. Bu yüzden yayınlanan istatistikler problemin gerçek boyutunu göstermekte yetersiz kalmakta ve aynı zamanda çalışmaları karşılaştırma açısından da zorluklar çıkarmaktadır. Cinsel şiddetin rapor edilmemesinin nedenleri karmaşık ve çok yönlüdür; ama tipik olarak cezalandırılma ve aşağılanma korkusu, araştıranlara, polise ve sağlık çalışanlarına güven eksikliğinden kaynaklıdır. Cinsel şiddete maruz kalan erkekler kadınlardan da az bildirim yapmaktadır (25) ve bu nedenle erkeklere karşı cinsel şiddetin kapsamı hakkındaki bilgiler özellikle kısıtlıdır. Erkeklere karşı cinsel şiddet ve bunun sonuçları daha ilerde detaylı bir şekilde tartışılmıştır (bkz. 2.5 Sağlık sonuçları).

Ayrıca çocuk cinsel istismarı hakkında gerçekçi insidans oranları, hatta prevalans tahminleri elde etmek de çok zordur, bunun nedeni yine büyük oranda eksik bildirimden kaynaklıdır. Çocuk istismarının, istismarın gerçekleştiği zamanda bildirişi nadirdir, hatta çoğu olguda hiçbir zaman bildirilmemektedir. Elimizdeki prevalans bilgilerinin çoğu, erişkinlere geçmişleri hakkında sorular sorularak elde edilmiştir (27). Dahası, çoğu ülke güvenilir bir çocuk cinsel istismarı bildirim sistemine sahip değildir. Bu durum, çocuk cinsel istismarı tanımlarının ülkeler arasında farklılık göstermesi ve karşılaştırmaları zorlaştırmasıyla daha da karmaşık hale gelmektedir. Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre kız çocukların %7 ila %36'sı, erkek çocukların %3 ila %29'u çocuk cinsel istismarına maruz kalmıştır. Çalışmaların çoğu kız çocuklarına cinsel istismarın erkek çocuklarına göre 1.5-3 kat daha yaygın olduğunu bildirmektedir. Bildirilen çocuk cinsel istismarı vakalarının sadece % 10-15'i erkek çocuklarını

ilgilendirmektedir ve bu bulgu, erkek çocuklarda cinsel şiddetin bildirimini ile sıklığı arasındaki tutarsızlığın altını çizmektedir (28).

Kadın ve çocukların fuhuş amaçlı kaçakçılığı en hızlı büyüyen uluslararası suç haline gelmektedir. Resmi tahminlere göre, dünya çapında her yıl 1 ila 2 milyon kadın ve çocuk, zorla çalıştırma, ev içinde çalıştırma veya cinsel sömürü için kaçırılıyor (29). Genel olarak, düşük ekonomik statüdeki kadınlar cinsel kölelik, insan ticareti için kaçakçılık ve cinsel istismara daha fazla maruz kalıyorlar (29).

2.4 Cinsel şiddetin dinamikleri

Cinsel saldırgan davranışın arkasındaki itici güçler ve bunun nedenleri birkaç araştırmacı tarafından analiz edilmiş ve şu şekilde özetlenmiştir:

- Cinsel şiddet agresif/saldırgan bir eylemdir. Çoğu cinsel şiddet eyleminin altında yatan faktör sanıldığı gibi hiç de bir seks yapma isteği değil, güç ve kontroldür. Bu nadiren bir tutku suçudur. Daha ziyade kadını yıldırma, egemenlik kurma, aşağılamak, terörize etmek ve kontrol etmek için kullanılan şiddetli, saldırgan ve düşmanca bir eylemdir. Fail tarafından sergilenen düşmanlık, saldırganlık ve/veya sadizm, kurbanın benlik duygusunu tehdit etmeyi amaçlamaktadır. Cinsel şiddet kişinin mahremiyet, güvenlik ve esenlik duygusunu ihlal eder (19,30).
- Faillerle yapılan çalışmalar cinsel şiddeti motive eden faktörün cinsel arzu olmadığını doğrulamıştır. Her tür cinsel şiddetin içinde cinsellik ve saldırganlık yer alsa da aslında cinsellik; sadece kadınlara yönelik öfke ve düşmanlık gibi çeşitli cinsel olmayan duyguları ifade etmek için kullanılan bir araçtır ve aynı zamanda kadını kontrol etme, egemenlik kurma ve kadına karşı gücünü kanıtlama ihtiyacıdır. Faillerin hepsi cinsel şiddet uygulamak için aynı motivasyona sahip değildir ve cinsel şiddet içeren eylemlerde bulunma biçimleri de benzer değildir. Cinsel şiddetin nedeni veya eylemin niteliği ne olursa olsun öfke, güç ve cinsellik her zaman mevcut olan unsurlardır (31).
- Birinin neden cinsel şiddet davranışında bulunmayı seçtiğini ve bunun nedenlerini ortaya çıkarmak karmaşık bir konudur. Ancak bazı ortak noktalar mevcuttur.

Groth'a göre cinsel şiddet "acizlik hissini telafi etmeye, failin cinsel yeterliliğini kanıtlamaya, kimliğini ortaya koymaya, akranları arasında statüsünü elinde tutmaya, cinsel kaygılara karşı savunmaya, cinsel tatmin elde etmeye ve hayal kırıklığını gidermeye hizmet eder" (31).

Sağlık çalışanlarının ise cinsel şiddetin dinamiklerini anlaması; empatik, objektif ve optimum sağlık bakımı sağlaması için önemlidir. Cinsel şiddetin dinamikleri hakkında daha detaylı okuma için bkz "WHO World report on violence and health (1)".

2.4.1 Tecavüz mitleri (inanışları)

Cinsel şiddetin gerçekleri, çoğu insanın inandığı şeyden çok farklıdır. Tecavüz hakkındaki popüler olan **yanlış** inanışlar/mitler Tablo 1'de özetlenmiştir. Hem bir birey hem de toplumun bir üyesi olarak cinsel şiddet hakkındaki birçok efsaneyi kabul etmek; dini, sosyal ve kültürel olarak kabul edilmiş, erkek ve kadın için tayin edilen normal cinsel davranışlara dair görüşlere karşı meydan okumaktan daha kolaydır. Çoğu toplumda ve kültürde erkekler cinsel girişkenler olarak kabul edilir, kadınlar ise cinsel olarak pasiftir ve cinsel aktivitede girişken değildir, cinsel ilişkiye sadece evlilikte girmeli ve kocasına sadık kalmalıdır (32).

Baskın olan mitler/inanışlar, tecavüz ve tecavüz mağduruna verilen tepkileri etkiler. Bu mitlere karşı gelinemediğinde tecavüz desteklenir, haklı çıkarılır ve hatta tecavüze göz yumulur. Mitler daha çok mağduru suçlar tarzda olmaya meyillidir; faili davranışından dolayı sorumlu tutması gerekirken, mağdur suçlanır ve saldırıdan dolayı sorumlu tutulur, özellikle de mağdurun faili tanıdığı vakalarda. En basiti çoğu cinsel şiddet mağduruna inanılmaz. Bu şartlar cinsel şiddet mağdurlarının yardım almasını ve bu deneyimi atlatmasını çok daha zor hale getirmektedir.

Tecavüze uğrayan insanlarla çalışan herkes mitler ve gerçekler arasındaki farkı bilmelidir. Tecavüz hakkındaki kişisel inanışlar, tutumlar incelenmeli ve bu tutumlara meydan okunmalıdır. Sağlık çalışanları, tarafsızlığın önemini anlamalıdır. Tecavüz iddialarının doğruluğu veya failin masumiyeti veya suçluluğu hakkında karar vermek sağlık çalışanının görevi değildir, buna karar vermek soruşturmacıların ya da mahkemenin görevidir.

2.4.2 Risk faktörleri

Birinin sekse zorlanması veya başka bir kişiyle seks yapmaya zorlanması riskini artıran birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları, dahil olan bireylerin tutumları, inançları ve davranışlarıyla ilgiliyken diğerleri ise sosyal şartlanmaya, akran, aile ve topluluk çevresine derinden bağlıdır. Bu tür faktörler sadece tecavüzün gerçekleşme olasılığını değil, aynı zamanda tecavüze verilen tepkiyi de etkiler (1, 18).

Herhangi bir kişi tecavüz mağduru olabilir, ancak daha savunmasız olabilecek ve bu nedenle bireyler arası şiddetin ve özellikle cinsel şiddetin mağdurları olarak "daha fazla temsil eden/simgelleyen" görünen bazı birey veya birey grupları vardır. Bunlar:

- yalnız kadınlar;
- hane halkının yalnız kadın reisleri;
- çocuklar ve genç erişkinler;
- bakım evindeki / koruyucu ailedeki çocuklar;
- fiziksel ya da zihinsel engelli kadınlar ve erkekler;
- cezaevinde ya da gözaltında olan kişiler;
- madde kullanımı ya da alkol problemi olan kişiler;
- tecavüz ya da cinsel istismar geçmişi olan kişiler;
- fuhuş yapan kişiler;
- istismar içeren ve birbirine bağımlı olunan ilişkide bulunan kişiler;
- savaş ya da silahlı çatışma mağdurları;
- evsizler ya da yoksullar.

Tablo 1 Tecavüz ile ilgili sık karşılaşılan mitler / inanışlar

MİTLER	GERÇEKLER
Tecavüzün birincil motivasyonu sekstir.	Tecavüzün ana motive edici faktörleri, güç, öfke, hakimiyet kurmak ve kontrol etmektir.
Sadece belli tip kadınlar tecavüze uğrar.	Her kadın tecavüz mağduru olabilir. Ancak birçok insan yüksek ahlaklı kadınların ("iyi kızlar") tecavüze uğramayacağına, ahlaksız kadınların ("kötü kızlar") tecavüze uğradığına inanır.
Kadınlar sahte tecavüz beyanlarında bulunur.	Bildirilen cinsel şiddet olaylarının sadece çok küçük bir yüzdesinin sahte beyan olduğu düşünülmektedir.
Tecavüz faili yabancıdır.	Tecavüzlerin büyük çoğunluğu tanınan bir saldırgan tarafından gerçekleştirilir.
Tecavüz dikkate değer miktarda fiziksel güç ve bir silah kullanımı içerir.	<p>Tecavüzlerin çoğu büyük bir fiziksel güç kullanımı içermez. Hayatta kalanların çoğu ciddi yaralanma ya da öldürülmekten korktuklarını ve bu yüzden çok az direnç gösterdiklerini belirtirler. Bu da çok az fiziksel güçle ya da silah kullanımı ile mağdurların baskı altına alınabildiğini açıklamaktadır.*</p> <p>*Çevirenin notu: Yapılan çalışmalarda, saldırı anında saldırıya maruz kalanların % 37.6- % 52'sinde önemli derecede hareketsizlik bildirilmiştir. Tonik immobilité/tonik hareketsizlik (Tİ) hayvanlarda direnişin mümkün olmadığı ve diğer kaynakların bulunmadığı yırtıcı saldırıya bir savunma tepkisi olarak kabul edilmektedir. İnsanlarda Tİ hakkında çok daha az şey bilinmekle birlikte, yapılan az sayıda çalışma özellikle cinsel saldırıdan kurtulanlara odaklanmıştır. Çalışmalar saldırı anında önemli sayıda mağduru saldırganına hiçbir şekilde direnemediğini bildirmiştir. İnsanlarda Tİ şu şekilde tanımlanmıştır: yoğun korku içeren durumlara yanıt olarak istemsiz, geçici bir motor inhibisyon durumu. Ayrıca kas hiper veya hipotonikliği, titreme, seslendiremememe, analjezi ve dış uyaranlara göreceli yanıtızlık ile katatoni benzeri bir durum olarak tanımlanmıştır. Cinsel saldırı bir kişinin maruz kalabileceği en ağır travmatik deneyimlerden biridir ve araştırmalar cinsel saldırıdan kurtulanlarda Tİ puanlarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Daha detaylı bilgi için alttaki makale ve ilişkili makalelere bkz.</p> <p><i>Möller A, Söndergaard HP, Helström Lotti. Tonic immobility during sexual assault—a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2017, 96.8: 932-938.</i> https://doi.org/10.1111/aogs.13174</p>
Tecavüz ciddi, gözle görülür yaralanmalara neden olur.	Tecavüzlerin çoğu ciddi anlamda bir fiziksel güç kullanımı içermediğinden fiziksel yaralanma da olmayabilir. Bir insanın fiziksel yaralarının olmaması tecavüze uğramadığı anlamına gelmez. Yaklaşık olarak mağdurların sadece 1/3'ü fiziksel yaralanmaya sahiptir.
Kadınlar sekse "hayır" dediğinde, aslında "evet" i kastediyorlar.	"Hayır" demek hayır demektir; kadınların bu konudaki dileklerine her zaman saygılı olunmalıdır.
Seks işçileri tecavüze uğramaz.	Her kadın ve erkek, seks işçiliğinden bağımsız olarak, tecavüze uğrayabilir. Çalışmalar göstermiştir ki erkek ve kadın seks işçilerinin önemli bir kısmı, müşterileri, polis ya da partnerleri tarafından tecavüze uğramıştır.

Bir erkek karısına tecavüz edemez.	Her türlü zorla seks ya da zorla cinsel eylem, kadının faili ile evli olup olmadığına bakılmaksızın tecavüz anlamına gelir. Ne yazık ki kadınlar kocaları tarafından tecavüze uğrayabilirler, ancak birçok yargı alanında evlilik içi tecavüzün muafiyeti vardır ve yargı bunu tecavüz olarak görmez.
Tecavüz hemen polise bildirilir.	Tecavüzlerin büyük çoğunluğu polise bildirilmez. Bildirilenlerin de büyük kısmı olaydan 24 saat sonra bildirilir. Mağdurlar bildirimini erteler ya da hiç bildirmez çünkü bu konuda hiçbirşeyin yapılmayacağını düşünürler ya da fail mağdura ve ailesine karşı tehditlerde bulunmuş olabilir, mağdurlar ailesinin ya da toplumun vereceği tepkiden korkarlar ya da utanırlar; bazı mağdurlar basitçe bunun özel bir durum olduğunu zanneder ya da nereye bildireceğini bilemez.

Tipik bir mağdur olmadığı gibi, failer de hayatın her kesiminden olabilir. Tablo 2 cinsel şiddet faileri için belirlenmiş risk faktörlerini listelemektedir.

Tablo 2 Bir erkeğin tecavüz suçu işleme riskini arttıran faktörler

Bireysel Faktörler	İlişkisel Faktörler	Toplumsal Faktörler	Sosyal Faktörler
Alkol ve madde kullanımı	Cinsel açıdan saldırgan veya suç işleyen akranlarla ilişkiler	Yoksulluğun, erkek kimliği krizine aracılık etmesi	Cinsel şiddeti destekleyen sosyal normlar
Zorlu seksüel fanteziler; cinsel şiddet ile uyumlu tavırlar	Fiziksel şiddet ve kaynak azlığı ile karakterize aile çevresi	İş olanaklarının yokluğu	Erkeklerin üstünlüğü ve cinsel hakları olduğunu destekleyen sosyal normlar
İmpulsif ve antisosyal eğilimler	Güçlü bir ataerkil ilişki ya da aile ortamı	Polis ve yargı tarafından kurumsal destek yokluğu	Cinsel şiddetle ilişkili yasalar ve politikaların zayıf olması
Bireysel olmayan seks tercihi	Duygusal yönden destek olmayan bir aile ortamı	Toplumda cinsel şiddete genel bir tolerans olması	Cinsiyet eşitliği ile ilişkili yasalar ve politikaların zayıf olması
Kadınlara karşı düşmanlık	Aile onurunun mağdurun güvenliği ve sağlığından daha önemli kabul edilmesi	Cinsel şiddet failerine karşı toplumda zayıf yaptırımlar olması	Yüksek suç oranı ve diğer şiddet türlerinin fazlalığı
Çocuklukta istismar öyküsü			
Çocukken ev içi şiddete tanık olmak			

Referans: Kaynak 1

2.5 Sağlık sonuçları

Cinsel şiddetin sağlıkla ilgili sonuçları çok sayıda ve çeşitlidir, hem kısa hem de uzun dönemde fiziksel ve psikolojik etkiler içerir. Belki de en belirginini, cinsel istismarın, bir kişinin tüm yaşam sürecini etkileyen ve kökten değiştiren yıkıcı uzun vadeli psikolojik etkilere sahip olmasıdır.

2.5.1 Fiziksel sonuçları

Cinsel saldırıya uğrayan kişiler, genital ve genital bölge dışı bir dizi fiziksel yaralanma, hatta bazı uç vakalarda ölümle karşılaşabilir. Ölüm, ya şiddetin kendisinden ya da intikam eylemlerinden (örneğin, "namus" cinayetleri veya suçu ihbar etmenin bir cezası olarak) ya da intihardan kaynaklanabilir.

Buna ek olarak, tecavüz mağdurları şunlar açısından artmış risk altındadır:

- istenmeyen gebelik;
- güvenli olmayan düşük;
- cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), HIV/AIDS dahil;
- cinsel disfonksiyon;
- infertilite;
- pelvik ağrı ve pelvik inflamatuvar hastalık (PIH);
- idrar yolu enfeksiyonları

Kadınlardaki genital hasarlar daha çok posterior fourchette, labia minor, hymen ve/veya fossa navicularis de gözlenmektedir. En sık karşılaşılan genital yaralanmalar:

- yırtıklar (laserasyon);
- ekimoz (çürük);
- abrazyonlar;
- kızarıklık ve şişlik.

Tipik olarak genital bölge dışı yaralanmalar ise şunlardır:

- çürük ve kontüzyonlar;
- laserasyonlar;
- ayak, el bileği ve boyunda bağ izleri;

- şekilli/paternli yaralanmalar (örnğ; el izi, parmak izi, kemer izi, ısırık izi);
- anal ya da rektal travma.

Cinsel şiddet ile ilişkili diğer fiziksel yaralanma türleri hakkında daha detaylı bilgi bölüm 4.5 de verilmiştir (yaraların kaydı ve sınıflaması).

2.5.2 Psikolojik sonuçlar

Tipik bir mağdur olmadığı gibi cinsel şiddet deneyimine de tipik bir tepki yoktur; psikolojik etkiler kişiden kişiye önemli ölçüde değişir. Bununla birlikte, genel olarak, aşağıdaki sağlık sorunları ile tekrar tekrar başvuran kişilerde özellikle cinsel şiddetten şüphelenilmelidir (19,22,33):

- Tecavüz Travması Sendromu (aşağı bkz.);
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (aşağı bkz.);
- Depresyon;
- Sosyal fobiler (özellikle evlilik ya da buluşma tecavüzlerinde);
- Anksiyete;
- Artmış madde kullanımı ya da kötüye kullanımı;
- Özkıyım/intihar davranışları.

Uzun dönemde mağdurlar şunlardan şikayetçi olabilir:

- kronik başağrısı;
- yorgunluk;
- uyku bozuklukları (örneğin kabuslar, flashbackler);
- tekrarlayan bulantı;
- yeme bozuklukları;
- menstrüel ağrı;
- cinsel zorluklar.

Çocuk cinsel istismarından kurtulan yetişkinlerde, semptomlar genellikle çocuklarda bulunanların bir uzantısıdır ve şunları içerebilir:

- Depresyon;
- Anksiyete;

- Travma Sonrası Stres Bozukluğu;
- Kognitif bozukluklar;
- Duygusal sıkıntıların dışı vurumu;
- Kişiler arası ilişkilerde zorluklar, cinsel problemler dahil.

Tecavüz Travması Sendromu / Rape Trauma Syndrome

Cinsel şiddet mağdurlarının çoğu Tecavüz Travması Sendromu (*Rape Trauma Syndrome, RTS*) yaşar (34). Bu, "... cinsel şiddet yaşamış bir kişinin ... strese tepki örüntüsü" olarak tanımlanmaktadır (35). RTS somatik, bilişsel, psikolojik ve/veya davranışsal semptomlarla kendini gösterebilir ve genellikle iki aşamadan oluşur: akut faz ve uzun dönem faz.

Akut faz. Akut faz bir karışıklık, dezorganizasyon evresidir. Tecavülden hemen sonra başlar ve yaklaşık 2-3 hafta devam eder. Akut faz boyunca, kişi güçlü duygusal tepkiler yaşar ve fiziksel semptomlar gösterebilir (bkz. 2.5.1 Fiziksel sonuçlar). Duygusal tepkiler ya ifade edilir ya da kontrol altında tutulur, örneğin:

- ağlama ve hıçkırarak ağlama;
- gülümseme ve kahkaha;
- sakin ve çok kontrollü olma;
- düz bir duygulanım.

Duygular öfke, korku ya da anksiyete olarak dışı vurulabilir. Bazı bireyler şok ve uyuşma hissi gösterebilir; bazıları da duygularını maskeleyebilir ve herşey normalmiş gibi davranabilir.

Akut reaksiyonun kökeni; fiziksel yaralanma, sakat/kötürüm kalma (mutilasyon) ve ölüm korkusuna dayanır. Mağdur kendini tekrar güvende hissettiğinde ise şunları yaşayabilir:

- duygulanım değişiklikleri;
- aşağılanma hissi;
- küçük düşme, rezil olma;
- utanç;
- suçluluk;

- mahcubiyet;
- kendini suçlama;
- savunmasızlık;
- umutsuzluk;
- öfke;
- intikam;
- bir başka saldırı korkusu.

Uzun dönem faz. Sonraki aşama yeniden yapılanma aşamasıdır ve genellikle olaydan 2-3 hafta sonra başlar. Bu sırada kişi yaşam tarzını yeniden düzenlemeye başlar; bu yeniden yapılanmaya uyumlu olabilir ya da uyumsuz olabilir. Bu aşamadaki reaksiyonlar, aşağıdakilere bağlı olarak kişiden kişiye önemli ölçüde değişir (34):

- olaydan kurtulan kişinin yaşı;
- yaşam durumu;
- tecavüzü çevreleyen şartlar, durumlar;
- spesifik kişilik özellikleri;
- destekleyen kişilerin tepkileri.

Saldırıdan kurtulanlar genellikle yeni bir eve taşınmak, telefon numaralarını değiştirmek veya listelenmemiş bir telefon numarası almak gibi yaşam tarzı değişiklikleri başlatırlar. Bazı kişiler bir seyahat dönemine girmeyi seçebilir. Bazıları işte, evde veya okulda işlevsel zorluklar yaşayabilir. Tecavüzün nerede gerçekleştiğine bağlı olarak kalabalıktan korkma veya yalnız kalma korkusu gibi fobiler ortaya çıkabilir. Cinsel işlev bozuklukları veya cinsel yaşam değişiklikleri çok yaygındır.

Sıklıkla, kişi yakın partneriyle mevcut ilişkisini sonlandırabilir (34). Saldırı sonrası kadınların sıklıkla karşılaştığı cinsel sorunlardan bazıları şunlardır:

- cinsel kaçınma;
- seks sırasında tecavüz anına geri dönme;
- vajinismus;
- orgazmik disfonksiyon.

Erkeklerde Tecavüz Travması Sendromu, saldırı sonrası tipik olarak erkekler tarafından dile getirilen bazı cinsel kaygılarla birlikte KUTU 2'de açıklanmıştır. Cinsiyete bakılmaksızın, yeni bir cinsel şiddet mağduriyeti, mevcut bir psikopatolojisi olan veya geçmişte cinsel şiddet deneyimi olanların travmalarını şiddetlendirebilir ve iyileşmelerini zorlaştırabilir (34).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Cinsel şiddet mağdurları sıklıkla Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtileri gösterirler. TSSB, bir silah ve / veya aşırı fiziksel güçle tehdit edilen kişilerde, yabancılar tarafından tecavüze uğrayanlarda ve fiziksel yaralanmalara maruz kalınan durumlarda daha yaygın görülmektedir. TSSB'nin semptomları kendini stres verici olayın tekrar hatırlanması (*intrusion*) ya da kaçınma olarak gösterir (32, 36).

Stres verici olayın tekrar hatırlanması (*intrusion*) olayı tekrar yaşamaktır ve şunları içerir:

- flashbackler;
- kabuslar;
- zihinde kalan, tekrarlayan, olayı hatırlatan düşünceler.

Kaçınma semptomları şunları içerir:

- uyuşma hissi;
- kendini ailesinden, arkadaşlarından ve akranlarından izole etmek;
- olayı düşünmek;
- dikkat dağınıcı şeyler, oyalanmalar;
- artmış madde ve alkol kullanımı;
- yüksek riskli davranışlarda bulunmak;
- onlara saldırıyı anımsatan yerler, kişiler veya aktivitelerden kaçınmak.

Diğer sık karşılaşılan TSSB semptomları dissosiasyon, hipervigilans, iritabilite ve duygusal patlamalardır. TSSB hakkında daha detaylı bilgi için *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V'e* bakınız, detayları bibliografide verilmiştir.

Çevirenin notu: Kılavuz 2003 yılında hazırlanırken bile yazarlar tarafından sürekli güncellenmesi, geliştirilmesi gereği vurgulanmıştır. Bu nedenle hastalık tanı kriterlerinde güncelleme ihtiyacı doğmuştur. 2015 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- DSM-V'e göre TSSB tanı kriterleri şunlardır:

A. Aşağıdakilerden biriyle ya da daha fazlasıyla gerçek veya göz korkutucu biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğramış olma;

1. Doğrudan örseleyici olayı yaşamış olma,
2. Başkalarının yaşadığı örseleyici olaylara tanık olma (doğrudan doğruya görme)
3. Bir yakının ya da arkadaşının başına örseleyici bir olay geldiğini öğrenme, aile bireylerinin ya da arkadaşlarının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu oluşmuş olmalıdır.
4. Örseleyici /travmatik olayların rahatsız edici ayrıntılarıyla yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma. (örn: insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler, çocuk söürüsünün ayrıntısıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olaydan sonra başlayan, örseleyici olaylara ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerden en az 1'i: (**yeniden yaşantılama**)

1. Yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen ve sıkıntı yaratan travma anıları veya altı yaşından büyük çocuklarda travma temalarının yer aldığı tekrarlayıcı oyunlar.
2. İçeriği ya da duygulanımı örseleyici olayla ilişkili tekrarlayıcı ve sıkıntı veren rüyalar, çocukla içeriği belirsiz korkutucu düşler
3. Kişinin travmatik olayları yeniden yaşıyormuş gibi hissettiği veya davrandığı dissosiyatif tepkiler (geçmişe dönüş, flashback). Çocuklarda oynanan oyunlarda travmanın yeniden canlandırılması.
4. Travmatik olayları simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun veya uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama.

5. *Örseleyici olayları simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyoloji ile ilgili belirgin tepkiler gösterme*

C. *Örseleyici olaydan sonra ortaya çıkan, örseleyici olaylara ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma; belirtilerinden en az 1'i: (Kaçınma)*

1. *Örseleyici olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları*
2. *Örseleyici olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran, simgeleyen, çağrıştıran dışsal uyaranlardan (insanlar, yerler, nesnelere, konuşmalar, etkinlikler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları*

D. *Örseleyici olaydan sonra ortaya çıkan ya da kötüleşen, örseleyici olaya ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler; en az 2'si:*

1. *Travmatik olayların önemli bir bölümünü hatırlayamama (özellikle unutkanlık çözülmesi- dissosiyatif amnezi, kafa travması, alkol madde kullanımına bağlı olmayan)*
2. *Kendisi, başkaları ve dünya ile ilgili olarak, tekrarlayıcı ve abartılı olumsuz inanışlar veya beklentiler (ben kötüyüm, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yer, bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu).*
3. *Olaylar için abartılı ve tekrarlayıcı şekilde kendini veya başkalarını suçlama*
4. *Yineleyici olumsuz duygusal durum (korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç) veya 7 yaşından küçük çocuklarda sıkça olumsuz duygular yaşanması*
5. *Önemli aktivitelere duyulan ilgide ya da katılımında belirgin bir ilgi azalması*
6. *Başkalarından kopma veya yabancılaşma duyguları veya 7 yaşından küçük çocuklarda sosyal içe çekilme*
7. *Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama (örn: mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama)*

E. *Aşağıda verilen uyarılma ve tepki gösterme biçimlerinde belirgin değişiklikler; en az 2'si: (Aşırı uyarılmışlık)*

1. *Saldırganlık, öfke patlamaları, kızgınlık (bir kışkırtma olmadan, ya da çok az kışkırtma varken)*

2. *Sakinmaksızın davranma veya kendine zarar verici davranışlarda bulunma*
3. *Her an tetikte olma*
4. *Abartılı irkilme tepkisi gösterme*
5. *Konsantrasyon sorunları*
6. *Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku durumu)*

F. Belirtiler (B,C;D;E tanı ölçütleri) travmatik olaydan sonra başlamıştır veya kötüleşmiştir ve 1 aydan daha uzun süreyle görülmektedir.

G. 7 yaşından küçük çocuklarda tanı için 1,2,5,6 ölçütleri karşılanmalıdır. 3 ve 4 kategorisinin herhangi birinde yalnızca 1 belirtinin karşılanması yeterlidir.

KUTU 2

Cinsel şiddette maruz bırakılan erkekler

Erkekler en çok aşağıdaki şekillerde cinsel şiddete maruz kalmaktadır (32):

- anal sex;
- failin zorla mastürbasyon yapması;
- oral seks;
- kurbanın zorla mastürbasyon yapması.

Erkeklerle yönelik cinsel şiddet, büyük ölçüde erkeklerin cinsel şiddeti polise bildirme konusundaki isteksizliği nedeniyle, kadınlara oranla çok daha az rapor edilmektedir. Bu da muhtemelen çoğu erkeğin cinsel şiddet mağduru olarak yaşadığı aşırı utançtan kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte, erkeklerle yönelik cinsel şiddet eylemlerinin daha yaygın olabileceği belirli ortamlar vardır, örneğin, hapishanelerde ve silahlı kuvvetlerde.

Genel olarak, erkekler cinsel şiddete karşı kadınlarla aynı fiziksel ve psikolojik tepkilere sahiptir:

- korku;
- depresyon;
- intihar düşüncesi;
- öfke;
- cinsel ve özel ilişkilerde sorunlar.

Erkekler de Tecavüz Travması Sendromunu kadınlarda olduğu gibi yaşarlar. Bununla birlikte, erkeklerin özellikle aşağıdakiler hakkında endişelenmesi muhtemeldir:

- erkeklikleri;
- cinsellikleri;
- diğer insanların görüşleri (yani, başkalarının eşcinsel olduklarını düşüneceklerinden korkma);
- tecavüzü önleyemedikleri gerçeği.

Erkeklik ve cinsellikle ilgili bu endişeler, yalnızca eşcinsel erkekler tecavüze uğrar ve heteroseksüel erkekler asla başka bir heteroseksüel erkeğe tecavüz etmez yanılgısından kaynaklanıyor olabilir.

3. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ BIRAKILANLAR İÇİN HİZMET SUNUMU

ÖZET

- Hastanın sağlığı ve refahı en önemli önceliktir.
- İdeal olan sağlık ve adli hizmetlerinin aynı kişi tarafından, aynı anda ve aynı yerde sağlanmasıdır.
- Sağlık çalışanları, cinsel şiddete maruz bırakılana hizmet sağlama konusunda özel eğitim almalıdır ve aynı zamanda cinsel şiddet alanında uygulanabilir yerel protokoller, kurallar ve yasaların bilgisine sahip olmalıdır.
- Saldırıdan kurtulanı tedavi eden ve yardım eden veya suçu araştıran diğer bireyler ve gruplarla yapıcı ve profesyonel bir ilişki içinde olmalıdır. Diğer hizmet sunanlar ile iletişim, kapsamlı bir bakım sağlamaya yardımcı olabilir.
- Sağlık çalışanları, bu hizmetleri sağlarken, önyargı veya peşin hükümlü olmamalı ve yüksek etik standartları korumalıdır.
- Kaynak kısıtlamaları ideal bir tesiste hizmet sunumunun olasılığını engelleyebilir, ancak mevcut tesislerin kalitesini artırmak onların güvenli, erişilebilir, temiz ve özel olmasının sağlanması ile mümkündür.

3.1 Genel konular

3.1.1 Öncelikler

Cinsel şiddete maruz bırakılanların bakımında her zaman en önemli öncelik hastanın sağlığı ve refahı olmalıdır. Bu nedenle mediko-legal hizmetlerin sağlanması, genel sağlık hizmetleri (yaralanmaların tedavisi, gebeliğin ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) değerlendirilmesi ve yönetimi) için ikincil önem taşımaktadır. Hastaların temel sağlık hizmeti ihtiyaçlarını ele almadan adli muayene yapmak ihmal olarak değerlendirilir.

Hastanın refahına yönelik endişe, hastaların kendilerini aşağılanmış ve küçük düşmüş hissetmelerine neden olacak bir saldırıdan sonra itibarlarını koruyabilmelerini sağlamaya kadar uzanır. Buna ek olarak, tıbbi ve adli hizmetler invaziv fiziksel incelemelerin ve hastayla geçmesi gereken görüşmelerin sayısını en aza indirmek amacıyla sunulmalıdır.

3.1.2 Ortam

Cinsel saldırıdan kurtulan tüm bireyler için uygun ve kaliteli bakım sağlanmalıdır. Konsültasyonlar, örneğin bir hastane veya klinik gibi ihtiyaç duyulabilecek tüm hizmetlere ve olanaklara en uygun erişimin olduğu bir yerde yapılmalıdır. Bireyler hizmetlere günün 24 saati erişebilmelidir; örneğin mali kısıtlamalar nedeniyle tesisleri her zaman açık tutmak mümkün değilse, normal çalışma saatleri dışında bir çağrı üzerine erişim sağlanabilir.

Ne olursa olsun bir ortamda (hastane-temelli veya toplum-temelli) ve konumda (kentsel, banliyö veya kırsal alan) bakım; etik, şefkatli, objektif ve her şeyden önce hasta-merkezli olmalıdır. Emniyet, güvenlik ve gizlilik de hizmet sunumunun önemli yönleridir.

Bazı ülkelerde, hizmetin sağlık ve mediko-legal bileşenleri farklı insanlar tarafından farklı yerlerde ve farklı zamanlarda verilmektedir. Böylesi bir süreç; verimsiz, gereksiz ve en önemlisi de saldırıdan sağ kalana yersiz bir yük getirmektedir. İdeal olanı, mediko-legal ve sağlık hizmetlerinin eş zamanlı sunulmasıdır; yani aynı yerde, aynı zamanda ve tercihen aynı sağlık uygulayıcısı tarafından. Politikacılar ve sağlık çalışanları hizmet sunumunda bu modeli geliştirmek için teşvik edilmelidir.

Adli tıp muayenesi gerekip gerekmediğine bakılmaksızın, tüm sağlık tesisleri cinsel istismarı tanıyabilecek ve mağdurlara hizmet sunabilecek (veya en azından hastaları uygun hizmetlere ve bakıma sevk edecek) bir konumda olmalıdır. Halihazırda mevcut değilse, sağlık tesislerinin mağdurlarla ilgilenmek için özel politikalar ve prosedürler geliştirmesi gerekir.

3.1.3 Zamanlama

Fizik muayenenin zamanlaması büyük ölçüde hasta için en iyisi neyse ona göre belirlenir (özellikle müdahale gereken yaralanmalarda), ancak bir dizi nedenden dolayı fizik muayene hasta başvurduktan sonra mümkün olan en kısa sürede yapılmaktadır.

Hizmetlere erişimde gecikme şunlara neden olabilir:

- tedavi fırsatlarının kaybolması (örneğin, acil kontrasepsiyon sağlanması);
- fiziksel kanıtlardaki değişiklikler (örneğin, yaraların iyileşmesi);
- adli materyalin kaybı (örneğin, kan ve meni dahil saldırı ile temas delilleri).

Ancak birçok durumda mağdurlar, saldırıdan sonra hatırı sayılır bir süre tedavi için gelmezler.

3.1.4 Hizmet sağlayıcılar

Uygun bilgi ve eğitim verildiği takdirde, bir sağlık tesisindeki herhangi bir sağlık çalışanı, cinsel şiddete maruz bırakılanlara birinci basamak sağlık hizmeti sunabilmelidir. Alandaki uzmanlık, daha fazla eğitim, profesyonel destek ve yeterli kaynaklar sağlanarak gelişecektir. İdeal olarak, cinsel şiddete maruz bırakılanlar ile temas halinde olan tüm sağlık çalışanları (yani hemşireler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı uzmanları) uygun eğitimi almalıdır; bu uygulamalar özellikle çocuklara ve mahkemelere hizmet sağlayan ve fizik muayene yapan hemşireler ve doktorlar için geçerlidir. İlk eğitime ek olarak, sağlık uygulayıcılarına eğitim ve öğretimlerini ilerletme ve kalite kontrol ve akran değerlendirme süreçlerine katılma fırsatı da verilmelidir. Sağlık çalışanları için eğitim Ek 3'te daha ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Birçok ortamda, sağlık çalışanının cinsiyeti kritik bir konu olabilir. Sağlık tesislerinin yönetim kurulları veya yöneticileri mümkün olduğunca kadın hemşireler veya doktorlar sağlamalıdır. Gerekirse kadın hekimleri işe alma çabaları öncelikli olarak yapılmalıdır.

3.1.5 Etik konular

Tıp etiği kuralları, "iyilik yapmak" ve "zarar vermemek" ilkelerine dayanmaktadır. Mesleki becerilerini etik bir şekilde kullanmaları ve toplum yasalarına uymaları tüm sağlık çalışanlarının temel görevidir. Etik davranış kurallarına bağlılık, iktidar konumundaki bir kişiden tacize uğramış olabilecek kişiler arası şiddet mağdurlarıyla ilgilenirken özellikle önemlidir.

Cinsel şiddete maruz bırakılana hizmet verirken, genel olarak aşağıdaki ilkeler temel kabul edilir (13):

- **Özerklik.** Hastaların (veya 18 yaşın altındaki hastalar için çocuk adına hareket eden kişilerin, yani ebeveynlerin veya vasilerin) kendi adlarına karar verme hakkı. Hizmet sunumunda atılan tüm adımlar, hastanın aydınlatılmış onamına dayanmaktadır.
- **Yararlılık.** Hastanın çıkarına en iyi şekilde hareket etme görevi ve yükümlülüğü.
- **Zarar vermeme.** Hastaya zarar vermekten kaçınma görevi ve yükümlülüğü.

- *Adalet*: Hakkını vererek yapmak.

Bu ilkeler sağlanan hizmetler içinde pratik etkilere sahiptir, şöyle ki:

- Hastanın ihtiyaçlarına ve isteklerine farkındalık;
- Duyarlılık ve şefkat gösterilmesi;
- Nesnelliği korumak.

3.1.6 Yerel politikalar ve yasalar

Çoğu ülkede, yerel protokoller, kurallar ve yasalar cinsel şiddete maruz bırakılana sağlanan adli tıbbi hizmetleri yönetir. Bunlar sağlık çalışanı sertifikasyonunu, resmi belgelerin kullanımını, iddiaları gerekli mercilere bildirmekteki zorunluluğu, örneklerin toplanması ve taşınması için prosedürleri ve bir dizi terapötik müdahalelere erişimi içerebilir (örn. acil kontrasepsiyon). Yerel yönetmeliklere uyulmaması gelecekteki soruşturmalara veya mahkeme duruşmalarına gölge düşürebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının, cinsel şiddet alanını yöneten yerel protokoller, kurallar ve yasaları iyi anlamaları zorunludur.

3.1.7 Araştırmacılar ile ilişkiler

Sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken nesnel olmaları ve her türlü önyargı veya taraf tutmaktan mümkün olduğunca uzak durmaları esastır. Duyarlılık ve şefkatten ödün vermeden objektif bir hizmet sunmak mümkündür.

Tarafsızlığa duyulan ihtiyaç, ceza kovuşturmasına götürülen davalarda - yazılı bir rapor veya mahkeme ifadesi şeklinde - kanıt sağlarken özellikle önemlidir. Araştırmacılar, bilinçli ya da bilinçsiz, sağlık uygulayıcılarına bir sorunu çözebilecek bir yorumu sağlamak için önemli bir baskı uygulayabilir. Bu kuvvetler doğrudan ve güçlü veya gizli ve sinsi olabilir. Özellikle uygulayıcının soruşturma makamıyla resmi bir ilişkisi olduğu, araştırmacı ile uygulayıcı arasında yakın kişisel bir ilişkinin geliştiği veya araştırmacı ve uygulayıcının bireysel rollerinin bulanıklaştığı durumlarda kuvvetli olması muhtemeldir. Uygulayıcı araştırmacıya yardım etmek için bilinçsiz veya yersiz istek geliştirdiği zaman tarafsızlık tehlikeye düşebilir.

Bazı durumlarda, yargısal sorgulama formlarının yansıması olabilecek (örneğin, kıyafetlerin uygunluğuna ilişkin yönlendirici sorular) mağduru sorumlu tutma kültürü ve kadınlara karşı genel bir önyargı, nesnellığe zarar verebilir. Sağlık çalışanları, cinsel yönelimler veya uygulamalar (örneğin homoseksüellik, evlilik dışı ilişkiler) ile ilgili konularda veya farklı kültürel, ırksal veya dini kökenden gelen kişilere karşı asla

önyargılı davranmamalıdır. Sağlık çalışanları kişisel tutumlarını gözen geçirerek yargılayı olmayan bir tavır içinde olmalıdır. Aksi takdirde mağdur ve sonuçta toplum için kötü hizmet vermiş olurlar.

3.1.8 Diğer hizmetlerle etkileşim

Cinsel şiddete maruz bırakılana hizmet veren sağlık tesislerinin, kolluk kuvvetleri, sosyal hizmetler, tecavüz kriz merkezleri, sivil toplum kuruluşları (STK'lar) ve diğer kurumlarla yakın işbirliği içinde olması önemlidir. Bu hastaların tüm karmaşık ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra hastalara hizmet sunumunda da süreklilik sağlar. Bu tür grupların temsilcilerini içeren resmi veya gayri resmi bir irtibat ağı, hizmet sunumunun denetlenmesinde, çapraz eğitim fırsatlarının geliştirilmesinde ve genel hizmet sunumundaki herhangi bir sorunun tanımlanmasında önemli bir role sahiptir.

Bu nedenle, cinsel şiddete maruz bırakılan kişilere kapsamlı hizmetlerin sağlanması, sağlık çalışanının bir dizi başka grup veya bireyle yapıcı ve profesyonel bir ilişki geliştirmesini gerektirir. Sağlık çalışanlarının birincil rolü sağlık hizmetlerinin sağlanması olsa da mağdurlara koordineli bir hizmet yelpazesi sunmaktan sorumlu bir ekibin ayrılmaz bir parçası olduklarını kabul etmeleri gerekir. Disiplinlerarası ekibin diğer üyeleri şunları içerebilir:

- *Danışmanlar.* Bazı yerlerde, hastalara bilgi ve sosyal hizmet sağlanmasına yardımcı olmak için özel olarak eğitilmiş danışmanlar mevcuttur. Bazı danışmanlar kısa veya uzun vadeli psikolojik destek sağlayabilir (veya hastanın erişmesine yardımcı olabilir). Eğitilmiş danışmanların yokluğunda, sağlık çalışanı bu rolü üstlenmelidir. Danışmanlık hizmetleri sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, toplum temelli destek grupları ve dini gruplar tarafından da sağlanabilir.
- *Laboratuvarlar.* Tıbbi ve adli bilimsel laboratuvarlar, hastalardan alınan örneklerin analizinden sorumludur. Çoğu ortamda, bu hizmetler ayrı tesisler tarafından sağlanır. Tıbbi laboratuvar (genellikle bir hastaneye bağlı olan), hastanın sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek için alınan örneklerin test edilmesinden sorumludur (örn. CYBE testi). Adli laboratuvarlar ise delil niteliğindeki örnekleri inceleyecektir (örneğin, saldırgandan eser miktarda kalıntı içerebilecek giysiler veya örnekler).
- *Hastaneler.* Cinsel saldırı sağlık hizmetleri genellikle bir hastane ortamında sunulur; bu düzenleme tıbbi sorunların gecikmeden çözülebilmesini sağlar. Alternatif olarak,

hastaneler hayatta kalanlar için acil ya da ikincil tıbbi bakım sağlamak için kullanılabilir.

- *Polis*. Polisin ana rolü suç iddialarını araştırmaktır. Polisler hem mağdur ve hem de saldırgan olarak iddia edilenler ile ilgilenir. Bazı polis kuvvetlerinin cinsel suçların soruşturulması için özel görevli ekipleri vardır.
- *Ceza adalet sistemi*. Kovuşturmaya giden davalarda sağlık çalışanı, mahkeme sürecine dahil olan çeşitli kişilerle temasta olabilir. Yetki alanına bağlı olarak, bu bir dizi mahkeme yetkilisini içerecektir.

Çevrenizdeki diğer hizmetler ve hizmet sağlayıcıları hakkında bir farkındalık geliştirmek, sağlık çalışanı olarak hem size hem de hizmet alan hastalarınıza bir takım avantajlar ve yarar sağlar. Verilen diğer hizmetlerle ilgili bilgi sahibi olmak, bu alanda çalışan diğer kişilerin rollerini anlamanıza olanak sağlar. Diğer servis sağlayıcıların temsilcileri ile düzenli yapılan toplantılar, kendi hizmet sunum kalitenizin iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Sonuçta, hepiniz bir nedenden dolayı ordasınız; hayatta kalanın ve toplumun sağlık, refah ve güvenliğini iyileştirmek.

3.2 Tesisler

Cinsel saldırıdan kurtulanlara tıbbi hizmet sağlamak için yüksek kaliteli tesisler, erişilebilir, güvenli, temiz ve özel olmak üzere bir dizi anahtar özellik ile karakterizedir (bkz. Tablo 3). Yeni bir tesis planlanırken veya mevcut bir tesisi değiştirirken bu özelliklerin tümü dahil edilmelidir.

3.2.1 Konum

Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için bir sağlık tesisinin ideal konumu, ya bir hastane ya da tıbbi klinik ya da tıbbi uzmanlığa anında erişimin olduğu bir yerdir. Örneğin, bir hastada acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren akut sağlık sorunları (örneğin kafa travması, zehirlenme) ortaya çıkabilir. Benzer bir şekilde, laboratuvar (örn. hematoloji, mikrobiyoloji) ve danışmanlık hizmetlerine erişim olmalıdır.

Tablo 3 Cinsel şiddete maruz bırakılanları tedavi eden tesisler: temel gereksinimler

ÖZELLİKLER	NOTLAR ve YORUMLAR
Erişebilirlik	Hizmet sağlayıcılarına 24 saat erişim tercih edilir.
Güvenlik	Hem birey hem de toplum düzeyinde cinsel saldırı hizmetlerine bazı husumetler olabilir. Bu nedenle hastaları, personeli, sağlık kayıtlarını ve tesisin kendisini korumak için yeterli önlemler alınmalıdır. Stratejiler, erişimi kontrol etmek için koruma kullanımını, uygun aydınlatmayı, video-gözetimini, kilitlenebilir kapı ve dolapları ve yangın söndürme ekipmanlarını içerebilir.
Temizlik	Herhangi bir tıbbi hizmet sağlanmasında yüksek bir hijyen standardı gereklidir. Tesis aynı zamanda yerel güvenlik ve yangın, elektrik, su, kanalizasyon, havalandırma, sterilizasyon ve atık tasfiyesinde uygulanan sağlık yönetmeliklerine uygun olmalıdır.
Gizlilik	Yetkisiz kişiler, konsültasyonun herhangi bir yönünü görmemeli veya duymamalıdır. Bu nedenle, muayene odası/odaları yalnızca perdelerle değil, duvarlara ve bir kapıya sahip olmalıdır. Saldırganlar mağdurlardan ayrı tutulmalıdır.

Konaklama açısından, en az iki oda olmalıdır: Bir bekleme odası / kabul alanı ve ayrı bir danışmanlık / muayene odası (tercihen tuvalet ve bekleme tesislerine erişimi olan). Başkaları (örn. aile, arkadaşlar, polis) için daha fazla oda (lar) faydalı olacaktır (bkz. KUTU 3). Eğer tesis çocuklara hizmet sağlıyorsa, fiziksel çevre çocuk dostu olmalı ve çocuklarla görüşme için özel ekipman (örn. iki yönlü aynalar veya video-kayıt ünitesi) gerekli olabilir.

3.2.2 Ekipman

Yeni sağlık tesislerinin kurulması, kaçınılmaz olarak ekipman için önemli harcamaları içerir. Bununla beraber, sağlık tesislerinin diğer türlerine (örneğin, acil servis departmanı) göre, cinsel şiddete maruz kalanlara yönelik bir tesis için ekipman satın almada ortaya çıkan maliyetler nispeten küçüktür. Ayrıca, ilk ekipman maliyetlerinin çoğunluğu "tek-seferlik" olacaktır. Gerekli malzemelerin çoğunu hastane servislerinden elde etmek de mümkün olabilir ve büyük ölçüde tek kullanımlık ürünler için olan tekrarlayan ekipman maliyetleri minimum düzeyde olmalıdır.

Tablo 4 cinsel şiddete maruz bırakılana yönelik tüm tıbbi ve adli hizmetlerin sunumu için gerekli ekipmanların bir listesini sunmaktadır. Herhangi bir tesis tarafından sağlanabilen ve bakımı yapılabilen ekipmanın kalitesini ve miktarını belirleyen ana faktör mali kaynaklardır. Bu nedenle, liste "temel öğeler", yani minimum bakım

düzeyi sağlamak için gerekli görülen (yıldız ile işaretli) ve "diğer" öğeleri, yani fonlar kullanılabilir olduğunda satın alınabilen ek öğeleri göstermektedir.

Ekipman türü ve ihtiyaç duyulan malzemelerin hacmi büyük ölçüde sunulan hizmetlerin türlerine, sağlık tesisinin yerine ve özellikle diğer tıbbi hizmetlere erişim düzeyine bağlı olacaktır. Ekipman ihtiyaçları göz önüne alındığında hizmet sağlayıcılar aşağıda verilenlerin kendi durumlarına uygunluğunu dikkatlice değerlendirmelidir. (Öğelerin her biri aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır.)

- Önceden paketlenmiş tecavüz kitleri;
- Laboratuvar hizmetleri;
- Muayene kayıtları;
- Kolposkopi.

KUTU 3

İdeal tesis

Çok az yerin mükemmel bir tesisi sağlayacak konumda olacağı kabul edilmektedir. Bununla beraber, cinsel şiddete maruz bırakılanlara hizmet sağlanması konusunda sağlık çalışanına danışıldığında "bir eğitim hastanesinin acil bölümüne hazır erişimi olan farklı, özel bir alan" için ihtiyaca değinmelidirler:

1. Aşağıdakilerle donatılmış ve düzenlenmiş bir muayene odası:

- sağlık çalışanının hastaya sağ taraftan yaklaşabileceği şekilde yerleştirilmiş bir muayene yatağı, litotomi pozisyonunda muayeneye izin vermelidir;
- normal oda sıcaklığı (yani çok soğuk veya çok sıcak değil);
- işitsel ve görsel mahremiyet (özellikle soyunma için);
- her hasta için temiz yatak çarşafı ve hasta önlüğü;
- genito-anal muayene için yeterli aydınlatma;
- el-yıkamatesisleri (sabun ve akan su ile);
- adli tıp malzemeleri;
- numuneleri belgelemek ve etiketlemek için bir masa veya sıra;
- muayene sırasında girişi önlemek için kilitlenebilir bir kapı;
- telefon.

2. Destek görevlisinin hastayla konuşabileceği bir masa ve sandalyeler içeren ayrı bir oda ve hastalara yiyecek ve kıyafet değişimi sunan tesisler ve ayrıca hasta olan veya bir yetişkine refakat eden çocuklar için olanaklar.

3. Hasta için duş ve tuvalet.

4. Polis için bir oda.

5. Bekleyen aile ve arkadaşlar için bir bekleme alanı.

(Paketlenmiş) Tecavüz kitleri

Tecavüz mağdurlarından delil niteliğinde materyal toplarken tipik olarak gerekli olan tüm öğeleri içeren önceden paketlenmiş kitler birçok ülkede yaygın olarak bulunmaktadır. Tecavüz kitinin avantajı, muayene eden pratisyenin delillerin toplanması için gerekli tüm malzemelerin muayeneye başlamadan önce elde olduğundan emin olmasıdır. Buna ek olarak, içerikler deneyimsiz pratisyenler için belirli örnekleri almaları için bir uyarı görevi de görür. Bu aynı zamanda örneklerin adli laboratuvara kabul edilebilir bir şekilde toplandığı ve paketlendiği anlamına gelir. Önceden paketlenmiş kitlerin temel dezavantajı maliyetleridir; tek tek parçaların toplamının parasal değeri nispeten küçüktür, fakat kitin hazırlanması ve ambalajlanmasındaki maliyetler genel fiyatı önemli ölçüde artırır. Çoğu olguda kitlerin az sayıda öğesi kullanılır ve geri kalanı da boşa gider.

Önceden paketlenmiş tecavüz kitlerini kullanmanın alternatifi, çeşitli gerekli öğeleri (örn. pamuklu çubuklar, slaytlar) bir araya getirmek ve bunların muayene eden pratisyenler için kolayca erişilebilir olmasını sağlamaktır. Kişinin kendi özelleştirilmiş tecavüz kitini tek tek parça stoğundan oluşturmak nispeten kolay bir konudur; bu sadece önceden paketlenmiş versiyondan daha ucuz olmakla kalmaz, aynı zamanda bir sahiplik duygusu ve uygun kullanım sağlama olanağı verir. İsmarlama tecavüz kitlerinin esneklik avantajı vardır ve tesis daha iyi kaynaklara sahip oldukça gelişebilir.

Laboratuvar hizmetleri

Mağdurlardan toplanan örnekler genel olarak iki kategoriye ayrılabilir: tıbbi tanı amaçları için kullanılanlar ve ceza soruşturması için kullanılanlar. Birçok yerde adli soruşturma amacı için toplanan örneklerin türü, mediko-legal veya adli laboratuvarlardaki mevcut hizmetlerin kalitesi ve karmaşıklığı tarafından belirlenir.

Örneğin, eğer bir laboratuvarın DNA testi yapması mümkün değilse (veya başka bir laboratuvardan bu tür testlere erişemiyorsa), DNA analizi için örnek toplamanın çok az anlamı vardır. Aynı şekilde, yüksek kaliteli analitik hizmetlere anında erişim sağlanamıyorsa, pahalı tecavüz kitlerinin kullanımı da çok az olacaktır.

Sağlık çalışanlarına, hangi örnekleri işleyebilecekleri, örneklerin nasıl toplanıp işlenmesi gerektiği ve örneklerin işlenmesinin ne kadar süreceği konusunda laboratuvar personeline danışmaları tavsiye edilir.

Muayene kayıtları

Konsültasyon ayrıntılarını kaydetmenin birkaç farklı yolu vardır (bkz. Bölüm 8.1 Belgeleme). Bununla birlikte, standart bir formun veya proformların kullanılması genellikle en uygun ve güvenilir yöntem olarak kabul edilir. Ek 1'deki DSÖ cinsel şiddet muayene kaydı örneği, olduğu gibi veya bireysel gereksinimlere uyacak şekilde uyarlanabilen bir model olarak kullanılabilir (örneğin hangi örneklerin nasıl ve ne şekilde toplanıp işlendiğine göre). Hizmet sağlayıcılar muayene proformlarını kullanmaya karar verirse, ellerinde konsültasyonlar için yeterli sayıda hazır olarak bulundurmalıdır. Aynı zamanda gizlilik konularına önem verilmelidir; tamamlanan kayıtlar güvenli bir şekilde saklanmalıdır ve sadece yetkili personel tarafından erişilebilir olmalıdır.

Kolposkopi

Kolposkopi, entegre bir ışık kaynağına sahip, binoküler, düşük güçlü bir mikroskoptur. Çoğu kolposkopta, bulguların fotoğraflanması veya video-kayıt alınmasına izin veren takılabilir bir kamera vardır. Son yıllarda, kolposkopi ve foto-dokümantasyon kapasitesi, istismara uğramış ve uğramamış çocuklarda genito-anal bulguların kayıt edilmesine büyük ölçüde yardımcı olmuştur. Bununla birlikte, kolposkoplar pahalıdır ve kaydedilen bulguların yorumlanmasında bazı becerilere sahip olmak gerekir. Sabit bir ışık ve bir el lensi kullanan deneyimli bir kişi tarafından yapılan genito-anal muayeneler, genellikle yeterli olarak kabul edilir ve hala birçok alanda kullanılmaktadır.

Tablo 4 Cinsel şiddete maruz bırakılanlara yönelik tıbbi hizmetlerin sunumu: Ekipman listesi

BAŞLIK^a	YORUMLAR
DEMİRBAŞLAR	
Muayene masası*	
Masa, sandalyeler, dosya dolabı*	Mağdur, ilişkili kişiler ve sağlık çalışanı için.
Işık kaynağı*	İdeal olanı mobil.
Yıkama tesisleri ve tuvaletler*	Tesisler, muayene sonucunda mağdurun yıkanması için uygun olmalıdır. Sağlık çalışanının muayene öncesi ve sonrası ellerini yıkaması için bir yıkama düzeneği olmalı, duş, lavabo ve sabun içermelidir.
Buzdolabı ve dolap	Örneklerin depolanması için, tercihen kilitlenebilir.
Telefon *	
Faks makinesi	
GENEL TIBBİ EKİPMAN	
Turnike *	
Şırınga, iğne ve steril bezler*	
Kan tüpleri (çeşitli) *	
Spekulum (çeşitli) *	
Sterilizasyon ekipmanı	Cihazların (örneğin spekulumların) sterilizasyonu için
Proktoskop / anoskop*	
Muayene eldivenleri *	
Gebelik testi kitleri *	
CYBE toplama kitleri	
Yağlayıcı, steril su, normal tuz*	
Kesici kapları *	
Ölçekler ve şerit metre	Çocukların muayenesi için
ADLİ GEREÇLER^b	
Swaplar (pamuklu veya benzer) ve taşıma kapları	Yabancı materyali toplamak için (örnğ. meni, kan, tükürük), Adli örnekleri toplarken orta büyüklükte kullanmayın
Mikroskop slaytları	Swapların kaplanması için
Kan tüpleri	Hem toksikolojik testler hem DNA için

İdrar kapları	Gebelik ve toksikolojik test için
Düz kağıt yapraklar	Hasta soyunurken ayakta durması ve düşen materyali toplamak için
Kağıt torbalar	Giysilerin ve ıslak eşyaların toplanması için.
Plastik torbalar	Taşıma ve kuru materyal toplanması için
Cımbız, makas, tarak *	Ciltten yabancı materyali toplamak için. Saçtaki materyali çıkarmak ve toplamak için makas veya tarak kullanın.
TEDAVİ BAŞLIKLARI^c	
Analjezikler *	Birkaç basit analjezik yararlı olabilir.
Acil kontrasepsiyon *	
Sütür malzemeleri	
Tetanoz, hepatit profilaksisi/aşı	
CYBE profilaksisi*	
ÇAMAŞIR	
Çarşaflar ve battaniyeler	Muayene yatağı için
Havlular*	
Giysiler	Mağdurun hasarlı ve alıkonulan giysileri yerine
Hasta önlüğü*	Hastaların muayenesinde tüm giysilerin çıkarılabilmesi için
Hijyenik ürünler (örn ped-tampon)	
KIRTASIYE	
Muayene kaydı veya proforma*	Bulguları kayıt etmek için (bkz. Ek 1).
Etiket*	Örnekleri etiketlemek için
Aydınlatılmış onam formu	Yerel kurallar ve protokoller gereği tamamlanmış olmalıdır (bkz.Ek 1).
Patoloji/radyoloji istem formları	İleri incelemeler ve testlere hastayı yönlendirmek için
Bilgilendirme broşürü	İdeal olarak, hastaya eriştikleri hizmet, gerekirse tedavi uygulayan pratisyenle iletişim kurma yöntemleri ve takip hizmetlerinin ayrıntıları hakkında bilgi verilmelidir. Bu broşürler, mağdura verilen sözlü bilgileri tamamlamalıdır. Mağdurun unutabileceği önemli bilgileri pekiştirmeye ek olarak, broşürler diğer olası hizmet kullanıcılarına bilgi sağlayabilir.
MUHTELİF EŞYALAR	
Kamera ve film	Fotoğraf çekmek yararlı olmakla birlikte yaraların raporlaması için zorunlu bir araç değildir. Polis veya hastaneler de yardımcı olabilir.
Kolposkop veya büyüteç	Bir yaranın büyütülmüş görüntüsünü elde etmek için kullanışlıdır.

Mikroskop	Doktor tarafından spermatozoa tespiti için kullanılabilir, özellikle de herhangi bir laboratuvara erişim yoksa
Swab kurutucu	Swaplar paketlenmeden önce kurutulmalıdır. Bu bir kurutucu kullanılarak yapılabilir veya çubuklar yabancı DNA'dan korundukları sürece havada kurutulabilir.
Ölçüm cihazı (örn. cetvel, şerit metre, kaliperler) *	Yaraların boyutunu ölçmek için
Dolmakalem, kalem*	
Bilgisayar ve yazıcı*	
Sterilizasyon ekipmanı	Tıbbi gereçler için
Çocuk boyama malzemeleri/oyuncaklar	Çocukları meşgul etmek için yararlıdır.

a Yıldızla işaretlenen öğeler, minimum düzeyde hizmet sağlamak için gerekli kabul edilir.

b Aynı ayrı veya önceden paketlenmiş tecavüz kitinin parçası olarak tutulabilir

c Hastalar bir dizi fiziksel koşulla başvurabilir. Bu koşulları tedavi etmek için gerekli olan tesislere, ekipmana ve öğelere hazır erişim olmalıdır. Merkezde tutulmuyorsa, yakınlarda bulunmalıdır (örn. bir hastanede veya klinikte). Diğer ilaçlar da (örneğin uykusuzluk ve anksiyete tedavisi için) gerekli olabilir.

3.3 Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için bir hizmet oluşturulması

3.3.1 İlk değerlendirmeler

Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için hizmet sunumunu planlarken, ister yeni bir tesis kuruluyor, ister mevcut olan bir tesis modife ediliyor olsun, bir takım konuların ele alınması ve kabul edilmesi gerekir. Bunlar aşağıda özetlenmiştir.

Yerel koşulları ve ihtiyaçları değerlendirirken, sorulması gereken soru türleri aşağıdaki gibidir:

- Toplumun ihtiyaçları nelerdir?
- Eğer varsa, hali hazırda ne tür sağlık tesisleri bulunuyor?
- Tesiste ne tür hizmetler sunulacak?
- Tesis nerede yer alacak?
- Tesisin çalışma saatleri ne olacak?
- Alanda yeterli nitelikli kadın sağlık hizmet sağlayıcı personel var mı?
- Sağlık tesislerini ve personeli yöneten yerel kanun ve düzenlemeler nelerdir?
- Küretaj, cinsel şiddet, adli delil toplama prosedürleri ve acil kontraseptif ilaçların dağılımı ile ilgili yasalar nelerdir?
- Erkek ve çocuk mağdurlara hizmet sağlanacak mı?
- Yerel alanda potansiyel ortaklar kimlerdir?

- Ne tür laboratuvar tesisleri mevcuttur?
- Ne tür ilaç ve ekipman mevcut?
- Lokal alanda ne tür sevkler var (örneğin uzman hekimler, tecavüz kriz programları, acil durum sığınakları, uzmanlaşmış çocuk hizmetleri)?

Ayrıca önerilen tesisin yapısı ve personel gereksinimleri de dikkatlice değerlendirilmelidir, örneğin:

- Örgüt nasıl yapılandırılacak?
- Programın misyonu, hedefleri ve amaçları nelerdir?
- Kim sorumlu olacak ve hangi niteliklere ihtiyaç duyarlar?
- Kim hizmet verecek ve hangi niteliklere sahip olmalılar? (örneğin hemşireler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları, sağlık yardımcıları)?
- Kaç personele gerek vardır?
- Yönetici ve personelin rolleri nelerdir?
- Program eğitimi, personel ve multidisipliner ekibin diğer üyelerinin eğitim, araştırma ve değerlendirmesini kim yönetecek?
- Hangi izleme ve değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır ve bunlar nasıl geliştirilecek?

Finansmanın kritik bir konu olması muhtemeldir. Örneğin; bina, ekipman, ilaç, personel maaşları, personel eğitimi ve yardımcı programlar için finansman nereden gelecek?

Gelişimine önem verilmesi gereken konular:

- eğer mevcut değilse cinsel şiddet mağdurlarını tedavi etmek için politikalar, prosedürler ve protokoller;
- adli delil toplama için protokoller;
- gebelikten korunmak için acil kontrasepsiyon uygulanması, CYBE test ve profilaksi için protokoller;
- HIV testi ve temas sonrası profilaksi için protokoller;
- toplum bilinçlendirme programları ve danışmanlık hizmetleri;
- veri toplama süreçleri.

Cinsel şiddete maruz bırakılanlar için hizmetler geliştirirken, mali kaynakların kullanılabilirliği, personel ve stoklama hakkındaki kararları yöneten en önemli faktör olma eğilimindedir. Birçok yerde hem kaynaklar sınırlı olacak, hem de hizmetler ideal

olmayan ortamlarda gerçekleşecektir. Bununla birlikte, hala kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak mümkündür. Kaynakların az olduğu ortamlarda, adım adım geliştirme stratejisini benimsemek, yani iyileştirmeyi ve daha fazlasını hedefleyen bir dizi hedefler belirleyerek zamanla ek kaynaklar kullanılabilir hale gelebilir.

3.3.2 Değerlendirme ve izlem

Değerlendirme ve izlem, her tür sağlık hizmeti sunumunun önemli yönleridir ve yüksek kaliteli hizmetlerin ve tatmin edici bir bakım düzeyinin sürdürülmesinin anahtarıdır. Değerlendirme ve izlemin amacı, bir tesis veya hizmetin güçlü ve zayıf yönlerinin değerlendirilmesidir; sonuçları uygun şekilde hizmetleri değiştirmek ve iyileştirmek için kullanılabilir. Bu tür bilgiler, kısıtlı kaynakların nasıl tahsis edileceğine karar verirken yöneticiler ve kaynak yöneticileri için de yararlı olabilir.

Daha spesifik olarak, değerlendirme ve izlem şunları belirlemek için kullanılabilir (93):

- Hizmetlerin ne kadar iyi sunulduğunun araştırması (örneğin, hasta memnuniyeti anketlerini kullanarak).
- Sunulan hizmetlerin çıktıları, performansı ve türü (örneğin, aylık görülen hasta sayısı, takip için geri dönen hasta sayısı, topluma veya sağlık profesyonellerine hizmet içi sağlanan eğitim programlarının sayısı).
- Hasta sonuçları (ör. Cinsel şiddet sonucu CYBE kapmış hastaların sayısı, cinsel şiddetten kaynaklanan gebeliklerin sayısı)

Bir değerlendirme ve izleme sisteminin planlanması genellikle aşağıdaki adımları içerir (93):

- sağlık tesisinin hedeflerinin listelenmesi;
- soruların, sorunların veya ilgi alanlarının belirlenmesi;
- tesisi kullanan hastaların sonuçlarının belirlenmesi;
- mevcut değerlendirme araçlarının değerlendirilmesi veya kullanılması için sorular geliştirilmesi;
- değerlendirme sorularını cevaplamak için ne tür bilgilerin gerekli olduğuna karar verilmesi;
- bilginin nasıl elde edileceğinin belirlenmesi;
- değerlendirme yapan ve verileri analiz eden kim olacağının belirlenmesi;
- bilgi toplamak için zaman çerçevesinin belirlenmesi;
- toplanılan bilgilerin nasıl kullanılacağına belirlenmesi.

4. CİNSEL ŞİDDETE MARUZ BIRAKILAN YETİŞKİNLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE MUAYENESİ

ÖZET

- Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin bakımında öncelikli olan hastanın sağlığı ve iyilik hali olmalıdır.
- Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin muayenesi kapsamlı yapılmalıdır ki bu durum kaçınılmaz olarak müdahaleci ve zaman alıcı olacaktır. Hastaya çeşitli muayeneler yapılması ve bu durumun hasta için daha fazla sıkıntı yaratması göz önünde bulundurularak, tıbbi muayene ve örneklerin toplanması mümkün olduğunca eş zamanlı olarak yapılmalıdır.
- Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilere muayene esnasında saygılı ve şefkatli davranılmalıdır, bu hastaların iyileşmesine de katkıda bulunacaktır.
- Muayene ve muayene sonrasında üçüncü kişilere bilgi verilmesi gerekeceğinden, aydınlatılmış onam alınması verilecek hizmetin çok önemli bir bileşenidir.
- Yapılacak muayenenin tüm aşamaları hastaya önceden açıklanmalıdır; muayene esnasında hasta, ne zaman ve neresine dokunulacağı konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaya soru sorması için bol bol fırsat verilmelidir. Hastanın istekleri her aşamada göz önünde bulundurulmalıdır.
- Bütün bulgular dikkatlice belgelenmelidir; standart muayene formlarının kullanılması hiçbir önemli ayrıntının atlanmamasına yardımcı olması nedeniyle önerilmektedir (Bkz: Ek1)

4.1 Genel Bakış

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilere, sağlık hizmetinin neresinden olaya dahil olduklarına bakılmaksızın, tam bir adli tıbbi muayene sunulmalıdır ve bu muayenenin ana bileşenleri aşağıda sıralanmıştır:

- Aydınlatılmış onamı da içeren ilk değerlendirme (Bkz: Bölüm 4.2)
- Cinsel şiddet olarak tanımlanan olayların sayısını da içeren tıbbi öykü (Bkz: Bölüm 4.3)
- Tepeden topuğa fiziksel muayene (Bkz: Bölüm 4.4.2)
- Detaylı genito-anal muayene (Bkz: Bölüm 4.4.3)
- Yaraların sınıflandırılması ve kayıt altına alınması (Bkz: Bölüm 4.5)
- Tanı amaçlı tıbbi örneklerin toplaması (Bkz: Bölüm 4.6)
- Adli örneklerin toplanması (Bkz: Bölüm 5.2)

- Kanıtların mahkeme sürecine dahil olması için adli örneklerin etiketlenmesi, paketlenmesi ve taşınması (Bkz: Bölüm 5.2)
- Tedavi edici olanaklar (Bkz: Bölüm 6.1-6.5)
- Rehabilitasyon sürecini planlamak (Bkz: Bölüm 6.7)
- Belgelerin saklanması/arşivlenmesi (Bkz: Bölüm 8.1.2)
- Adli-tıbbi rapor hazırlamak (Bkz: Bölüm 8.3)

Bu kılavuz asıl olarak cinsel şiddete maruz bırakılan erişkin kadınlar için hazırlanmış olsa da aşağıda tanımlanan birçok prensip ve prosedür erişkin erkeklere de aynı şekilde uygulanabilir. Erkeklere sağlanan sağlık hizmeti için spesifik olan koşullar Kutu 4 de ayrıca belirtilmiştir. Çocuk olgular ayrı bir başlık altında anlatılmıştır (Bölüm 7: Çocuğun cinsel istismarı).

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişiler, muayene ve tedavi esnasında profesyonel güvence, kabul ve anlayışa alışılmadık derecede ihtiyaç duyarlar (37). Cinsel şiddete maruz kalmış hastalar ile uğraşmak geniş yelpazede beceri gerektirmektedir:

- Normal insanların cinsel davranışları, genitoanal anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili bilgi sahibi olmak
- Cinsel organlar ve cinsel davranışlarla ilgili hem tıbbi hem de günlük konuşma dilindeki terimlerle ilgili bilgi sahibi olmak
- İyi iletişim becerisi
- Cinsel şiddetin dinamikleri ile ilgili temel bilgiye sahip olmak
- Cinsel şiddet suçu çevresinde gelişen yasal sorunlara karşı anlayışlı olmak
- Kültürel ve/veya dinsel konularla ilgili anlayışlı olmak
- Empati ve duyarlılık

KUTU 4

Cinsel şiddete maruz bırakılan erişkin erkeklerin tıbbi tedavilerinin yönetilmesi:

Fizik muayene ve tıbbi müdahalelerle ilgili olarak

- Cinsel şiddete maruz bırakılan erkekler de kadınlarla aynı şekilde değerlendirilmelidir
- Aydınlatılmış onam, öykü alma, fizik muayene (tabi ki genital muayene daha farklı olacaktır) ve laboratuvar testleri esnasında aynı prosedürler uygulanmalı ve aşağıdaki basamaklar takip edilmelidir:
 - Herhangi bir yara olup olmadığına bakmak için tepeden topuğa muayene yapılması
 - Genito-anal bölgenin kapsamlı muayenesi
 - Yaraların tedavi edilmesi (erkekler de aynı şekilde CYBE, Hepatit B ve tetanoz tedavisine gereksinim duyar)
 - Erkekler de HIV testleri ve eğer varsa cinsel saldırı sonrası profilaksi konusunda bilgilendirilmeli ve bunlar hastalara önerilmelidir.
 - Erkeklerle de yaraların iyileşmesi ve tedavi reçetelendirilmesi (CYBE tedavisi de dahil) amacıyla rehabilitasyon hizmeti verilmeli, ilaçlar ve danışmanlık konularında bilgi verilmelidir.

4.2 İlk değerlendirme:

4.2.1 Önceliklerin belirlenmesi

Öncelikle cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin, bu konuda eğitilmiş sağlık çalışanına en kısa sürede ulaşması sağlanmalıdır. Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin akut sağlık ihtiyaçları bu erken dönemde öncelikli ilgilenilmesi gereken şeydir ve mümkün olan en kısa sürede değerlendirilmelidir. Hastanelerin acil servisleri gibi, birçok hastanın sırayla bakıldığı yoğun merkezlerde, hastaların aciliyet sırasına göre sınıflandırılmaları gerekmektedir. Cinsel şiddete maruz bırakılan kişide ciddi ya da yaşamsal tehlikeye neden olacak şekilde yaralanma mevcutsa; öncelikle medikal tedavi ya da cerrahi girişim hizmeti verilmelidir. Bu koşullarda, hastanın güvenliği, sağlığı ve iyilik hali diğer tüm dikkat edilmesi gereken şeylerden önce gelmektedir. Bu hasta grubunda bazen daha az ciddi yaralanmalar olduysa hemen acil sağlık hizmeti vermek gerekmeyebilir. Böyle durumlarda hasta bekletilecekse; hastanın bekleme odasında yalnız kalmamasına ve tıbbi ihtiyaçları karşılanana kadar rahat etmesini sağlayacak, ihtiyaçlarını karşılayacak birilerinin eşlik etmesine gereksinim vardır.

4.2.2 Sağlık çalışanları nasıl davranmalıdır?

Cinsel şiddet olayı sonrasında kişiler artan stres hormonları nedeniyle, aşırı derecede uyarılabilir ve duygusal olabilirler. Sonrasından olan olaylar dramatik bir şekilde yaşadıklarını hatırlatabilir. Cinsel şiddete maruz bırakılan birçok kişi, onlara hoşgörülü davranan sağlık personelinin iyileşme sürecinde kendilerine katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Diğer taraftan, cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerle temasa geçmiş polisler doktorlar, danışmanlar ya da diğer insanlar tarafından yapılmış yorumların yıllarca peşlerini bırakmadığını belirtilmiştir. Bu nedenle sağlık çalışanları bu hasta grubu ile karşılaştıklarında seçtikleri kelimelere büyük özen göstermeli ve kişileri tekrar travmatize etmemelilerdir.

Uygunsuz bir dil kullanmak sadece kişinin muayene esnasında daha stresli olmasına neden olmakla kalmayıp uzun dönemde iyileşme sürecini de engelleyebilir. Sağlık çalışanlarına kelimelerini nazikçe ve teselli edici şekilde seçmeleri önerilir; yargılayıcı ya da eleştirel bir üslup kesinlikle kullanılmamalıdır. Cinsel şiddete maruz bırakılan bütün kişilere, sosyal statülerine, ırklarına, dinlerine, kültürlerine, cinsel yönelimlerine, hayat tarzlarına, cinsiyetlerine ya da mesleklerine bakılmaksızın saygı ve itibarla davranılması zorunludur.

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişiler tarafından genel olarak ifade edilen bazı duygular-hisler ve bunlara verilmesi gereken uygun yanıtlar Tablo 5'te topluca listelenmiştir. Kutu 5 ayrıca sağlık çalışanlarına uygun tavır ve davranışları da önermektedir.

Birçok kişi kendisine inanılmayacağından korktuğu için, maruz bırakıldığı cinsel saldırı olayını bildirmeden bahseder. Gerçekten de iyileşme dönemi diğer insanların inanmaması ya da saldırı için hastayı suçlaması nedeniyle aksayabilir. Hastanın duygularına kıymet vermek, iyileşme dönemi için çok kritiktir (52). Vücut dili, jest ve mimikler, hastanın iddialarına inanma atmosferine katkı sağlar. Ancak bu durum sağlık çalışanının, bu kişilerin anlattıklarını dikkatlice dinlemekten alıkoymamalıdır. Kuşkuçuluk ve naiflik arasında büyük bir fark vardır. Sağlık çalışanının hastanın farklı ihtiyaçlarını, yasal yaptırımları, adalet sistemini ve daha geniş toplumları en iyi şekilde tatmin etmesi bu iki kutup arasında olmalıdır. Tarafsız olmak mahkeme tanıklığı için hayati önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanları da kişiler arası şiddet olaylarıyla defalarca karşılaştıklarından, bu olayları işittiklerinden ve gördüklerinden, kişiler arası şiddet olaylarının kendilerini nasıl etkilediğinin farkında olmalıdır. Üzücü olayların etkilerini tanıma ve bunlarla baş etme mekanizmalarını geliştirme yeteneği, kişisel sağlığı korumak ve bu alanda uzun vadeli çalışırken rahat etmek için gereklidir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki yöneticiler bu durumun farkında olmalıdır ve çalışanları için destek sağlamalıdır. İş arkadaşlarıyla yapılan psikolojik bilgilendirme oturumları ve tartışmalarını da içeren çok sayıda resmi ya da resmi olmayan forumlar sağlık çalışanlarına karşılaştıkları sorunlar karşısında yardımcı olabilir.

Tablo 5 Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin değerlendirilmesi: Hastalara duygularıyla baş etmelerinde yardımcı olma

DUYGULAR	YANITLAMA YOLLARI
Çaresizlik	"Sen değerli bir insansın" deyin.
Ümitsizlik	Kişilerin hayatta kalmak için geliştirebilecekleri stratejilere ve becerilere odaklanın
Güçsüzlük ve kontrol kaybı	"Bundan sonra nasıl devam edeceğin konusunda yapabileceğin seçimler ve seçenekler var" deyin
Flashbackler	"Bunlar iyileşme sürecinde düzelecek" deyin
Uyku düzensizliği	"Bunlar iyileşme sürecinde düzelecek" deyin
İnkâr	"Sizin söylediklerinizi ciddiye alıyorum. İlerde yardıma ihtiyacınız olduğunda bana ulaşabilirsiniz" deyin
Suçluluk ve kendini suçlama	"Yaşadıklarınız yüzünden kendinizi suçlamayın. Size uygulanan şiddetten size saldıran kişi sorumludur" deyin.
Utanma	"Böyle bir saldırıya uğramak sizi onursuz yapmaz. Siz onurlu bir insansınız" deyin
Korku	"Burada güvendesiniz" diye vurgulayın. "Bu olay sizin için korkutucu olmuş olmalı" diyebilirsiniz.
Hissizlik	"Bu ciddi travmalardan sonra verilen yaygın bir tepkidir. Zamanla tekrar hissetmeye başlayacaksınız" deyin.
Ruh halinin sürekli değişmesi	Bunun da yaygın görülen bir tepki olduğunu ve iyileşme süresince düzeleceğini açıklayın.
Kızgınlık	İnsanların kendilerini ifade etmek için kullandıkları haklı bir yoldur. Bu duyguyu hisseden kişilere destek olun. Örnek olarak "Çok kızgın görünüyorsunuz" diyebilirsiniz.

Anksiyete	Hastaya bu semptonların uygun stres yönetim teknikleriyle iyileşeceğini söyleyin ve bu tenikleri açıklamayı teklif edin.
Yardımsızlık	"Kendinizi yardım bulamayacak gibi hissediyorsunuz. Biz burada size yardımcı olmak için bulunuyoruz" deyin.

Kaynak (50,51)

KUTU 5

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerle iletişim kurma; faydalı teknikler

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerle iletişim kurmada aşağıdaki tenikler ve stratejilerden faydalanabilirsiniz.

- Hastaya ismiyle hitap edin. Hastaya tercih ettiği ismiyle hitap edin. Hastaya odaklanın.
- Hastaya kendinizi tanıttın ve mesleğini söyleyin (doktor, hemşire, sağlık çalışanı vb.)
- Saygılı bir tutum hedefleyin ve hastaya kendi kültürü dahilinde olabildiğince profesyonel davranın.
- Sakin bir tavrınız olsun. Korkmuş ve korku yaşamış kişiler, korkusu olamayan insanlarla ilişkide olmak ister.
- Aceleci davranmayın. Zaman verin.
- Kültürel olarak sakıncası yoksa göz teması kurmak çok önemlidir.
- Hastaların anlattıkları karşısında empati yapın ve yargılayıcı davranmayın.

4.2.3 Aydınlatılmış onam alınması

Tam bir muayene yapılmadan önce hastanın katılımı sağlanmalıdır ve aydınlatılmış onam alınmalıdır. Uygulamada aydınlatılmış onam demek hastaya yapılacak tüm muayenelerin anlatılması –aydınlatılması- anlamına gelmektedir. Diğer kurumlara - kolluk kuvvetleri de dahil olmak üzere- bilgi verileceği konusuna özellikle vurgu yapılmalıdır. Bu durum özellikle, yasal düzenlemelerinde şiddet olgularıyla karşılaşanların (ve muayene bulgularının detaylarının) kolluk kuvvetlerine haber verme zorunluğu olan yerlerde çalışanlar için önemlidir.

Hastanın tıbbi durumunu tespit ettikten sonraki basamak, hastayı değerlendirme sürecindeki seçeneklerle ilgili bilgilendirmektir. Hastaların kendilerine sunulan seçenekleri anlamaları ve kendi sağlıkları için gerekli kararları verebilmeleri için yeterli

bilgilendirme yapılması çok önemlidir. Hastaya kendini güvende hissedeceği ve kesinlikle baskı altında ya da tehdit edilmiş hissetmeyeceği vb. doğru ortamların sağlanması önemlidir. Bu durum tüm hastaların temel hakkı olmasına rağmen özellikle kendi kişisel varlıklarına ve kendi iradelerine karşı izinsiz gelişen bu tür olaylara maruz kalmış hasta grubunda özellikle önemlidir. Ayrıca hastalara muayene esnasında izin verdikleri her basamaktan vazgeçebilecekleri bilgisi de verilmelidir. Bütün bunların ötesinde en önemli şey hastaların isteklerine saygı göstermektir.

Aydınlatılmış onam bütün adli tıbbi olayların merkezinde yer alan en önemli basamaktır. Bir hastayı rızası olmadan muayene eden doktor, saldırı, basit yaralama ya da başkasının hakkına tecavüz etme suçlarıyla yargılanabilir. Bazı ülkelerde aydınlatılmış onam alınmadan yapılan muayene sonuçları hukuki işlemlerde kullanılmamaktadır.

4.3 Öykü alma

Aydınlatılmış onam almadan önce hastanızı yeterli derecede bilgilendirdiğinizden emin olun. Sonrasında, hastanızdan rıza formunu imzalamasını isteyin (Eğer ülkenizde gerekliyse). Hastaya; suçlulara karşı yasal işlem sürdürmeye karar vermesi gerektiği ve muayene esnasında söyleyeceği herşeyin yasal kayıt altına alınacağı bilgisi açıklanmalıdır. Eğer raporlama yapmak ülkenizdeki yargılama sistemi içinde zorunlu ise hastanın bu durumu anladığından emin olun. Aydınlatılmış onam almak için harcadığınız zaman hastanın sizinle güven ilişkisi kurulması açısından da yardımcı olacaktır. Hastanızın sizin çalıştığınız ortamda ve sizinle kendini güvende hissetmesini sağlamak, herkesin yararına olacaktır.

4.3.1 Genel tıbbi öykü/ anamnez

Anamnez almanın temel amacı tıbbi muayeneleri yönlendirmede yardımcı olacak bilgileri edinmek ya da var olan durumları açıklayacak bilgiler edinmektir. Kolay morarma, bilinç kaybı ya da hafıza kaybı vb. Sağlık çalışanlarına, uygun muayene yapmalarını sağlamak için ulusal kılavuzlara ve standartlara uymaları tavsiye edilmektedir.

Asgari olarak, anamnez hastanın bilinen sağlık problemi olup olmadığını (allerji vb.), aşılama durumunu ve kullandığı ilaçları kapsamalıdır. Hastanın genel sağlık durumuyla ilgili bilgi alırken aşağıdaki soruların sorulması faydalı olabilir:

— Bana biraz genel sağlık durumunuzdan bahsedin.

- Son zamanlarda bir hemşire ya da doktora göründünüz mü?
- Herhangi bir tanı konmuş hastalığınız var mı?
- Hiç ameliyat oldunuz mu?
- Hiç bulaşıcı bir hastalığa yakalandınız mı?

Hastanın kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi alamaya çalışırken aşağıdaki soruların sorulması faydalı olabilir:

- Hiç allerjiniz var mı?
- Sağlık çalışanı tarafından verilen ilaç kullanır mısınız?
- Bitkisel ilaçlar kullanır mısınız?
- Herhangi başka bir ilaç kullanır mısınız?

Eğer mümkünse hastanın tıbbi öyküsünü kaydederken standart formlar kullanılmalıdır (Bkz: Ek1); standart formların kullanımı muayene eden kişiye sorulması gereken sorularla ilgili rehberlik edecek ve önemli ayrıntıların ihmal edilmesini önleyecektir. Öykü alma konusunda deneyimli olan birini gözlemlemek bu alanda çok değerli olacaktır.

4.3.2 Jinekolojik öykü

Hastanın son jinekolojik öyküsü cinsel saldırı olgularında özellikle konuyla ilişkilidir. Sorular aşağıdaki özellikleri kapsayacak şekilde sorulmalıdır:

- Son adet tarihinizin ilk günü ne zamandı?
- Bu olaydan önce hiçbir cinsel ilişkiniz oldu mu?
- Hiç gebelik geçirdiniz mi? Kaç tane ve bu gebelikler ne şekilde sonlandı?
- Kaç tane çocuğunuz var?
- Gebeliğiniz süresinde herhangi bir komplikasyon gelişti mi?
- Hiç pelvik cerrahi girişim geçirdiniz mi?
- Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız hangisi?
- Şu anda herhangi bir cinsel partneriniz var mı?
- En son ne zaman gönüllü bir cinsel ilişkiye girdiniz? (Bu detaylar DNA inclemesi yapılacaksa gerekli olabilir)

4.3.3 Saldırının öyküsü

Uygulanan saldırı sayısını bilmenin ana amacı:

- Tüm akut yaralanmaları belirlemek ve tedavi etmek

- Takibinde gelişebilecek durumları değerlendirmek (Gebelik ve CYBE vb.)
- Olayla ilişkili örnek toplamada rehberlik etmek
- Belgelemeye olanak sağlamak (öykü gereksiz bilgiler olmadan, doğru, kesin olmalıdır ki polis raporlarındaki bilgilerle çelişkiler olmasın)
- Adli muayeneye rehberlik etmek

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerle görüşme yapılırken, olayı kendi kelimeleri ile anlatması istenir. Söyledikleri gereksiz yere bölünmeden kayıt altına alınmalıdır; eğer bazı detayları bilmeye ihtiyaç duyulursa bunlar hastanın konuşması bittikten sonra sorulmalıdır. "Neden" diye başlayan sorular sormaktan kaçınılmalıdır; çünkü bu soru suçlama eğilimindedir, bunun yerine daha açık uçlu, yönlendirici olmayan sorular tercih edilmelidir.

Bazı hastaların olayın utanç verici ayrıntılarını kasıtlı olarak anlatmak istemeyebileceği akılda tutularak daha titiz davranılmalıdır (örneğin; hasta oral ya da anal penetrasyondan bahsetmekten kaçınabilir). Bazı kişiler için de saldırı hakkında konuşmak zor olabilir. Hastaya olayın; polisle ilgili olan kısımlarından daha farklı yönleriyle ilgilendiğinizi, bir sağlık çalışanı olarak özellikle kendisi ve fail (failler) arasındaki fiziksel temasın ne düzeyde olduğunu bilmeniz gerektiğini açıklayın.

Her zaman hastalarınızın sorularını yargılayıcı olmadan ve empati yaparak yanıtlamaya çalışın; Örneğin;

- Çok sakın bir ses tonu kullanın.
- Göz teması kurun (kültürel olarak uygunsa).
- Şok ya da kuşku gibi hislerinizi açığa vurmeyin.
- Hastayı suçlayıcı cümleler kullanmaktan kaçının. "Ne olacağını düşünüyordun?", "Dışarda tek başına ne yapıyordun?" "Ne giyiyordun?" ya da "Seni daha iyi tanırdım" gibi.

Bazı hastaların saldırı esnasında istemsiz olarak orgazm oldukları bilinmektedir. Bu durum hasta için kafa karıştırıcı olabilmektedir. Hastanın orgazm olması olaya rızası olduğu anlamına gelmez.

Aşağıdaki detaylar cinsel saldırı iddiası olan olguda, tercihen bir muayene formu içinde mutlaka belgelenmelidir (53).

- Saldırının tarihi, zamanı ve nerede olduğu, saldırının nasıl bir yer ve zeminde gerçekleştiğini de içerecek şekilde

- Failin adı, kimliği ve sayısı
- Fiziksel temasın ekilleri ve kaç defa saldırıya uğradığı
- Silah ya da baskı altına alıcı bir alet kullanıp kullanmadığı
- İlaç/uyuşturucu/alkol/ ya da inhaler madde kullanılıp kullanılmadığı
- Kıyafetlerin nasıl çıkarıldığı

Aşağıda belirtilen durumlar gerçekleşsin ya da gerçekleşmesin, gerçekleşen ya da teşebbüs edilen cinsel saldırı olayının detayları dikkatlice kayıt altına alınmalıdır.

- Saldırganın penisi, parmağı ya da bir cisimle gerçekleşen vajinal penetrasyon
- Saldırganın penisi, parmağı ya da bir cisimle gerçekleşen rektal penetrasyon
- Saldırganın penisi ya da bir cisimle gerçekleşen oral penetrasyon
- Saldırganın ağzının, hastanın yüzü, ağzı ya da genito-anal bölgesiyle teması
- Hastanın ağzının saldırırganın yüzü, ağzı ya da genito-anal bölgesiyle zorla teması
- Hastanın vajinasına ya da vücuduna ya da olay yerine ejakulasyon

Kondom ya da kayganlaştırıcı madde kullanılıp kullanılmadığı not edilmelidir. Hastanın olay sonrası yaptığı kanıtların değişmesine yol açacak banyo yapma, duş alma, silme, tampon kullanma ya da kıyafetlerin değiştirilmesi gibi aktivitler de aynı zamanda kayıt altına alınmalıdır. Son olarak, saldırıdan bu yana gelişen herhangi bir semptom varsa bunlar da kayıt altına alınmalıdır; Örnek olarak

- Genital kanama, akıntı, kaşıntı, yara, ağrı.
- Üriner sistemle ilgili semptomlar.
- Anal kanama, anal ağrı.
- Karın ağrısı.

4.4 Fizik muayene

4.4.1 Genel ilkeler

Cinsel saldırıya maruz bırakılan kişilerin muayenelerini yaparken doktorlara aşağıdaki prosedürlere uymaları önerilir (daha detaylı bilgiler ilgili bölümlerin ilgili kısımlarında verilmektedir).

- a. Hastanın genel görünüşünü, tavırlarını ve mental fonksiyonlarını not edin. Eğer hastanın ruhsal durumu bozulmuş görünüyorsa, bu bozulmanın yakın zamanda mı olduğunu (alkol etkisiyle) ya da uzun dönem bir hastalığın ya da bozukluğun etkilerinden (mental retardasyon) mi olduğunu değerlendirmeye çalışın.

b. Hastanın vital bulgularını not alın:

- Kan basıncı
- Ateş
- Nabız sayısı
- Solunum hızı

c. Hastayı genito-anal bölgesi de dahil olacak şekilde tepeden topuğa muayene edin (Bkz: Bölüm 4.4.2 ve 4.4.3)

d. Hastanın bütün fiziksel yaralanmalarını, adli delil için örnek alınmayacaksa bile detaylı bir şekilde tanımlayın ve not alın. Yaraların lokalizasyonunu ve boyutunu işaretlemek için vücut diyagramlarını kullanın (Bkz: Bölüm 4.5).

e. Mümkünse tüm yaraların fotoğraflarını çekin (Bkz: Bölüm 8.2). Fotoğraflama için ayrı bir onam formu gerekebilir.

f. Eğer mümkünse, kırıkların, baş ve boyun yaralanmalarının, beyin ya da spinal kanal yaralanmalarının ya da abdominal yaralanmaların tanısına yardımcı olmak için testler isteyin. (X-ray, BT, ultrason vb) (Bkz: Bölüm 4.6).

g. Gerekliyse; HIV (HIV testi için mutlaka aydınlatılmış onam alınmalıdır) hepatit B, sifiliz ve diğer CYBE'lerin test edilmesi için kan örneği alın (Bkz: Bölüm 6.3-6.5).

Aşağıdaki genel prensip ve prosedürleri baştan sona göz önünde bulundurmak önemlidir:

- Fizik muayeneye başlamadan önce hastaya uygulanacak olan prosedürlerin ve bunların neden gerekli olduklarının anlatılması için zaman ayrılması gerekir. Hastaya soru sorması için şans verilmelidir.
- Eğer hasta isterse hastanın bir yakını ya da arkadaşı muayene esnasında yanında bulunabilir.
- Özellikle muayene edecek doktor erkekse, mutlaka hastaya eşlik edecek kadın personel bulunmalıdır. Bu kişinin, genellikle eğitimli sağlık çalışanı olması tercih edilir ve primer görevi hastaya konfor ve destek sağlamaktır. Bu kişinin varlığı aynı zamanda doktoru, doktorun uygunsuz davranışlarda bulunduğu iddialarına karşı da koruyacaktır.
- Muayenenin bütün basamakları esnasında hasta bir sonraki adımda ne yapılacağı konusunda bilgilendirilmeli ve hastanın tekrar izni alınmalıdır. Hasta daima ne zaman ve neresine dokunulacağını bilmelidir. Hastaya kullanılacak malzemeler ve örnek toplama materyelleri gösterilmeli ve açıklanmalıdır.

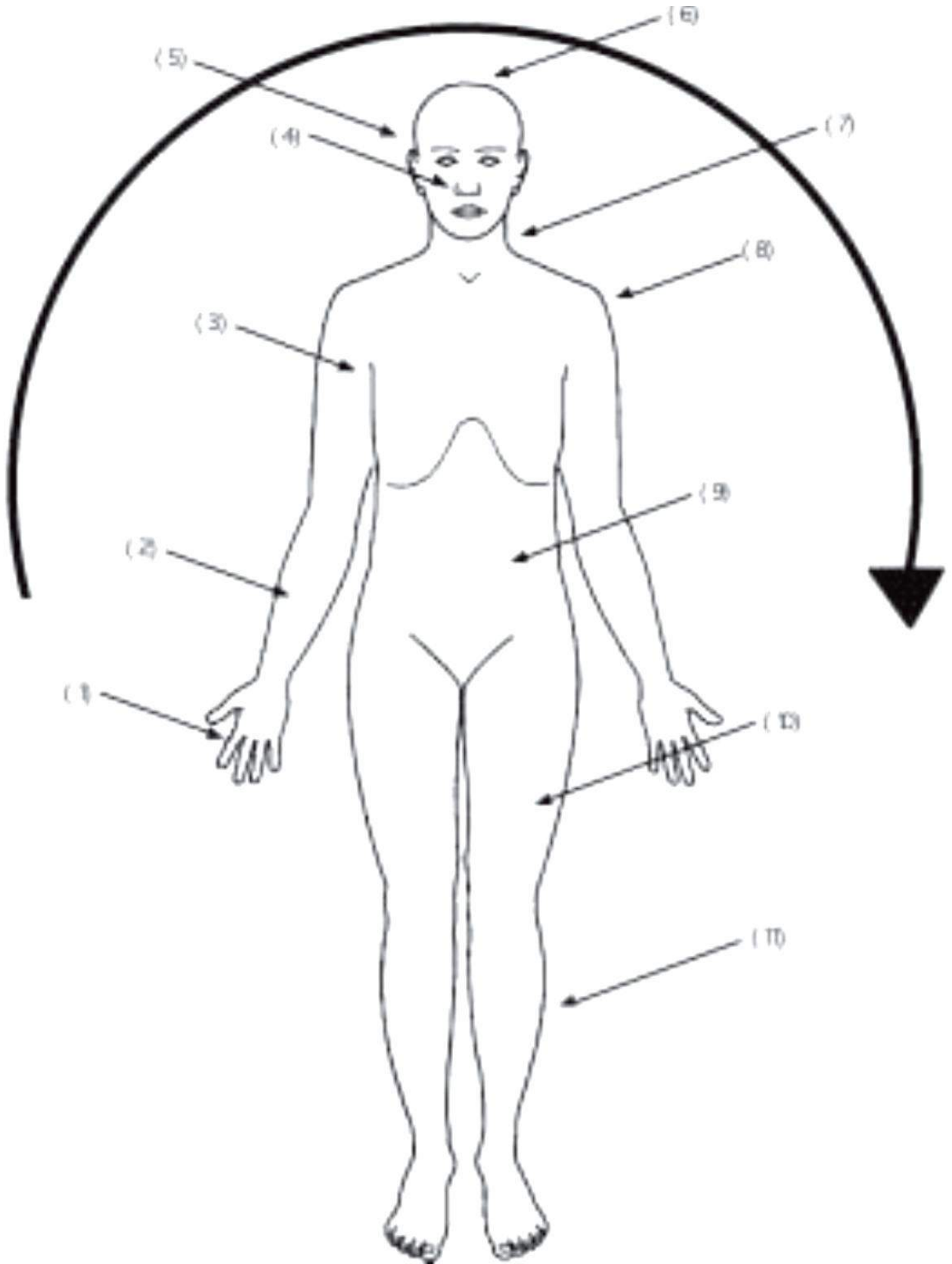
Hastalar bazen muayenenin tamamını ya da belli başlı bölümlerini kabul etmeyebilir, böyle durumlarda hastanın tercihine saygı gösterilmelidir. Muayene esnasında hastanın bir derecede kontrolünün olmasına izin verilmesi, iyileşme süreci için de faydalı olacaktır.

- Muayene mutlaka ıııklı, sıcak, temiz ve özel bir ortamda yapılmalıdır. İdeal olanı muayene yapılan yerin işitsel ve fiziksel gizliliği sağlaması ve giyinip soyunma için ayrı bir bölümü içerecek şekilde olmasıdır (örn: Bir perdenin arkasında ya da başka bir odada). Sağlık çalışanına hastaya bir taraftan yaklaşmasına izin verecek şekilde yerleştirilmiş bir muayene masası olmalıdır. Hastaya bir örtü (tek kullanımlık muayene elbisesi) sağlanmalıdır.
- Eğer giysiler saldırı esnasında hastanın üzerinde olanlar ise adli delil amaçlı toplanmalıdır. Hasta beyaz bir örtünün ya da açık renkte büyük bir kâğıdın üzerinde giysilerini çıkarmalıdır. Hastaya soyunma esnasında mümkün olduğu kadar mahremiyet sağlanmalı, örtünmesi için bir örtü verilmelidir. Eğer hasta giysilerinin delil olarak kullanılmasına izin verirse, bu giysilerin her biri doktorun eldivenli eliyle tutularak kâğıt poşetlerin içine yerleştirilmelidir. Eğer giysiler adli inceleme için kullanılacaksa hastaya yedek giysi sağlanması gerekir. Bölüm 5 'te (adli örnekler) adli muayene ve delillerin toplanması esnasında karşılaşılacak başka detaylar ve gerekliliklerden bahsedilmektedir.
- Hem tıbbi hem adli deliller muayene esnasında toplanmalıdır. Tıbbi ve adli hizmetlerin eş zamanlı aynı yerde ve aynı kişi tarafından yapılmasını sağlamak, hastanın tekrarlı muayene sayısını düşürür ve ihtiyacı olan şeylerin daha kapsamlı değerlendirilmesini sağlar.
- Muayene sırasında aşağıdaki evrensel önlemlere her zaman dikkat edilmelidir (54):
 - o Kan ya da vücut sıvılarıyla temas edileceği zaman eldiven giyilmelidir.
 - o Hasta aralarında eldivenler değiştirilmelidir. Bazen aynı hastayı muayene ederken de kontaminasyonu önlemek için eldivenlerin değiştirilmesi gerekir.
 - o Kan ya da herhangi bir vücut sıvısıyla temastan sonra, iki hasta muayenesi arasında ve eldivenler çıkarıldıktan sonra eller bol su ve sabunla yıkanmalıdır.
 - o Göz, ağız ya da yüze, kan ya da vücut sıvısı sıçraması ihtimaline karşı, koruyucu gözlük, maske, yüz koruyucu maske giyilmelidir.
 - o Kullanılmış iğneler tekrar kullanmamalıdır.
 - o Kullanılmış iğneler eğilmemeli ya da kırılmamalıdır.

- o İğneler kullanımdan hemen sonra özel toplama kaplarına atılarak imha edilmelidir.
- Sağlık çalışanları fizik muayene basamakları içinde elde edilen tüm bilgileri kayıt altına almalıdır. Böylece hastaya muayene sırasında sessiz kalabileceği dönemler sağlanabilir. Hastanın muayene esnasında kendisini rahatsız hissettiği herhangi bir aşamada muayeneyi durdurabileceğini ve muayeneyi durdurması için ona fırsat verileceğini anladığından emin olunmalıdır.
- Hastaların soruları her zaman yargılayıcı olmayacak şekilde empati yapılarak cevaplanmalıdır. Sakin bir ses tonu kullanılmalıdır.

4.4.2 "Tepeden topuğa" fizik muayene

Hastanın tepeden topuğa sistemik muayenesi aşağıdaki basamakları içerecek şekilde adım adım yapılmalıdır (48). Aşağıdaki eylemlerin numaraları Resim 1'de gösterilen sayılı vücut parçalarına karşılık gelmektedir. Genitoanal muayene ayrı bir şekilde anlatılmıştır (Bkz: Bölüm 4.4.3). Bölüm 4.5'te yaraların sınıflandırılması ve kayıt altına alınması anlatılmıştır.



Resim 1 Cinsel saldırı olgularında yapılan baştan ayağa fizik muayenenin inspeksiyon yapılacak alanları

1. Adım

Öncelikle hastanın genel görünüşünü ve tavırlarını not alın. Muayeneye hastanın ellerinden başlayın; bu hastaya güven verecektir. Vital bulgularına bakın; nabız, tansiyon, solunum sayısı ve ateş. Her iki elin her iki yüzünü yara olup olmadığını anlamak için inspekte edin. Bileklerde bağ izi olup olmadığına bakın. Bazen delil niteliğindeki izlerden örnek almak gerekebilir (Bazı olaylarda tırnak altından kazıntı örneği almak gerekebilir).

2. Adım

Önkolarda defans yaraları olup olmadığına bakın; bu yaralanmalar vücudun hassas bölgelerine gelen kuvveti savuşturmak için kollar yukarı kaldırıldığında olur. Defans yaraları; ekimoz, abrazyon, laserasyon ya da kesi yaraları şeklinde olabilir. Koyu ten renkli kişilerde morlukları görmek zor olabilir, böyle durumlarda hassasiyet ve ödemin büyük önemi vardır. Herhangi bir intravenöz pikür izi görülürse not edilmelidir.

3. Adım

Kolların iç yüzleri ve koltukaltları ya da aksiller bölgede ekimoz olup olmadığı dikkatli bir şekilde kontrol edilmelidir. Cinsel şiddete maruz kalan kişiler elle bastırılarak hareketsiz hale getirilmişse kollar üzerinde parmak iziyle uyumlu morarmalar görülecektir (Bkz: Şekil 6). Benzer şekilde; kıyafetler çekildiyse, kişilerde kırmızı, lineer peteşiyal ekimozlar görülebilir.

4. Adım

Yüzü muayene edin. Koyu renk gözlerde bulgular gizli olabilir. Burun kanaması olup olmadığını kontrol edin. Çene ve orbital çukıntılara nazikçe yapılacak palpasyonla ezilmeyi işaret edecek hassasiyet saptanabilir. Ağız dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. Bukkal mukozada ezilme, abrazyon, laserasyon olup olmadığına bakılmalıdır. Yumuşak ve sert damakta görülen peteşiler oral penetrasyonu işaret edebilir. Frenulumda yırtık ya da dişlerde kırık olup olmadığını kontrol edin. Eğer gerekliyse oral sürüntü örneği alın.

5. Adım

Kulakları muayene edin ve kulak arkalarına bakmayı unutmayın. Kulağın skalpe çarpmasıyla oluşan gölge ekimozlar görülebilir. Kulak zarına bakmak için otoskop kullanın.

6. Adım

Skalpin nazikçe palpe edilmesiyle hematomu düşündürecek hassasiyet ya da şişlik saptanabilir. Saldırı esnasına kişinin saçının çekilmesi saç kaybına neden olabilir. Büyük miktarda kopan saçlar muayene esnasında doktorun eldivenli eliyle toplanabilir. Alternatif olarak saçları yavaşça tarayarak gevşek saçlar da toplanabilir. Büyük miktarda kopan saçlar hasta duş alana ya da banyo yapana kadar elektrostatik güçler sayesinde kafada kalabilir.

7. Adım

Boyun bölgesi adli anlamda çok önem taşımaktadır. Boyun bölgesindeki bereler, hayati tehlikeye neden olabilecek bir saldırıya işaret eder. Kulaklar ve boyna takılan takıların olduğu yerlerde paternli ekimozlar görülebilir. Emmeyle uyumlu ekimozlar ve ısırık izleri mutlaka not edilmeli, bu lezyonlara dokunulmadan önce tükürük sürüntü örnekleri alınmalıdır.

8. Adım

Memeler ve gövde çok daha özenlice incelenmeli ve hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir. Genellikle muayeneye sırttan başlamak daha uygun bir yaklaşımdır. Sadece bu bölgeyi açığa çıkararak muayene yapılabilir. Mesela muayene giyisi önce sırtın sağ tarafına çekilerek sol taraf muayene edilir sonra sol tarafına çekilerek sağ taraf muayene edilir. Omuzlar ayrı ayrı incelenmelidir. Daha silik ya da daha belirgin bereler sırtın herhangi bir yerinde olabilir. Eğer hasta muayene masasına oturabilecek durumdaysa muayene elbisesi aşağıya doğru çekilerek sırasıyla sağ ve sol olarak önce memelerin üst tarafı, sonra da sırayla sağ ve solu muayene edilir. Memeler genelde saldırganın hedeflerinden biridir. Isırık izleri, değişik derecelerde emmeyle uyumlu ekimozlar ve künt travma izleri görülür. Eğer memeler muayene edilmezse neden muayene edilmediği yazılmalıdır.

9. Adım

Abdominal muayene yapmak için hasta sırt üstü yatırılır ve inspeksiyon yapılarak hastada ekimoz, abrazyon, laserasyon ya da delil oluşturabilecek izler olup olmadığına bakılır. Abdominal palpasyon yapılarak gebelik ya da internal travma olasılıkları dışlanır.

10. Adım

Hasta hala sırt üstü yatar pozisyondayken bacaklardan başlanarak uyluk ve bacakların ön yüzleri muayene edilebilir. Uyluğun iç taraflarında parmak iziyle uyumlu bereler ve künt travma bulguları görülür (dizlerin çarpması yüzünden). Uyluk iç yüzündeki bu yaralanmalar genelde simetrik bir patern gösterir. Diz kapakları üzerinde abrazyonlar görülebilir (hastanın zorla yere yatırılması sonucunda gerçekleşen). Benzer olarak ayaklarda da delil niteliğinde abrazyonlar ve laserasyonlar görülebilir. Ayak bileklerinde (el bileklerinde de) bağlama sonucunda gelişmiş olabilecek lezyonların olup olmadığına bakılmalıdır. Ayak tabanları da muayene edilmelidir.

11. Adım

Eğer mümkünse, uyluk ve bacakların arka yüzelerini muayene edebilmek için hastadan ayakta durması istenmelidir. Hasta ayaktayken guluteal bölgenin inspekte edilmesi en iyi sonucu verir. Alternatif olarak hasta supine pozisyonda da muayene edilebilir ve sırayla bacaklarını kaldırması istenir ve kalçaları görebilmek için hasta biraz döndürülür. Son metod hasta herhangi bir neden dolayı ayağa kalkabilecek durumda değilse yapılmalıdır (ama muayene edebilmek için yeterli bir görüş alanı sağlamaz). Biyolojik örnekler nemli swaplarla (semen, tükürük ya da kan) ya da cımbızla (saç, ip, ot, toprak) toplanmalıdır.

Genel bir kural olarak; hastaların dövmeleri varsa muayene formlarına kısaca boyutları ve şekilleri yazılarak kayıt altına alınmalıdır. Bu aynı zamanda mahkeme tarafından, yapılan muayenenin doğruluğu değerlendirmek için bir araç olarak da kullanılabilir. Benzer olarak belirgin fiziksel deformiteler de not edilmelidir. Eğer dövmeler ya da fiziksel deformiteler not edilmemişse; doktorlar muayene ve kararlarının doğruluğu konusunda şüpheye düşülmesine hazırlıklı olmalıdır. Muayene eden kişi juri karşısında olgu bazında tartıştığı zaman bu tür gözlemlerin ne kadar değerli olduğunu görecektir.

Deri üzerinde şüphelenilen bölgelerde Wood lambasıyla semen tespit etmeye çalışmak klinikte artık önerilen bir yöntem değildir. Wood lambası önceden bildindiğinin aksine semen olup olmadığına ilgili güvenilir değildir, bunun yerine swaplarla örnek alarak semen varlığını tespit etmek çok daha güvenilir sonuç verir, bu yüzden bu yöntem kullanılmalıdır (Bkz: Bölüm 4.4.3 ve 5.2 Adli örnek toplama teknikleri).

4.4.3 Genito-Anal Muayene

Genitoanal bölgede detaylı bir muayeneye başlamadan önce hastaya kendisini rahat ve sakin hissettirmek önemlidir. Muayenenin her aşamasının hastalara anlatılması, hastaların size yardımcı olmasını sağlar. Örneğin, "Dikkatlice bakmam gerekli. Daha dikkatli bakabilmem için buraya dokunacağım. Herhangi bir hassasiyet hissederseniz lütfen söyleyin" gibi cümleler kurun.

İlk olarak hasta sırtüstü yatarken dizlerini kendine doğru çeker. Sonrasında litotomi pozisyonundaki gibi topuklar ve bacaklar birbirinden ayrılır. Hastanın göğsü, karnı, pelvik bölgesi ve bacakları muayene başlayana kadar bir örtü ile kapalı olabilir, bu noktada çarşaf hazırlanabilir. Işıklandırma hastanın vulvar bölgesinin üzerine yönlendirilmelidir. Genital ve anal bölgedeki yaralanmalara dokunulması ciddi ağrılara neden olabilir. Bazı durumlarda, sadece kısıtlı bir muayenede, alternatif olarak analjezi gerekli olabilir.

Aşağıda rutin genitoanal muayenin temel ilkeleri sıralanmıştır:

1. Adım

Genital bölgenin dışındaki bölgeler ve anüs muayene edilmeli, bunun yanı sıra uyluk ve kalçalarda herhangi bir lezyon olup olmadığına da bakılmalıdır. Mons pubis muayene edilmelidir. Vajinal vestibül muayenesi yapılmalı, labim majus, labium minus, klitoris, himen ve himenal kalıntılar, posterior forset ve perineye ayrıca dikkat edilmelidir. Dijital ve spekulumla muayene yapmak gerekirse öncesinde dış genitallerden swab ile örnek alınmalıdır (Bölüm 5.2 Adli örnek toplama tekniklerine bakınız).

***Çevirenin notu:** *Spekulum muayenesi güncel muayene tekniklerinde tercih edilmemektedir. Spekulum muayenesi hastanın saldırıyı hatırlamasına neden olabilir, özellikle hasta için durumu daha da zorlaştırabilir. Elinizde bulunan bu 2003 yılı kılavuzunda spekulum muayene teknikleri de yer almaktadır, bu nedenle çevirisi yapılmıştır.*

Posterior forset bölgesinin hafifçe gerilmesi, bu bölgedeki abrazyonları açığa çıkarabilir. Çünkü bu bölgedeki abrazyonlar eğer ödem varsa ya da mukozal doku kıvrımları içinde saklanmışsa görmek zordur. Labium majusların nazikçe çekilmesi (muayenede eden kişiye doğru) himenin daha rahat görülmesini sağlar. Hastanın biraz aşağı kaymasını istemek introitusun daha rahat görülmesini sağlayabilir.

2. Adım

Eğer taze kan var ise orjini saptamak için hafifçe silinmeli, bu kanamanın orjininin vulva mı yoksa vajenin daha üst kısımlarından mı geldiğini anlamak için yararlı olacaktır.

3. Adım

***Çevirenin notu:** *Sekulum muayenesi kılavuzda yer aldığı için çevirisi yapılmıştır. Spekulum muayenesi güncel muayene tekniklerinde önerilmemektedir. Yine de herhangi bir nedenden dolayı spekulum muayenesi gerekiyorsa mutlaka kadın doğum uzmanı tarafından yapılmalı ve şeffaf spekulumlar kullanılmalıdır.*

Spekulum muayenesi muayene edenin vajinal duvarlarındaki abrazyon, laserasyon ve bereleri kapsayan yaralanmaları kontrol etmesine olanak sağlar (Resim 2'ye bakınız). (Transparan spekulum kullanılması vajen duvarlarını görmede daha yardımcıdır.) İpucu olabilecek örnekler, örneğin yabancı cisimler ve kıllar bulunabilir ve eğer bulunursa bu örnekler saklanmalıdır (Bölüm 5.2'deki Adli örnek toplama tetkiklerine bakınız). Spekulum muayenesi ile endoservikal kanal da görülebilir.

Muayenenin bu kısmı, hastanın saldırıyı hatırlamasına neden olarak, hasta için özellikle zor olabilir. Bu nedenle bu muayenenin neden yapılması gerektiği ve önemi hastaya nazikçe ve dikkatlice anlatılmalıdır.

Spekulumu kullanmadan önce spekulumun ılık bir su içinde bekletilmesi tavsiye edilir. Geleneksel olarak, spekulum muayenelerinde tavsiye edilen teknik spekulumun vulvar dokuların longitudinal eksenini boyunca sokulması ve ilk kas direnci rahatladıktan hemen sonra döndürülerek pozisyon verilmesidir. Oysa son zamanlarda daha rahat olan alternatif bir yöntem yaygınlık kazanarak kabul edilmiştir. Duckbill spekulumun geniş kenarının posterior forsette bir süre bekletilmesi, spekulumun vaginal doku tarafından sarılmasını sağlayacaktır. Bu yöntem aynı zamanda vajen girişindeki dokuların spekulumu yerleştirmeden önce gevşemesine izin verir, tıpkı anal muayenede dijital muayene yapılacağı zaman parmağın anüs girişinde bir süre bekletilerek kasların gevşemesine neden olması gibi (5. Adıma bakınız). Duckbill spekulumun yukarıda tariflendiği gibi tam yerleştirmeden önce bir süre bekletilmesi, hasta litotomi pozisyonunda iken, döndürmeden, aşağı doğru ilitilerek kolayca takılmasını sağlar ve spekulum ilerledikçe hafifçe açılır. Bu yöntem çok ağrılı

sonuçlara neden olabilecek üretra temasını önler ve serviksin kolayca görülmesini sağlar.

Bazı olgularda spekulum muayenesinin yapılması gerekmektedir. Özellikle saldırı sonrasında vajinal ya da ürteral ağrı olduysa, vajinal kanama varsa ya da vajen içinde yabancı cisim şüphesi varsa mutlaka spekulumla muayene yapılmalıdır. Ayrıca üzerinden 24 saatten uzun - 96 saatten kısa süre geçmiş olan cinsel saldırı olgularında endoservikal kanaldan sürüntü (semen bulmak için) örneği almak için spekulumla muayene yapılmalıdır. Eğer spekulumla muayene yapılamıyorsa (hastanın izin vermemesi vb nedenlerle) yine de kör vajinal swapla örnek almak mümkündür (Bakınız: 5.2 Adli örnek toplama teknikleri).



Resim 2 Multipar bir kadında serviksin spekulum takıldıktan sonraki görünümü

4. Adım

Anal muayene hasta litotomi pozisyonundayken yapılabilmesine rağmen, hastayı sol yanına yatar pozisyonda muayene etmek daha kolaydır. Genital muayene tamamlandıktan sonra hastaya sol tarafına doğru dönmesi ve bacaklarını kendine çekerek duvara bakması istenir.

Muayene esnasında bacakları ve vulvayı bir çarşafıla örtmek hastanın utanmasını engelleyecektir. Anüsü görmek için üstteki kalçanın kaldırılmasına gereksinim vardır. Hastaya bu durum açıklanmalıdır. Eğer hasta rahat edebilecek ve yapabilecekse, kendi kalçasını yukarı doğru çekebilir. Anal sınıra hafif bir basınç uygulamak, yaraları, laserasyonlar ve abrazyonları açığa çıkarabilir.

5. Adım

Dijital muayene; anal kanalın içine yabancı bir cisim sokulduğu şüphesi varsa; proktoskopi ve anaskopiden önce yapılmalıdır. Parmakla rektal muayenede, muayene edenin parmağı perianal bölgeye yerleştirilmelidir. Bu sfinkterin doğal kasılma yanıtının gevşemesini sağlar. Gevşeme bir kez algılanınca dijital muayene işlemine devam edilir.

6. Adım

Proktoskopiye sadece anal kanama ya da saldırı sonrası ağrısı olan yaralanmalarda ya da rektumda yabancı cisim şüphesi olduğunda ihtiyaç duyulur.

4.5 Yaraları Sınıflandırma ve Kaydetme

Klinisyen ve patoloğların, yaralanmalar hakkında araştırmacılar, avukatlar ya da mahkemelerce sıkça sorulan sorularına yanıt vermeleri gerekir. Bu tarz araştırmacı gruplarının bilmek istedikleri:

- Yaralanma zamanı;
- Yaralanmanın nasıl olduğu (yani hangi mekanizmayla);
- Yaralanmanın oluşması için gereken kuvvet miktarı;
- Yaralanmanın olduğu koşullar;
- Yaralanmanın sonuçları.

Yaralanmanın yorumlanması hem karmaşık hem zor bir konudur. Bu anatomik, fiziksel ve patolojik prensiplerin geniş tabanlı bir kavrayışını gerektirir. Uzmanlar bu rolü yerine getirebilmek için alanlarında uzmanlıklarını kanıtlamış olmalıdır. Bu uzmanlık kurum içi değerlendirmeler, eğitimlerin devamlılığı, kalite programları uygulanması gibi yöntemlerle güçlendirilmelidir.

Yaraların kayıt altına alınması ve yorumlanması ile ilgili pratikte sık karşılaşılan zorlukları kapsayan prosedürlere aşağıda yer verilmiştir. Detaylı bilgi kaynakçada önerilen referans metinlerinden alınabilir.

Yaraların kayıt altına alınması ve uzman tarafından yorumlanması uygun şekilde yapılmamışsa, yaralanmanın nasıl meydana geldiği ile ilgili yapılan yorumlamalarda ciddi hatalar meydana gelecektir. Bu durum hem cinsel şidete maruz bırakılan kişi hem de fail için ciddi sonuçlara yol açabilir. Eğer sağlık çalışanları bu muayeneler için yeterli eğitim ve beceriye sahip değilse, yaraları kayıt altına almaları için standart bir terminoloji kullanmaları önerilir (Bölüm 4.5.2'ye bakınız). Ancak yaraların yorumlanması için mutlaka bir adli tıp uzmanından görüş alınmalıdır.

4.5.1 Yaraların tariflenmesi

Yaraların doğru yorumlanması, tamamen yaraların doğru ve tam kaydedilmesine bağlıdır. Tablo 6'da yaraların dikkatlice incelenmesi ve tanımlanmasını desteklemek için bir yaranın özellikleri listelenmiştir. Yaraların fiziksel karakterlerinin tanımlanması ve kaydedilmesinde sistemik bir yaklaşımın belirlenmesi kritik olan hiçbir unsurun atlanmamasını sağlar. İdeal olanı bu yara tariflerinin, muayene notları ile eş zamanlı kaydedilmesidir (Bkz: Bölüm 4.4 Fizik Muayene).

4.5.2 Yaraların Sınıflandırılması

Yaraların sınıflandırılmasında, standart, evrensel olarak kabul edilmiş tanımlayıcı terimler kullanılmasının birçok avantajı vardır. Standart terminoloji kullanmak sadece yaralanmanın oluş mekanizmasını tanımlamaya yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda yaralanmaya hangi koşullarda maruz kalındığının da anlaşılmasına katkıda bulunur. Yaralanmaların tanımlanması ve sınıflandırılmasında doğru terminoloji kullanıldığında bu yaralanmaya neden olan silah ya da cisim hakkında bir sonuca varmak daha kolay olur. Ayrıca yara paterninin değerlendirilmesi, bu yaranın kaza, cinayet ya da intihar sonucu olup olmadığının cevaplanmasına yardım edebilir.

Tablo 6 Fiziksel yara özelliklerinin tariflenmesi

ÖZELLİKLER	NOTLAR
YER	Yara(lar)nın anatomik lokalizasyonunu kaydet.
BOYUT	Yara(lar)nın boyutlarını ölç.
ŞEKİL	Yara(lar)nın şeklini tanımla (örneğin lineer, irregüler, kavisli).
ÇEVRE	Çevreleyen dokuyu ya da çevresinin durumunu not et.
RENK	Özellikle ekimozları tanımlarken renklerini tanımla.
YÖN	Uygulanan kuvvetin yönüyle ilgili bir yorum yap.
İÇERİK	Yara üzerindeki yabancı materyalleri not et (örneğin çamur, cam).
YAŞ	İyileşmenin herhangi bir kanıtını yorumla. Yara yaşının kesin tayini mümkün olamayacağından, yorum yaparken dikkat et.
KENARLAR	Yaraların karakteristik kenarları silah kullanımına dair ipucu verir.
SINIFLAMA	Mümkün olan her yerde kabul edilen terminolojiyi kullan (Bölüm 4.5.2 Yaraların sınıflandırılmasına bakınız.)
DERİNLİK	Yaraların derinliği hakkında bir fikir ver, bu bir tahmin olabilir.

Yaralar genellikle abrazyonlar, ekimozlar, laserasyonlar, kesiler, kesici delici alet yaraları ya da ateşli silah yaraları olarak sınıflandırılır. Her yara kategorisinin ana özellikleri aşağıda özetlenmiştir.

Abrazyonlar

Abrazyonlar künt travma sonucu ciltte oluşan yüzeysel sıyrıklar olarak tanımlanır. Basınç ve hareket kombinasyonunun aynı anda cilde etkisi sonucu oluşur. Abrazyonun dikkatli bir muayenesi neden olan aracın ve uygulanan kuvvetin yönünü tanımlamaya izin verebilir. Abrazyonların farklı bir dizi çesidi vardır; aşağıda tanımlanmıştır:

- ✓ Çizikler (örneğin tırnaklar ve dikenler nedeniyle oluşan);
- ✓ Paternli olanlar (silahın şekilli paterni cilt üzerinde karakteristik bir abrazyon bırakabilir)
- ✓ Sürtünme (örneğin halı ya da beton gibi yüzeyle sürtünme temasıyla olan sıyrıklar)

Ekimozlar-Bereleler

Ekimozlar cilt altı lokal kanamalardır. Ekimozlar kontüzyon olarak da isimlendirilir. Künt travma sonucu meydana gelen ekimozlara rengini rüptüre olan kan damarlarından sızan kan verir. Ekimozlar aynı zamanda bir organ boşluğunda ya da bir organda meydana gelebilir.

Ekimozlar yorumlanırken aşağıdaki nedenlerden dolayı dikkatli olunmalıdır.

- ✓ Mevcut hakim görüş bir ekimozun yaşı ile ilgili herhangi bir yorum yapmanın mümkün olmadığı yönündedir. Ancak, daha önceden bunun mümkün olduğu düşünülmüş ve yaygın olarak eski ders kitaplarında yer almıştır.
- ✓ Ekimozların görülen rengi, cildin pigmentasyonundan (örneğin koyu renkli ciltlerde kolayca görülmeyebilir) ve farklı ışıklandırmadan etkilenebilir. Ekimozun rengini tanımlamak kaçınılmaz olarak subjektiftir.
- ✓ Ekimozun yeri travmanın uygulandığı yer olmak zorunda değildir; örneğin:
 - Ekimoz darbenin uygulandığı yerin etrafına doğru genişleyebilir.
 - Ekimoz darbenin uygulandığı yerin uzağında görülebilir.
 - Güçlü bir darbe uygulanmasına rağmen ekimoz görülmeyebilir.
- ✓ Ekimozun şekli silahın şeklini yansıtmak zorunda değildir (kan çevre dokulara sızabilir).
- ✓ Ekimozun boyutu uygulanan güç miktarı ile orantılı olmak zorunda değildir.

Yine de bazı ekimozların taşıdığı özellikler onların yorumlanmasına katkıda bulunabilir:

- ✓ *Isırık izleri*: Bunlar ortası soluk oval ya da sirküler ekimozlardır; etraflarında abrazyon da bulunabilir. Bazı durumlarda, belirgin bir ısırma paterni izlenebilir (ölçümler ve fotoğraflandırmada kullanılan renkli cetveller-ölçekler burada önemlidir).
- ✓ *Parmak izi ekimozlar*: Bu ekimozlar parmakların güçlü bir şekilde bastırılması ile oluşur. Genelde 1-2 cm çaplı oval ya da yuvarlak ekimozların 3'lü-4'lü

yanyana küme oluşturması şeklinde görülür. Tırnak teması olursa lineer ya da kavisli abrazyonlar eşlik edebilir.

- ✓ *Paternal ekimozlar*: Bunlar spesifik karakteristik özellikleri olan bir silahın kullanılmasıyla meydana gelir (örneğin bir ayakkabı tabanı). Eğer giysiler üzerinden bir güç uygulanmışsa, ciltte giysilerin baskısı meydana gelebilir ve buna bağlı bir patern izlenebilir.
- ✓ *Peteşial ekimozlar*: Bunlar iğne ucu şeklinde kanama alanlarıdır ve çok küçük kan damarlarının yırtılması sonucu oluşurlar. Bu ekimozlar boyun basısında genellikle yüzde, skalpte ya da gözlerde görülür.
- ✓ *Tren rayı ekimoz*: Bunlar ortasında solukluk –sağlam alan- bulunan birbirine paralel çizgisel ekimozlardır. Doğrusal bir nesne ile güçlü temas sonucu oluşurlar (örneğin sopa ya da cop).

Laserasyonlar

Laserasyonlar künt travma sonucu ciltte, subkutan dokularda ya da organlarda meydana gelen düzensiz, yırtık ya da ayrılma şeklinde olan doku bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanır.

Laserasyonların temel özellikleri:

- ✓ Düzensiz ya da ekimozlu kenarlar,
- ✓ Sinirler, tendonlar zarar görmemiştir ve yara içerisinde doku köprüleri bulunur
- ✓ Yara içinde saç ya da yabancı materyal bulunabilir.

Laserasyonun şeklinin aletin şeklini yansıtabileceği göz önünde bulunurulmalıdır.

Kesici Alet Yaraları

Kesici alet yaraları keskin-sivri kenarlı nesnelere tarafından oluşturulan, uzunluğu derinliğinden daha büyük olan yaralar olarak tanımlanırlar.

Bıçağın keskin yüzü, kılıç, jilet, bistüri ya da cam parçası gibi aletler kesici alet yaralanması oluştururlar.

Laserasyonların ve kesici alet yaralarının (insizyon ya da kesi olarak da tanımlanır) ayrımını yapmak, yaralanmaya neden olan silahı tanımlamada yardımcı olabilir. Tablo 7'de laserasyonlar ve kesici alet yaraları karşılaştırılmıştır.

Tablo 7 Kesici alet yaraları ve laserasyonların ayrımı

ÖZELLİKLER	KESİCİ ALET YARALARI	LASERASYONLAR
Kenarlar	Düzgün sınırlı kenarlar	Düzensiz kenarlar
Çevre doku	Minimal hasar	Ekimozlar ya da abrayonlar
Kan Kaybı	Değişken, genellikle bol	Değişken, sıklıkla küçük miktarlarda
İçindekiler	Nadiren kontamine	Sıkça kontamine; genellikle doku köprüleri görülür

Kesici Delici Alet Yaraları

Kesici delici alet yaraları keskin bir yüzeye ve batıcı bir özelliğe sahip aletlerle oluşturulan (örneğin bıçak), derinliği uzunluğundan fazla olan yaralar olarak tanımlanırlar. Bu tür yaraların derinliği ve özellikle derindeki yapılarda meydana gelen travmanın derecesi yaralanmanın ciddiyetini yani sonucun ölümcül olup olmadığını belirleyecektir.

Kesici delici alet yaraları ile ilgili dikkat edilmesi gereken önemli noktalar şunlardır:

- ✓ Yaranın uzunluğu kullanılan aletin ucunun uzunluğu ile aynı olmayabilir.
- ✓ Kesici delici alet yaralarının derinliği bir dizi faktörden etkilenir; örneğin:
 - Uygulanan güç miktarı;
 - Koruyucu giysilerin sağlamlığı;
 - Aletin ucunun keskinliği;
 - Doku direnci ve yaralanan kişinin hareketleri
- ✓ Kesici delici aletle yaralanan kişi hareketsiz olmadığı durumlarda kesici delici alet yaralanmasının dinamiklerini yorumlama konusunda, yaralanan ve yaralayan kişilerin hareketlilik durumları göz önünde bulundurulmalıdır.
- ✓ Yaranın dış muayenede saptanan boyutları ile travmanın iç organlardaki yaralanma bulguları birbirine paralel olmayabilir.

Ateşli Silah Yaraları

Sağlık çalışanları balistik ve ateşli silah yaraları hakkında azami bilgiye sahip olmalıdırlar. Her halükarda, ateşli silah yaralanmasının tedavisi için bir cerraha,

yorumlanması için de bir adli tıp uzmanına gereksinim olacaktır. Bu tarz yaralar muayenenizin olağan bir parçası değilse, analiz için daha deneyimli uzmanlara sevk etmek konusunda hazırlıklı olmalısınız.

4.5.3 Penetrasyona Bağlı Genitoanal Yaralanmalar

Kadın genito-anal bölgesindeki travma bulguları, zorla penetrasyon sonucunda olmuş olabilir. Penetrasyon; ereksiyon ya da kısmi ereksiyon halindeki penis, parmaklar ve dil gibi vücudun diğer organları ya da çeşitli boyut ve özellikteki cisimler ile gerçekleşebilir.

Penetrasyon eylemi orifis çevresindeki yumuşak dokuların gerilmesine neden olur. Meydana gelen yaralanmanın derecesi aşağıdaki durumlara bağlıdır.

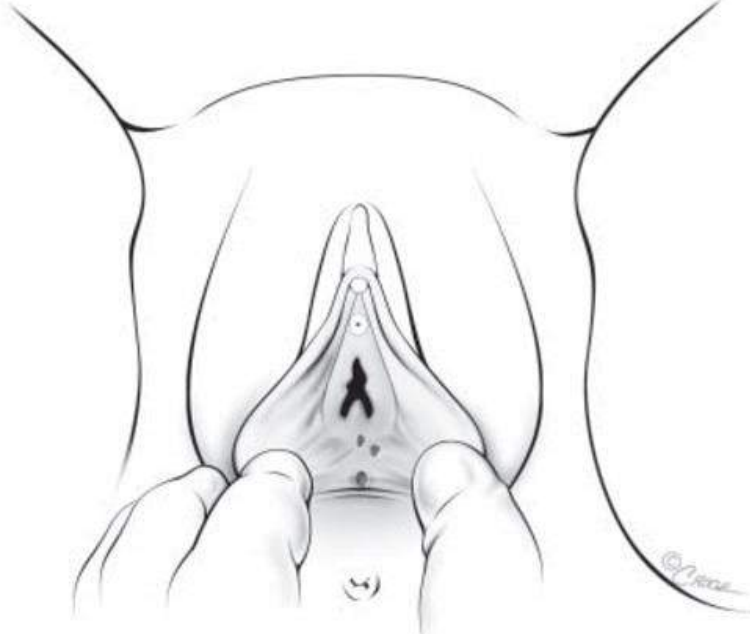
- ✓ Dokuların durumu (örneğin boyut, lubrikasyon, dayanıklılık);
- ✓ Penetre olan objenin boyutu ve karakteri;
- ✓ Uygulanan gücün miktarı;
- ✓ Pelvik ve perianal sistemin relaksasyon dereceleri;
- ✓ Saldırganın pozisyonu ve penetrasyonun açısı.

Posterior forşet, labium minus ve majuslar, himen ve perianal kıvrımlar yaralanma olasılığı en yüksek bölgeler olup, abrazyon, ekimoz ve laserasyon en sık gözlenen yaralanma türleridir (Resim 3-5 bakınız).

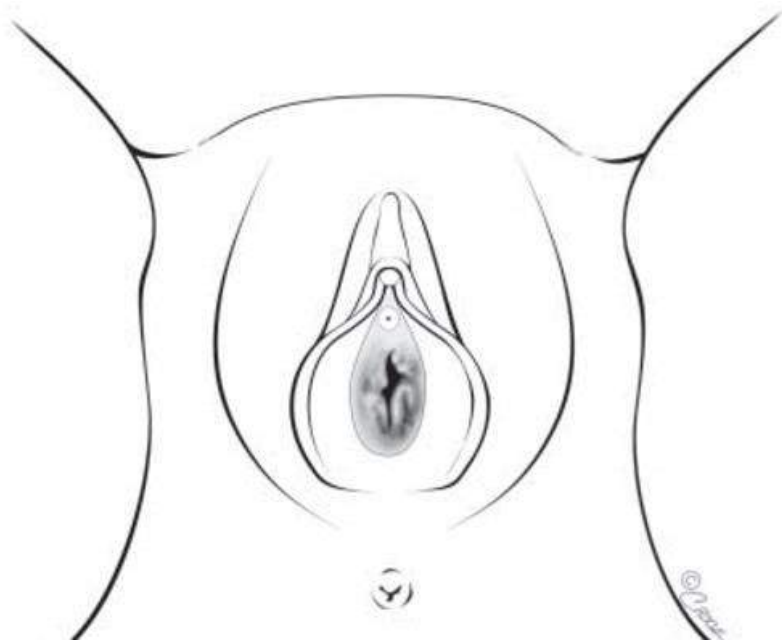
Rızaya dayalı penetrasyondan kaynaklanan genital yaralanma ile rıza dışı penetrasyonun neden olduğu yaralanmalar arasındaki ayrımın yapılması önemlidir. Rızaya dayalı cinsel ilişki esnasında da genital yaralanmalar meydana gelebilir (44). Ancak bu yaraların çıplak gözle görülmesi oldukça nadirdir ve genelde posterior forşette ve vajen girişinde ufak sıyrıklar şeklindedir. Kanamaya neden olan himen yaralanması özellikle cinsel ilişki tecrübesi olmayan bazı kadınlarda oluşabilir. Anal ve rektal yaralanmalar rızayla olan penetrasyonlarda nadiren görülür.

Diğer yandan, cinsel saldırıya uğradığını belirten kadınlarda, çıplak gözle yapılan muayenelerde, genitoanal bölgede herhangi bir yaralanma görülmeyebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Aslında çoğu erişkin kadının muayenesinde muayene esnasında herhangi bir bulgu görmeyi de beklememeliyiz. Eğer cinsel aktif erişkin bir kadın; cinsel saldırı esnasında, şiddete uğrama ya da incinme korkusu nedeniyle direnemezse ve vajene penil penetrasyon olursa sonrasında hiçbir yaralanmanın meydana gelmemesi olasıdır. Muayenede herhangi bir yaralanma saptanmaması kişinin iddiasını ÇÜRÜTEMEZ. Yapılan çalışmaların çoğu, rıza dışı olan penetrasyonlarda çıplak gözle görülen genital yaralanmaların menopoz öncesi kadınların %30'undan azında meydana geldiğini göstermektedir. Bu tablo

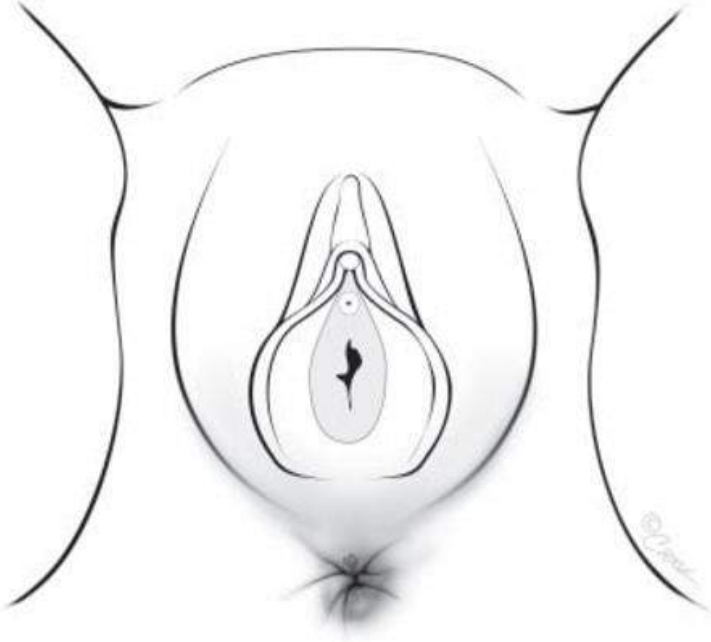
postmenapozal kadınlarda %50'ye yükselmiştir. Bu durumun anlaşılması cinsel şiddet muayenesinde temel öneme sahiptir.



Resim 3 Posterior forsette laserasyonlar



Resim 4 Himende ekimoz



Resim 5 Perianal ekimoz ve laserasyon

4.5.4 Yaralanma Paternleri ve Yorumlanması

Yaraların yukarıda tarif edildiği gibi ana özelliklerine göre sınıflandırılması, yaralanmanın nasıl oluştuğu konusunda yorum yapmamızı sağlar. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi, bu temkinli yaklaşılması gereken bir alandır. Medikolegal amaçlarla yaralanma paterninin yorumlanması sadece alanında büyük deneyime sahip uzmanlar tarafından gerçekleştirilmelidir.

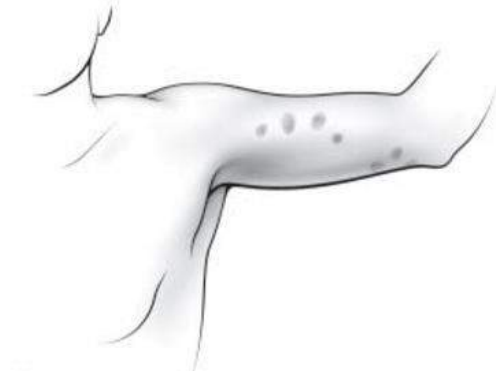
Saldırıları çok farklı çeşit ve boyutlarda yaralanmalara neden olur. İşin aslı, yaralar da saldırı eylemleri gibi çeşitli boyutlarda meydana gelir. Bu çeşitlilik, yaralanmanın yorumlanmasını zorlaştırır ve sıklıkla kesin sonuçlara varmayı engeller. Yine de çoğu olguda, yaralanma paterninden, bir saldırının ortam ve şartları hakkında bazı çıkarımlar yapılabilir. Tablo 8'de şiddet eylemleri ve onlarla ilişkili en olası yara paternleri listelenmiştir; çoğunlukla ekimoz, laserasyon ve abrazyonun gözlenen paternleri Resim 6-10'da gösterilmiştir.

Tablo 8 Saldırı Sonrası Meydana Gelen Yaralanma Paternleri

EYLEM	BÖLGE	MUHTEMEL YARALAR
Isırma	Boyun	Isırık izleri, ekimoz, abrazyonlar, emme ile uyumlu peteşiyal ekimoz
	Memeler	Isırık izleri, meme başındaki abrazyonlar/laserasyonlar
Yumruklama	Skalp	Ekimoz (hematomları kapsar), laserasyonlar
	Yüz	Kırıklar (yanak, çene, burun)
		Dental travma
		Ağız içinde ekimozlar/abrazyonlar, frenulum yaralanmaları
		Yüzdeki ekimozlar (tokat izleri)
	Gözler	Periorbital hematomlar (rakun gözler)
		Sunkonjunktival kanama (gözün beyaz kısmında kanama)
	Kulaklar	Kulak zarı perforasyonu (genellikle tokatlama)
		Kulakta ekimozlar/laserasyonlar
		Kulak arkasındaki skalpte ekimozlar
	Boyun	Laringeal bölgede travma
Ses değişiklikleri (örneğin ses kısıklığı, disfoni), yutma zorluğu		
Eller	Parmak ekleminde abrazyonlar (yumruklama), ekimozlar, laserasyonlar, fraktürler	
Ekstremiteler	Ekimozlar, abrazyonlar, laserasyonlar, fraktürler	
Gövde	Ekimozlar, abrazyonlar, kırıklar (özellikle kaburgalarda)	
Yanıklar (sigara yanıkları)		Vücudun herhangi bir bölümünde 5-15 mm çapında dairesel yanıklar
		Kısmi ya da tam kalınlıkta (alev, haşlanma, temasla yanık)
Defansif tepkiler	Ekstremiteler	Ekimozlar (özellikle ön kol ve ellerin medial ve lateral kısımlarında)

		Sakinma tarzı yaralar
		Kesici alet yaraları (bıçak, şişe)
		Laserasyonlar, kırıklar (künt uygulamada)
	Eller	Avuç içleri ve parmak aralarında kesici alet yaraları (keskin silahı kavramayla)
		El sırtında kesiler ve ekimozlar (darbelerin yönünü değiştirmeye çalışırken)
		Tırnak hasarı (saldırıya karşı koyarken gelişebilir, örneğin tırnaklama)
Sürünme	Ekstremiteler	Maruz kalan cilt yüzeylerinde abrazyon ve ekimozlar
	Gövde	Yara içerisinde gömülü yabancı cisim varlığı
Düşme	Ekstremiteler	Abrazyonlar, özellikle kemik çıkıntılarında meydana gelen ekimozlar (örneğin dirsekler, dizler ve ellerde karpal kemikler seviyesinde)
		Laserasyonlar, kırıklar
Tırnak izleri		Vücutta herhangi bir bölgede lineer çizikler şeklinde abrazyonlar
Kaçma	Ekstremiteler	Bitki örtüsü ile temasta lineer kavisli çizgisel abrazyonlar
		Diğer nesnelere temas sonucu oluşan ekimozlar
		Dizler, dirsekler, eller ve kalça üzerine düşmelerde abrazyonlar, ekimozlar
Tutma	Kulaklar	Ekimozlar
		Küpe teması/kaybına sekonder travma
	Ekstremiteler	Özellikle kol, ön kol medialinde ve uyluk medialinde parmak iziyle uyumlu ekimozlar
Saç çekme		Saç kökünde hematomlar, kellik, hassasiyet
Enjeksiyonlar	Üst ekstremiteler	Bir ven boyunca pikür izleri
Öpme	Çoklu bölgede	Bıyıklar ile temas yüzeyel abrazyon ve eriteme neden olabilir.
Bağla/elle kompresyon	Boyun	İp izleri ya da bastırma sonucu oluşan ekimozlar (kolye, giysi)
		Parmak iziyle uyumlu ekimozlar, abrazyonlar (tırnaklar nedeniyle)

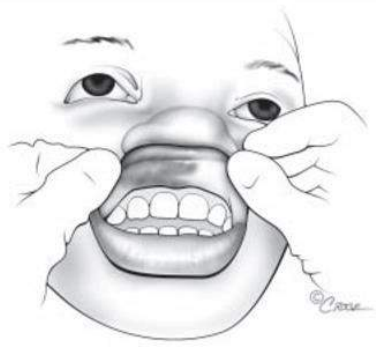
		Yüzde peteşi, intraoral peteşi, konjunktival hemorajiler
Penetrasyon	Ağız	Faringeal ekimoz, damakta ekimoz, frenulum travması
Bağlama	Ekstremitler	İp izleri (el ve ayak bileklerinde), parmak izi ile uyumlu ekimozlar
Sıkma/çimdikleme	Memeler	Ekimozlar
İp/kablo kırbaçlama	ile Gövde/uzuvlar	Lineer, kavisli ya da düğüm şeklinde ekimozlar, abrazyonlar
		Tren rayı şeklinde ekimozlar



Resim 6 Kolda parmak izi ile uyumlu ekimozlar



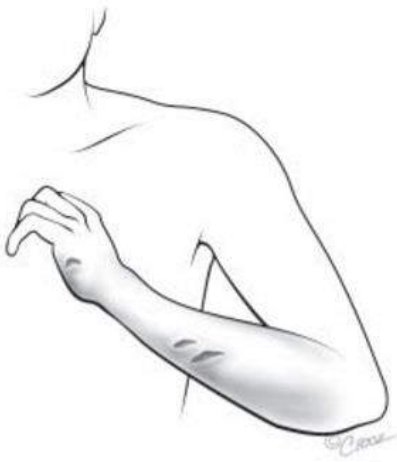
Resim 7 Sırtta tren rayı şeklinde ekimoz



Resim 8 Koyu ten renkli kadında üst dudak iç yüzünde ekimoz



Resim 9 Sırtın alt tarafında, pürüzlü bir yol yüzeyinde cinsel saldırıya bağlı oluşan abrazyonlar



Resim 10 Ön kol ve elde savunmaya bağlı laserasyonlar ve ekimozlar

Cinsel şiddet içeren saldırı olayına maruz bırakılan olgularda yaralanma paternleri değerlendirilirken aşağıdaki noktalar akılda bulundurulmalıdır:

- ✓ Cinsel saldırı sırasında meydana gelen yaraların derecesi geniş yelpazede farklılıklar gösterebilir. Hiçbir yaralanma buglusu meydana gelemebileceği (en sık) gibi, öldürücü derecede yaralanmalar da (en nadir) olabilir.
- ✓ Herhangi bir yaralanmanın hangi yolla ya da hangi nesne ile meydana geldiğinin net olarak saptanabildiği çok az durum vardır. Çoğu olguda sadece yaralanmanın künt travma (örneğin göz çevresinde halkavi ekimoz ya da göz ile ilgili olan ekimoz) ya da kesici aletle (örneğin baş bölgesinde kesi) meydana gelmiş olduğu kanaatine varılabilir.
- ✓ Saldırı esnasında düşmeler sonucu ya da saldırgandan kaçarken bir dizi yara oluşabilir. Bunlar genellikle kemik çıkıntılarındaki (alın, burun, dirsek, diz, kalça) abrazyonlar ya da ekimozlardır (bazen laserasyonlar).
- ✓ Bazı olgularda kişiler kendilerini kasıtlı olarak yaralayabilirler. Bunun nedenleri altta yatan bir psikiyatrik hastalık ya da ikincil bir kazançtır. Bu olgularda kendilerini yaraladıkları sonucuna varılmadan önce dikkatli bir şekilde üzerinde düşünülmelidir.

Cinsel saldırı olgularında yaralar ve yaraların paternleri hakkında kişileri bilgilendirmek çok önemlidir. Bir cinsel saldırı olgusunda, sağlık çalışanlarının adli tahkikat ya da dava sürecinde, yaralar ve yaraların paternleri hakkındaki soruları cevaplandırmaları, iddia edilen saldırının meydana geldiği çevre koşulları hakkında yaralanma paternlerinden yorumlar çıkarmaları gerekebilir. Yaraların bütüncül değerlendirilmesi aşağıdaki yorumların yapılmasına izin verebilir:

- ✓ Yaraların künt ya da kesici aletle (ya da her ikisiyle de) meydana gelip gelmediği,
- ✓ Mevcut yaraların oluşması için kaç defa vurulması gerektiği ya da bu yaraları oluşturacak kuvvet miktarının ne kadar olduğu,
- ✓ Mevcut yaraların eş zamanlı ya da yakın zamanlı oluşup oluşmadığı,
- ✓ Yaraların iddia edildiği şekilde meydana gelme olasılığının ne olduğu ya da bu yaralanmaları da açıklayabilecek bazı alternatif açıklamalar olup olmadığı,
- ✓ Yaralanmaların akut ve uzun dönemde nelere yol açacağı.

Sağlık çalışanları yol açabileceği sonuçları göz önünde bulundurarak yukarıdaki soruların her birine verdikleri yanıtları dikkatlice düşünmelidirler.

Cinsel şiddet olgularının belgelenmesi ve raporlanması ile ilgili konular hakkında, delil sunumu da dahil olmak üzere daha fazla bilgi, bu kılavuzun 8. bölümünde (Belgeleme ve raporlama) verilmektedir.

4.6 Tanısal Testler, Örnek Toplama ve Adli Tıbbi Konular

Cinsel şiddetin niteliğine ve maruz kalınan yaralanmanın şiddetine bağlı olarak, hasta için, X-ray, BT ve/veya ultrason gibi bir dizi tanısal testler gerekebilir. Buna ek olarak, medikal testler amacıyla bir dizi örnek alınması gerekebilir (örneğin gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar). Yapılacak testler ve alınacak örnekler, olgu bazında karar verilmelidir. Uzmanlar için örnek alma ve test isteme tekniklerindeki geniş çeşitlilik göz önüne alındığında, bunlar bu belgede ayrıntılı olarak açıklanmamıştır. Sağlık çalışanları ne gibi tıbbi örneklerin alınması gerektiği, nasıl ve ne zaman toplaması gerektiği, hangi test için ne kadar süre gerektiği konularında, klinikleri, hastaneleri ya da laboratuvarların durumları hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Cinsel şiddet sonrası ortaya çıkabilecek çeşitli durumlarda tedavi için rehberlik (örneğin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) Bölüm 6'da (Tedavi ve izlem bakımı) verilmektedir.

Muayene esnasında örneklerin toplanması hastaya büyük yarar sağlayacaktır. İdeal olan muayene esnasında, adli ya da medikolegal hizmetlerin de yapılmasıdır. Bunun için de sağlık çalışanları bu konuda iyi eğitilmiş olmalıdır. Benzer şekilde, adli tıp uzmanının da hastaya akut bakım sağlama ya da gerekli tavsiyeleri verebilme konusunda yeterli olması, hastanın yararına olacaktır. Adli örnek toplama teknikleri bu kılavuzun sonraki bölümünde detaylı olarak tarif edilecektir (Bölüm 5 Adli tıp örnekleri).

Adli tıp muayenesi resmi olarak "ilerleyen dönemlerde adli soruşturma esnasında, tıbbi görüş gerekebileceği göz önünde bulundurularak yapılan muayene" şeklinde tanımlanır. Her ne kadar adli tıp muayenesinin başlıca amacı yargı sisteminin ihtiyaçlarına hizmet vermek ise de hastanın yapılacak adli işlemler için tıbbi bakım ya da tedavisinden ödün verilemez.

Sağlık çalışanları cinsel şiddete maruz kalan kişilerin muayenesini yapıyorlarsa, adli tıp muayenesinin ana bileşenlerinin ve gerekliliklerinin ne olduğu konusunda fikir sahibi olmalıdır. Bu konuda yeterli olabilmek için izlenecek adımlar aşağıdadır:

1. Medikolegal konularda eğitim almak (Ek 3'e bakınız).
2. Eğitim sırasında ve sonrasında kullanılan yazılı materyale erişilebilirlik.

3. Belli sayıda (ideal olarak 15-20) adli tıp muayenesini süpervizör eşliğinde yapmış olmak.
4. Bir adli tıp mayenesini yalnız yapmak.

5. ADLİ TIP ÖRNEKLERİ

ÖZET

-Adli tıp muayenesinin temel amacı kişi ve veya kişiler ile yer ya da cisimler arasındaki ilişkiyi kanıtlamak ya da çürütmek için kanıt toplamaktır.

-Cinsel şiddet olgularında da diğer cezai soruşturmalarda olduğu gibi, örnek toplamak için aşağıdaki ilkelere kesinlikle uyulmalıdır.

- ✓ Örneklerin dikkatlice toplanması, kontaminasyondan kaçınılması;
- ✓ Örneklerin olabildiğince erken toplanması; cinsel şiddetten 72 saat sonrası toplanan delillerin değeri dramatik bir şekilde azalmaktadır;
- ✓ Bütün örneklerin doğru şekilde etiketlenmesi
- ✓ Bütün ıslak örneklerin kurutulması
- ✓ Örneklerin güvende olduğundan ve karışmayacağından emin olunması
- ✓ Sürekliliğin sağlanması
- ✓ Tüm örnek alma ve işleme prosedürlerinin kayıt altına alınması

Sağlık çalışanları çalıştıkları laboratuvarın kapasitesini ve gereksinimlerini bilmelidir. Test edilemeyecek bir örneği almanın anlamı yoktur.

5.1 Adli Tıp Örneklerinin Amacı

Objektif adli tıp kanıtlarının amacı kişiler ile cisimler ve yerler arasındaki bağlantıyı kanıtlamak ya da dışlamaktır. Eşya-madde gibi çok çeşitli nesnelere halinde olabilen bu tür kanıtların analizi belirli ve genellikle özelleşmiş bilimsel beceriler gerektirmektedir.

Fail, cinsel şiddete maruz bırakılan kişi ve olay mahalinin birbiriyle yakın temas halinde olması, kanıtların bu kişiler ve ortamlar arasında değiş tokuş olmasıyla sonuçlanır (Locard'ın prensibi). Biyolojik izler (örneğin saç, kan, semen, deri parçaları) hem cinsel şiddete maruz bırakılan kişi hem fail üzerinde bulunabilir; örneğin cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin kanı failin kıyafetlerine bulaşabilir. Olay yerine ait maddeler (örneğin çamur, bitkiler) cinsel şiddete maruz bırakılan kişi ve faili belirli bir yer ile bağdaştırabilir ya da bu kişilerin kıyafet ya da biyolojik örnekleri olay yerinde kalmış olabilir.

Sağlık çalışanları temelde, mevcut gerçekler ve hasta ile adli tahkikatten elde ettikleri bilgiler doğrultusunda, olaya dahil olan kişilerden hangi örneklerin alınması gerektiğine karar vermelidir. Böyle bir karar ile karşılaşıldığında, örneğin hangi amaca hizmet edeceği, nasıl bir bağlantının kurulacağı ve böyle bir bağlantının olayın

araştırılmasına nasıl bir katkıda bulunacağı sorularını akıldan çıkarmamak gerekir. Cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin adli tıp örnekleri elde etme amacıyla yapılan muayenesinde dikkat edilmesi gereken noktalar Kutu 6 da vurgulanmıştır.

KUTU 6

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin muayenesi: adli bakış açısı

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin adli muayenesinde dikkat edilmesi gerekenler şöyledir:

- Onam formu gerekebilir. Hastanın yasal yollara başvurması durumunda, aydınlatılmış onam altında alınan bilgiler adalet uygulayıcıları (polis vb) paylaşılabilir.
- Detaylı bir adli muayene yapmak zaman alır; muayene genelde "tepeden-topuğa" cildin inspeksiyonunu ve genito-anal muayeneyi içerir.
- Detaylı dökümantasyon gereklidir; kaydedilen bilgiler yasal süreçlerde kullanılabilir.
- Vücudun belli bölgeleri (örneğin aksilla, kulakların arkası, ağız için, ayak tabanları) rutin tıbbi muayenede incelenmezler: Bu alanlar adli muayenelerde önem taşırlar ve incelenmelidirler.
- Giysiler, çarşaflar ve saç gibi rutinde alınmayan örnekler, adli tıp muayenesinin bir parçası olarak toplanır.
- Yasal süreçlerde örneklerin kimden kime geçtiği dökümente edilmelidir.
- Bu kişilerin takip muayenelerinin yapılması ya da tekrar muayene edilmeleri mümkün olmayabilir, bu nedenle yapılan ilk muayenenin eksiksiz olması hayati önem taşır.

Yasal süreçlere katkıda bulunabilecek örnek çeşitliliği çok fazladır. Sağlık çalışanlarının, adli laboratuvarların kapasitesini ve gereksinimlerini bilmeleri çok önemlidir. Örnek vermek gerekirse:

- ✓ Hangi örnekler test edilebilir?
- ✓ Her bir örnek nasıl alınmalı, saklanmalı ve transfer edilmelidir? Adli tıp örneklerinin alımının, transferinin ve analizinin tüm yönlerinin yasal sürecin bir parçası olduğu ve soruşturmanın sonucunu etkileyebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.
- ✓ Sonuçlar nasıl hazır hale geliyor?

Bütün bu sorular adli hizmet verilmeden önce düşünülmelidir: Test edilmeyecek veya edilemeyecek örnekleri almanın bir anlamı yoktur.

5.2 Adli örnek toplama teknikleri

Adli incelemeler için örnek alınırken, aşağıdaki prensiplere sıkı sıkıya bağlı kalınmalıdır:

- *Kontaminasyondan kaçının.* Aldığınız örneklerin diğer materyallerle kontamine olmadığından emin olun. Her zaman eldiven giyin. Modern DNA analizi sistemleri çok sensitiftir ve küçük miktarlardaki yabancı materyali bile algılayabilirler.
- *Erken alın.* Adli tıp örneklerini alabildiğiniz kadar erken alın. Kanıt niteliği oluşturabilecek materyallerin toplanma olasılığı zaman geçtikçe azalır. İdeal olarak, örnekler saldırıdan sonraki 24 saat içerisinde alınmalıdır; 72 saatten sonra, kazanımlar ciddi oranda azalır.
- *Uygun muhafaza edin.* Örneklerin uygun bir şekilde paketlenmişinden, saklandığından ve transfer edildiğinden emin olun. Örneklerin çalıştırılacağı laboratuvarlar, örneklerin taşınması ve saklanması konusunda özel gereksinimler olduğunda yol gösterici olabilmelidir. Genel bir kural olarak, sıvılar buzdolabında saklanmalı; diğer herşey kuru tutulmalıdır.
- *Uygun etiketleyin.* Tüm örnekler hastanın adı ve doğum tarihi, sağlık çalışanının adı, örneğin türü, örneğin alınma tarihi ve zamanını içerecek şekilde uygun ve açık bir şekilde etiketlenmelidir.
- *Güvenliği sağlayın.* Örneklerin güvende olduğundan, karışmayacağından, değiştirilmeyeceğinden ve örneklere dışardan müdahale edilmeyeceğinden emin olunmalıdır. Örneklerle ilgili olarak sadece yetkili insanlara güvenilmelidir.
- *Sürekliliği koruyun.* Örnek alındıktan sonra, yapılacak bir sonraki işlem kayıt olmalıdır. Alınan örneğin kişiler arası transferinin detayları mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Bu tür bilgilerin kaydedilmesine yönelik protokollerle ilgili olarak yerel yetkililere danışmanız tavsiye edilir.
- *Belgelerin toplanması.* Hastanın tıbbi kayıtlarının ya da raporlarının içine, alınan tüm örneklerin bir listesi, bu örneklerin ne zaman alındığı ve kime transfer edildiklerinin yazılması iyi bir alışkanlıktır.

Cinsel şiddet olgularında tipik olarak alınan adli tıp örneklerinin uygun toplama teknikleri hakkında notlar ve bunlara ilişkin yorumlar Tablo 9'da listelenmektedir.

Tablo 9 Adli Tıp Örnekleri

BÖLGE	MATERYEL	EKİPMAN	ÖRNEK ALMA TEKNİKLERİ	NOTLAR
Anüs	Semen	Pamuklu örnek alma çubuğu ve mikroskop lamı	Örnek alma çubuğunu ve mikroskop lamını örnekleri almak ve yaymak için kullanın. Örnek alma çubuğunu su ile kaygan hale getiriniz, kayganlaştırıcı kullanmayınız	1
	Kayganlaştırıcı madde	Pamuklu örnek alma çubuğu	Örnek aldıktan sonra pamuklu örnek alma çubuğunu kurutunuz.	
Kan	Uyutucu, uyşturucu uyarıcı madde	Uygun tüp	10 ml venöz kan örneği alınız	2
	DNA (cinsel şiddete maruz bırakılan kişi)	Uygun tüp	10 ml kan örneği alınız	
Giysiler	Yabancı materyaller içeren (Semen, kan, kıl, ip vb)	Kağıt torba	Giysiler kağıt torba ya da torbaların içine konmalıdır. Giysiler geniş kağıtların üzerinde çıkarılmalıdır. Islak olanlar ayrı ayrı kağıt torbalara konmalıdır.	3
Genital bölge	Semen	Pamuklu örnek alma çubuğu ve mikroskop lamı	Eksternal genital organlar, vajen kıvrımları ve serviksten örnekler ayrı ayrı pamuklu örnek alma çubukları ya da lamellerle alınmalı ve yayılmalıdır. Spekulum kullanılacaksa su ile kaygan hale getirilmeli, kayganlaştırıcı kullanılmamalıdır. Vajenden örnek kör bir şekilde de toplanabilir.	1
Kıl/Saç	Olay yerinden toplanan saç ve kıl örnekleri ile karşılaştırma yapmak için	Steril kap	Yaklaşık olarak 20 adet kıl örneği alınmalı ve steril kaplara konmalıdır.	4
Ağız	Semen	Pamuklu örnek alma çubuğu, steril kap (ağız yıkama suyu için) ya da diş ipi	Bir ya da birkaç adet pamuklu örnek alma çubuğu ile ağız içinin birçok yerinden örnek alınmalıdır. Ağız yıkama suyu elde etmek için ağız içi 10 ml su ile durulmalı ve örnek steril kapların içine alınmalıdır.	1
	DNA (Cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin)	Pamuklu örnek alma çubuğu		5
Tırnaklar	Saldırganana ait kıl, kan, ip vb örnekler	Steril kürdan ya da benzeri cisim ya da tırnak	Steril kürdan ya da benzeri cisimler tırnak altındaki materyalleri toplamak için kullanılırken, tırnak makası ile tırnaklar da kesilebilir.	6

		makası	Toplanan örnekler steril kaplara konur.	
Hijyenlik pedler/ tamponlar	Yabancı materyaller içeren (Semen, kan, kıl, ip vb)	Steril kaplar	Bu örnekler cinsel saldırı esnasında ya da öncesinde kullanılmışsa toplanmalıdır.	7
Cilt	Semen	Pamuklu örnek alma çubuğu	Semen bulunma ihtimali olan bölgelerden sürüntü örneği alınmalıdır.	1
	Tükrük (Öpülmüş, ısırlmış. Yalanmış vb olan alanlardan)	Pamuklu örnek alma çubuğu	Örnekler toplandıktan sonra örnek alma çubuğu kurutulmalıdır.	
	Yabancı materyaller (bitki, saç, yabancı saç vb)	Pamuklu örnek alma çubuğu ya da cımbız	Örnekler toplandıktan sonra steril kaplara konulmalıdır (Zarf, şişe vb).	
İdrar	Uyutucu, uyarıcı, uyuşturucu madde	Steril kaplar	100 idrar örneği alınmalıdır.	

1. Aşağıdaki genel prosedürler, adli analizlere esas olmak üzere alınan örneklerde pamuklu örnek alma çubuğ kullanımı için geçerlidir:

- a. Sadece steril, pamuklu örnek alma çubukları kullanın (ya da laboratuvarınız tarafından önerilen pamuklu örnek alma çubuklarını).
- b. Pamuklu örnek alma çubuklarını ortalığa koymayın, bu bakteriyel çoğalmaya ve toplanmış olan materyalin bozulmasına neden olur.
- c. Kuru yüzeylerden (örneğin cilt, anüs vb) örnek alırken pamuklu örnek alma çubuklarını steril su ya da salin ile nemlendirin.
- d. Eğer mikroskopi yapılacaksa (örneğin spermatozoa varlığına bakmak için), lam hazırlanmalıdır. Lamı etiketleyin ve pamuklu örnek alma çubuğuyla örnek aldıktan sonra, örnek alma çubuğunun ucunu lamın üzerinde döndürün. Hem pamuklu örnek alma çubuğu hem de lam analiz için laboratuvara gönderilmelidir.
- e. Tüm pamuklu örnek alma çubukları ve lamlar, uygun transfer kaplarına konulduktan sonra kaplar, kapatılmadan önce kurutulmalıdır. Kurumanın devam etmesi için bu kaplarda delik ya da kesi açılabilir.

2. Eğer cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin cinsel saldırı amacıyla sedatize edildiğine dair deliller varsa toksikolojik analiz istenebilir. Cinsel şiddete maruz bırakılan kişiler, muhtemel ilaç uygulamasından sonraki 12-14 saat içinde başvurduysa, bu olgularda kan örnekleri alınmalıdır. Daha uzun süren gecikmelerde idrar örneği alınması uygundur. Bu tip örneklerin uygun kapları hakkında yardım için laboratuvarınıza başvurunuz.
3. Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin cildi ya da kıyafetlerindeki yabancı materyalleri toplamak için birçok yol vardır. Eğer bu kişilerin cildinde yabancı materyal olma olasılığı varsa, büyük bir kağıt parça üzerinde kıyafetlerin çıkarılması istenmelidir. Herhangi gevşek materyal kağıdın üzerine düşecektir ve bu parçalar cımbız ile toplanabilir ya da tüm kağıt parçası katlanıp laboratuvara gönderilebilir. Alternatif olarak, bu kişilerin kıyafetleri de toplanıp laboratuvara gönderilebilir. Eğer kıyafetler ıslak ise, paketlenmeden ve laboratuvara gönderilmeden önce vakit geçmeden kurutulmalıdır.
4. Saçların alınması nadiren gereklidir, ancak olay mahallinde saç bulunursa gerekli olabilir. Yaklaşık 20 saç kökünden alınabilir ya da kesilebilir. Laboratuvarınızdan saç almanın tercih edilen örnekleme teknikleri hakkında yardım isteyiniz. Eğer failin pubik kılları aranıyorsa, cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin pubik kılları taranabilir; taranan materyaller steril bir kapta nakledilmelidir.
5. Cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin DNA'sının analizi için yeterli hücresel materyal yanağın iç yüzü pamuklu örnek alma çubuğu ile sıkı bir şekilde silinerek (bukkal swab) elde edilebilir. Alternatif olarak kan da alınabilir. Bukkal swablar örneklemenin ardından kurutulmalıdır. Eğer ağız içinde yabancı materyal olma olasılığı var ise bu örnekleme yapılmamalıdır (örneğin ağız içine ejakülasyon öyküsü varsa).
6. Eğer cinsel şiddete maruz bırakılan kişinin faili tırmalama öyküsü var ise, bu kişilerin tırnaklarının altından alınan materyaller DNA analizi için kullanılabilir.
7. Hijyenik pedler ya da tamponlar kurutulmalıdır (mümkünse havaya maruz bırakılarak, açık havada). Kağıt mendile sarılıp kağıt bir torbaya konmalıdır.

Meni varlığı en iyi pamuklu örnek alma çubuğu ile örnek alınması ardından mikroskopik inceleme yapılması ile ortaya konur. Körleme vajinal örnek almanın tekniği Resim 11 'de gösterilmiştir. Pamuklu örnek alma çubuğu nazikçe hymenin

arkasına götürülür, vajinal haznede ilerlerken dış yapılara dokunmamaya özen gösterilir. Resim 12 ağıza ejakülasyon iddiası var ise ağızdan nasıl örnek alınacağını göstermektedir.

Spermatozoa ve meni, diş ve alt çenenin gingival sınırları arasında toplanmaya meyilli olduğu için, sıkı ama nazik bir şekilde kuru bir swab buraya yerleştirilmelidir. Ardından bu swab kurutulmalı, kapatılmalı ve etiketlenmelidir.



Resim 11 Körleme vajinal swab alımı



Resim 12 Spermatozoa için ağız içi sürüntü alımı

6.TEDAVİ VE TAKİP SÜRECİ

ÖZET

- Cinsel şiddete maruz bırakılanlar çok çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşır. Kapsamlı bir bakım şu başlıkları ele almalıdır: fiziksel yaralanmalar, gebelik, CYBE'ler, HIV ve Hepatit B, danışmanlık ve sosyal destek ve takip konsültasyonları.
- Saldırdan kaynaklı gebelik olasılığı göz önüne alınmalıdır. Eğer kadın saldırıdan sonraki ilk 5 gün içinde görülüyorsa, acil kontrasepsiyon önerilmelidir. Eğer saldırının 5. gününden sonra görülüyorsa, ilk menstrüel periyodunda gecikme olması halinde gebelik testi için tekrar başvurması önerilmelidir.
- Eğer cinsel saldırı kadının sonlandırmak istediği bir gebelikle sonuçlanmışsa, legal küretaj merkezlerine yönlendirme yapılmalıdır.
- Her ne kadar uygun hastalar için klamidy, gonore, trikomonas, sifiliz, HIV ve Hepatit B testleri önerilse de bu testler yerel protokollere göre değişiklik gösterebilir.
- CYBE'ler için profilaksi önerme kararı olgu bazında düşünülmelidir. Tüm hastalar için rutin profilaktik tedavi genellikle önerilmemektedir.
- Sağlık çalışanları HIV profilaksisini riskleri ve yararları doğrultusunda tartışmalıdır; böylece hastalarına bilgilendirilmiş olarak kendileri için hangisinin daha doğru olduğuna karar vermeleri konusunda yardımcı olabilirler.
- Sosyal destek ve danışmanlık iyileşme süreci için önemlidir. Hastalar beklenen normal fiziksel ve davranışsal yanıtlar konusunda bilgi alabilmelidir ve hastalara psikolojik ve sosyal destek önerisi sunulmalıdır.
- Tüm hastalara saldırıdan sonraki 2.hafta, 3.ay ve 6.aydaki medikal kontrolleri dahil olacak şekilde takip servislerine erişim önerilmelidir.

6.1 Fiziksel yaralanmalar:

Ciddi, yaşamı tehdit edici yaralanması olan cinsel saldırı mağdurları hızlıca acil tedavi için yönlendirilmelidir. Kesi, ekimoz veya yüzeysel yaralanma gibi daha hafif yaralanması olan hastaların tedavileri muayene ekibi veya hemşireler tarafından yapılabilir. Bütün yaralar temizlenmeli ve gerekli ise tedavi verilmelidir. Aşağıda sıralanan tedaviler endike olabilir;

- Yaraların enfekte olmasını engellemek için antibiyotik,
- Tetanoz aşısı ya da takviye aşısı,
- Ağrı, anksiyete ve uykusuzluk için tıbbi tedavi.

6.2 Gebelik önlenmesi ve yönetimi

Çoğu kadın, cinsel saldırı sonrası gebelik riski konusunda endişelidir. Eğer bir kadın cinsel saldırıdan saatler sonrası ila 5. gün arasında bir sağlık merkezine başvurduysa, acil kontrasepsiyon önerilmelidir (bkz. 6.2.1). Eğer cinsel saldırıdan sonraki 5. günden

sonra başvurduysa, bir sonraki menstürasyon periyodunda gecikme olması halinde gebelik testi için tekrar başvurması önerilmelidir (bkz. 6.2.2).

6.2.1 Acil kontrasepsiyon:

En sık kullanılan gebelik önleyici yöntem, "ertesi gün hapı" (EGH) olarak bilinen ve oral uygulanan acil kontrasepsiyon haplarıdır. Acil kontrasepsiyon ilaçları ovulasyonu geciktirerek veya önleyerek, implantasyonu ve fertilizasyonu önleyerek etki ederler. Bunlar abortus ilaçları değildir ve mevcut bir gebeliğe etkileri yoktur (55).

Acil kontrasepsiyon hapları kullanım kriterleri şunları içerir;

- Gebelik riski bulunması,
- Saldırıdan sonraki 5 gün içinde başvuran ve gebeliği önlemek isteyen hastalar,
- Negatif gebelik testi olan veya halihazırda gebe olmadığı kesinleşmiş hastalar (eğer gebelik kesin olarak dışlanamıyorsa hastaya önceden bir gebeliğin mevcut olması halinde de ilaçların efektif olmayacağı ancak fetüse da zarar vermeyeceği konusunda bilgi verilerek kullanılabilir.)

EGH'nin kontrendike olduğu bilinen bir durum yoktur. Oral kontrasepsiyon kullanımını kısıtlayan tıbbi durumlar EGH için geçerli değildir (56). Bazı hukukçular EGH kullanımı için aydınlatılmış onam formu imzalanmasını önermektedir.

EGH doz rejimi

Her ne kadar bazı ülkelerde önceden paketlenmiş olarak bulunsa da her ülkede hazır EGH paketleri kullanılmamaktadır. Eğer EGH paketi yoksa diğer oral kontraseptif ilaçlar kullanılmalıdır (plasebo tabletler kullanılmamalıdır).

EGH'nin iki ana formu vardır; kombine östrojen-progesteron ve sadece progestin (levonorgestrol gibi) içerenler. Acil kontrasepsiyon için tercih edilen rejim ikincisidir çünkü kombine östrojen-progesteron hapının sadece progestin içeren haplara göre daha az etkili olduğu ve mide bulantısı ve kusma gibi yan etkilere neden olma olasılığı daha yüksek görünmektedir. EGH'ler saldırı sonrası ne kadar erken kullanılırsa o derece daha etkilidir.

EGH'ler için önerilen doz rejimi Tablo 10'da gösterilmektedir (orijinal tablo alınmıştır); önemli noktalar şunlardır:

- Sadece progesterin içeren EGH'ler korunmasız ilişkiden sonraki 5. güne kadar tek doz olarak verilmelidir (58).
- Sadece progesterin içeren hap bulunmuyorsa, kombine östrojen-progesteron hapları saldırıdan sonraki 72.saaate kadar 12 saat arayla 2 doz olarak verilebilir.
- Hasta EGH alımından sonraki 1 saat içinde kusuyorsa, doz tekrar edilmelidir (55).

EGH reçete edilen hastalar kısaca bilgilendirilmelidir; hasta bilgilendirme kısmı KUTU 7'de özetlenmiştir.

KUTU 7

EGH reçete edilen hastalar için talimatlar ve bilgiler

Cinsel saldırıdan sonra gebeliği önlemek için acil kontrasepsiyon önerilen hastalar, Ertesi gün hapları (EGH) hakkında aşağıdaki gerçeklerden haberdar olmalıdır:

- Bir saldırı sonucu hamile kalma riski, eğer saldırıdan sonraki 5 gün içinde ECH'ler alınırsa azalacaktır.
- ECH'ler % 100 etkili değildir.
- ECH'ler düşüğe neden olmaz. Yumurtlamayı önler veya geciktirir, döllenmeyi engeller veya mevcut gebelik varsa gebeliği etkilemeyeceklerdir.

ECH reçete edilen hastalar için talimatlar aşağıdaki gibidir:

- Hapları belirtildiği gibi alın (bkz. Tablo 10). (Not: Hapların sayısı reçete edilen ilaca göre değişir)
- Haplar mide bulantısı ve kusmaya neden olabilir. ECH'leri aldıktan sonraki 1 saat içinde kusma meydana gelirse, aynı dozaj rejimini tekrarlayın.
- Çoğu durumda, hastanın bir sonraki adet dönemi beklenen zamanda veya daha erken gerçekleşecektir. Eğer gecikirse, gebelik olasılığını değerlendirmek için gebelik testi yapılmalıdır. ECH'ler ani adet görmeye neden olmaz.

Son olarak, hastalara aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşarlarsa, hemen yardım istemelerini söyleyin:

- şiddetli karın ağrısı;
- şiddetli göğüs ağrısı;
- nefes darlığı;
- şiddetli baş ağrısı;
- bulanık görme veya görme kaybı;
- baldır veya uylukta şiddetli ağrı.

Yan etkiler

Bulantı, kusma ve memelerde hassasiyet EGH kullanımı ile ilişkilendirilse de semptomlar genelde kısa süreli ve hafif olarak izlenir. Bazı kadınlarda damlama tarzı kanamalar olabilir. Ciddi yan etkiler nadirdir.

Table 10 **Sample emergency contraception regimens***

REGIMEN	PILL COMPOSITION (PER DOSE)	BRAND NAMES	1ST DOSE (NO. OF PILLS)	2ND DOSE (NO. OF PILLS)
Levonorgestrel only	LNG 750 µg	Levonelle-2 NorLevo Plan B Postinor-2 Vikela	2	NA
	LNG 30 µg	Microlut Microval Norgeston	50	NA
	LNG 37.5 µg	Ovrette	40	NA
Combined estrogen-progesterone	EE 50 µg + LNG 250 µg or EE 50 µg + NG 500 µg	Eugynon 50 Fertilan Neogynon Noral Nordiol Ovidon Ovral Ovran Tetragynon/PC-4 Preven	2	2
	EE 30 µg + LNG 150 µg or EE 30 µg + NG 300 µg	Lo/Feminal Microgynon 30, Nordette Ovral L Rigevidon	4	4

EE = ethinylestradiol; LNG = levonorgestrel; NG = norgestrel; NA = not applicable.

* Levonorgestrel-only pills should be given in a single dose within 5 days of the assault. The first dose of a combined ECP regimen should be given within 72 hours of the assault, and the second dose 12 hours after the first dose.

Source: Adapted from reference (55).

6.2.2 Gebelik testi ve yönetimi:

- Kadın hastalar gebelik riski yönünden değerlendirilmelidir. Eğer mevcutsa gebelik test kitleri önerilmelidir. Ancak testlerin büyük bölümü beklenen menstruasyon öncesi olası bir gebeliği tespit edememektedir. Hastalar her menstruasyon gecikmesinin gebelik riski taşıyabileceği konusunda uyarılmalıdır.
- Kesin ispatlanmış gebelik durumunda; hastalar hakları konusunda bilgilendirilmeli, seçenekleri özetlenmelidir.

Bu durumda hastaların seçenekleri;

- Gebeliği sürdürmek ve yenidoğanı sahiplenmek veya koruma altına alınmasını sağlamak
- Gebeliği sonlandırmak

Ayrıca sağlık çalışanları hastalarını konuyla ilgili bilgilendirebilmek için ülkelerindeki yasal düzenlemeleri bilmelidir. Kürtajın yasak olduğu birçok ülkede bile cinsel saldırı sonrası gebelik sonlandırılmasına izin verilmektedir. Eğer bir kadın gebeliğini sonlandırmak istiyorsa yasal ve güvenli sağlık merkezlerine yönlendirilmelidir.

Acil kontrasepsiyon ve gebelik sonlandırılması, sadece hastaların karar verebileceği kişisel tercihlerdir. Sağlık çalışanının rolü hastanın en iyi seçimi yapabilmesi için gerekli olan bilgiyi hastaya vermektir. Her şeyin ötesinde hastanın kararına saygı göstermek gerekir.

6.3. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE):

Cinsel saldırıdan kurtulanlar doğrudan saldırının sonucu olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalabilir. Cinsel saldırıya uğrayan kadınlarda sık rastlanan ve efektif tedavi seçenekleri olan hastalıklar şunlardır;

- Klamidya
- Gonore
- Sfiliz
- Trikomonas

Cinsel şiddet mağdurları ayrıca HPV, HSV-2, HIV ve HBV bulaşma riski de taşıyabilirler. HIV ve HBV ayrı olarak ele alınacaktır (bakınız 6.4 ve 6.5)

6.3.1 CYBE testleri:

Yeterli test ve laboratuvar alt yapısı varlığında şu testler önerilmektedir.

- *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis* için kültür. Kültüre ek olarak nükleik asid amplifikasyon testleri yapılabilir.
- *Trichomonas vaginalis* için ıslak besiyeri ve kültürü,
- Sifiliz, HIV ve HBV için kan örnekleri (bakınız 6.4 ve 6.5)

Eğer testler pozitif ise hastalara Tablo 11 ve 12'deki tedavi rejimlerine göre tedavi düzenlenmelidir (orijinal tablolar alınmıştır). CYBE'lerin 3 gün ila 3 ay arası inkubasyon süresi olabileceği ve bu süre sonunda testlerde görünür hale gelebileceği bilindiğinden; testlerin negatif çıkmasının enfeksiyon olmadığı anlamına gelmediği

bilinmelidir. Bu nedenle cinsel saldırı yakın bir tarihte gerçekleşiyse, kişide önceden bir CYBE mevcut değilse kültürler çoğunlukla negatif sonuçlanacaktır. Uygun bir aralıkta düzenlenecek takip testleri bu nedenle önerilmektedir. Sağlık çalışanları CYBE'ler için ulusal ve yerel tanı ve tedavi protokollerini takip etmelidir.

6.3.2 CYBE'lar için profilaktik tedavi:

Profilaktik tedavi önerisi fizik muayene sonrası olgu bazında düşünülmesi gereken bir konudur (Tablo 11 ve 12'de verilen ilaçlar aynı zamanda profilaksi için de önerilmektedir). Etkinliğine dair kanıtlar yetersiz olduğundan, cinsel saldırıya maruz bırakılanın rutin profilaktif tedavisi önerilmemektedir. Klinisyenler bu konuda ulusal ve yerel protokollere uymalıdır. CYBE tedavisi için ek bilgi Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Yönetimi için Rehber*'in son versiyonunda bulunabilir (59).

Table 11 WHO recommended STI treatment regimens (may also be used for prophylaxis)^a

STI	MEDICATION	ADMINISTRATION ROUTE AND DOSAGE
Gonorrhoea	Ciprofloxacin ^b	500 mg orally in a single dose
	or Ceftriaxone	125 mg IM in a single dose
	or Cefixime	400 mg orally in a single dose
	PLUS	
Chlamydia	Azithromycin	1 g orally in a single dose
	or Doxycycline ^b	100 mg orally twice a day for 7 days
	PLUS	
Trichomoniasis and bacterial vaginosis	Metronidazole ^c	2 g orally in a single dose or 1 g orally every 12 hours for 1 day
Syphilis	Benzathine penicillin G ^d	2.4 million IU IM in a single dose
	or Doxycycline ^{d,e}	100 mg orally twice a day for 14 days
	or Tetracycline ^{d,e}	500 mg orally 4 times a day for 14 days

IM = intramuscularly; IU = International Units.

^a The following regimens are intended to be guidelines only and are not inclusive of all available treatment regimens for STIs. Accepted local regimens and protocols should be followed as appropriate.

^b Contraindicated during pregnancy (see Table 12).

^c Contraindicated in the 1st trimester of pregnancy.

^d If not allergic to penicillin.

^e If allergic to penicillin.

Source: adapted from reference (59)

6.4. HIV/AIDS:

Cinsel saldırı sonra HIV ile enfekte kişilerin sayısına dair güvenilir veri olmamasına rağmen HIV bulaş riskinin düşük olduğu tahmin edilmektedir (20,25,60).

Cinsel saldırı sonrası HIV bulaşma riski şu faktörlere bağlıdır (20,25,60);

- Saldırı tipi (vaginal, oral veya anal),
- Vaginal veya anal travma (kanamalı),
- Ejekülasyon varlığı ve ejakülasyonun nereye olduğu,
- Ejekülatın taşıdığı virus yükü,
- CYBE varlığı,
- Mağdurdaki veya saldırgandaki genital lezyonların varlığı,
- Saldırganların intravenöz ilaç kullanımı,
- Saldırı sıklığı,
- Saldırganların sayısı,
- Saldırgan(lar)ın HIV durumu,
- Bölgede yüksek HIV prevalansı,
- Bariyer bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılıp kullanılmadığı.

Erkeklerde cinsel şiddet daha çok anal penetrasyon şeklinde gerçekleştiği için erkek cinsel şiddete maruz bırakılanlar daha yüksek HIV bulaş riskine sahiptir (25,60). Özellikle cezaevlerinde yüksek HIV prevalansı bulunması ve cezaevindeki erkeklerin genel popülasyona göre daha çok cinsel saldırı mağduru olması nedeniyle; kapatılmış, gözetim altındaki erkekler en riskli grubu oluşturur.

Table 12 WHO recommended STI treatment regimens for pregnant women (may also be used for prophylaxis)^a

STI	MEDICATION	ROUTE OF ADMINISTRATION AND DOSAGE
Gonorrhoea	Ceftriaxone	125 mg IM in a single dose
	or Cefixime	400 mg orally in a single dose
Chlamydia	PLUS	
	Erythromycin	500 mg orally 4 times a day for 7 days
	or Amoxicillin	500 mg orally 3 times a day for 7 days
	or Azithromycin	1 g orally in a single dose
Trichomoniasis and bacterial vaginosis	Metronidazole ^b	2 g orally in a single dose or 1 g orally every 12 hours for 1 day
Syphilis	Benzathine penicillin G ^c	2.4 million IU IM in a single dose
	or Erythromycin ^d	500 mg orally 4 times a day for 14 days

^a The following regimens are intended to be guidelines only and are not inclusive of all available treatment regimens for STIs. Accepted local regimens and protocols should be followed as appropriate.

^b Contraindicated in the 1st trimester of pregnancy.

^c If not allergic to penicillin.

^d If allergic to penicillin, if pregnant patients are allergic to penicillin it is recommended that they undergo desensitization and then be treated with penicillin.

Source: adapted from reference (59).

6.4.1 HIV testi:

Cinsel şiddete maruz bırakılanlara temel HIV testleri önerilmelidir. Eğer güvenilir HIV testi ve danışmanlık yapmak için uygun fırsatlar varsa, testler cinsel saldırı muayenesi yapılan merkezde yapılmalıdır. Alternatif olarak, hasta bir HIV uzmanına ya da güvenilir HIV testi ve danışmanlık yapan bir merkeze yönlendirilebilir.

HIV testi öncesi ve sonrasında uygun danışmanlık servisleri hazır hale getirilmelidir. İdeali bu servislerin cinsel saldırı muayenesi yapılan yerlerde sağlanmasıdır. Uygun değilse de yönlendirmeler organize edilmelidir.

6.4.2 Temas sonrası profilaksi (TSP):

HIV için temas sonrası profilaksi; pratiğin sıklıkla değiştiği bir alandır. Bu metnin yazıldığı sırada geçerli olan bu bilgilerin yakın gelecekte değişmesi muhtemeldir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının aşağıdakileri yapmaları şiddetle tavsiye edilir;

- Bölgenizdeki tavsiye edilebilecek mevcut merkezlerin bilgisini edinin,
- Onları yerel ve ulusal politikalarla ya da rehberlerle tanıştırın,
- Farklı uygulamaların bedelleri, riskleri ve faydalarından haberdar olduklarından emin olun ki; onlar da hastalarını bu konularda tam olarak bilgilendirebilsinler.

Şu anda rutin HIV profilaksisi konusu oldukça tartışmalı ve uluslararası düzeyde kabul edilmiş bir standardı yoktur. Cinsel saldırı sonrası HIV bulaşı için risk faktörleri (6.4'teki listeye bakınız) hastaya TSP önerisi yapılıp yapılmayacağını belirleyecektir. Sağlık çalışanları, eğer mevcutsa TSP ile ilgili yerel protokollere yönlendirmelidir. Hasta ve sağlık çalışanı riskleri ve yararları birlikte değerlendirmeli ve hasta için en iyi seçeneğe birlikte karar vermelidirler (20, 60).

Hastaların aşağıdakiler konusunda tamamıyla bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır;

- TSP etkinliğine dair kısmi bilgi,
- Olası yan etkiler,
- İlaça uyum,
- Tedavi süresi,
- Takibin önemi,
- Maksimum etki için tedaviye hemen başlanması gerektiğinin önemi.

Bu tedavi saldırı sonrası ilk 72 saat içinde başlanmalı ve 28 gün süreyle verilmelidir. Yan etkiler için antiemetikler kullanılabilir. Hastanın hemogramı ve karaciğer fonksiyon testleri tedaviye başlanmadan önce kontrol edilmelidir ve tedavi bitene kadar düzenli aralıklarla tekrar edilmelidir.

Eğer başlangıçta HIV testi negatif ise hastalara saldırıdan sonraki 6, 12 ve 24. haftalarda tekrar test yapılmalıdır.

6.5 HEPATİT B

Cinsel şiddet mağdurları Hepatit B riski taşıdığından hastalara Hepatit B testi ve immünizasyonu önerilmelidir. Birçok Hepatit B aşısı türü bulunmaktadır. Sağlık çalışanları kendi yerel bölgelerine uygun aşısı, doz ve immünizasyon protokolünü uygulamalıdır (61).

Hastanın immünizasyon durumuna göre Hep B aşısı uygulanması için protokol rehberleri Tablo 13'te verilmiştir. Saldırganın akut hepatit B olduğuna dair bir bilgi yoksa genel olarak hep B immünglobulin (HBIG) uygulamasına gerek yoktur. Hep B aşısı ve HBIG gebelerde kontrendike değildir.

Tablo 13 Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilerin Hepatit B aşılama

HASTANIN AŞILANMA DURUMU	TEDAVİ PROTOKOLÜ
Hiç Hepatit B aşısı yapılmadıysa	İlk doz Hepatit B aşısı hastanın ilk başvurusunda yapılmalıdır. 2. doz aşısı ilk dozdan 1-2 ay sonra, 3. doz aşısı ise ilk dozdan 4-6 ay sonra yapılmalıdır. Aşısı deltoid bölgeye intramuskuler uygulanmalıdır. HBIG içermeyen aşısı kullanılabilir.
Hepatit B aşısı tamamlanmamışsa	Hepatit B aşısını planladığı şekilde tamamlayın.
Hepatit B aşısı tamamlanmışsa	Tekrar aşılamaya gerek yoktur.

6.6 Hastanın Bilgilendirilmesi

Değerlendirme ve tıbbi muayenenin tamamlanmasının ardından, bulguları ve bulguların ne anlama gelebileceğini hastayla tartışmak önemlidir. Özellikle:

- Hastanın sorularını ve endişelerini aktarmasına izin verin
- Hastaya cinsel saldırıyı hak etmediği ve saldırının kendisinin suçu olmadığı konusunda destek olun.
- Hastaya yaralarının bakımını anlatın.
- Yara iyileşmesini anlatın ve yara enfeksiyonu bulgu ve semptomlarını açıklayın.
- Hijyen tekniklerini anlatın ve iyi hijyenin önemini açıklayın.
- HIV dahil CYBE'lerin bulgu ve semptomlarını anlatın, bu bulgu ve semptomların ortaya çıkması durumunda hasta tekrar başvurabilir. CYBE durumu kesinleşinceye kadar cinsel ilişki sırasında kondom kullanmasını vurgulayın.
- Verilen tüm tedavileri tamamlamasının önemini açıklayın.
- CYBE için verilen tüm tedavi ve profilaksi tamamlanana kadar ve gerekiyorsa partnerinin tedavisi de tamamlanana kadar cinsel ilişkiden uzak durması konusunda açıklama yapın.
- Cinsel saldırı sonrası travma bulgularını ve ortaya çıkması muhtemel normal fiziksel, psikolojik ve davranışsal yanıtları hastayla ve hasta izin verirse aile üyeleriyle paylaşın. Hastaya sırrını anlatması ve güvendiği bir arkadaş ya da aile üyesiyle paylaşması için destek olun.
- Hastalara yasal hakları konusunda bilgi verin ve bu haklarla neler yapabileceklerini açıklayın.
- Hastaya şu bilgileri içeren yazılı bir doküman verin;

- Hataya verilen her tedavi,
 - Yapılan testler,
 - Test sonuçları için çağrıldığı zaman ve saat bilgisi,
 - Test sonuçlarının anlamı,
 - Takip randevuları için zaman ve saat,
 - Yasal süreci içeren bilgi.
- Hasta güvenliğini değerlendirin. Eve dönmesi hasta için güvenli değil ise barınma merkezleri gibi uygun yerlere yönlendirin ya da hastanın gidebileceği güvenli bir yer konusunda hasta ile tartışın. Başka bir cinsel saldırıyı önlemek için olası stratejileri tartışın.
 - Takip muayenelerinin önemini vurgulayın (2 hafta, 3. ve 6. aylar).
 - Hastaya başka soruları olduğunda ya da saldırıya bağlı medikal ya da diğer komplikasyonlar geliştiğinde sağlık kuruluşuna başvurabileceğini veya arayabileceğini söyleyin.

6.7 Takip süreci

6.7.1 Tıbbi gözden geçirme

Takiplerin saldırı sonrasında 2 hafta, 3. ve 6. ayda yapılması önerilir.

2. hafta takibi

Saldırı sonrası 2.haftadaki kontrolde yapılması gereken rutinler şunlardır;

- Yaraların düzgün iyileşip iyileşmediğine bakın.
- Varsa yaraları fotoğraflayın.
- Eğer verildiyse hastanın CYBE tedavisini bitirip bitirmediğini kontrol edin.
- CYBE durumu için özellikle ilk başta profilaktik antibiyotik verilmediyse kan ve kültür örnekleri alın.
- Sonuçlanmış testleri hasta ile birlikte değerlendirin.
- Gerekli ise gebelik testini unutmayın, gebelik mevcutsa seçenekleri değerlendirin.
- 1. ve 6. ayda yapılacak hepatit B aşısını hatırlatın, 3. ve 6. aylarda yapılacak HIV testini hatırlatın.
- Gelecek randevuları organize edin.
- Hastanın emosyonel ve mental durumunu değerlendirin, gerekiyorsa destek almasını sağlayın.

3. ay takibi

- HIV testi yapın. Test öncesi ve sonrası için danışmanlık olup olmadığından emin olun, gerekiyorsa tekrar yönlendirin. Gebeliği değerlendirin.
- Bulguları tartışın.
- Eğer profilaktif antibiyotik verilmemişse sifiliz için kan örneği alın.
- Hastanın emosyonel ve mental durumunu değerlendirin, gerekiyorsa destek almasını sağlayın.

6. ay takibi

- HIV testi yapın. Test öncesi ve sonrası için danışmanlık olup olmadığından emin olun, gerekiyorsa tekrar yönlendirin.
- Bulguları tartışın.
- Hepatit B üçüncü dozunu uygulayın.
- Hastanın emosyonel durumunu değerlendirin.

6.7.2 Danışmanlık ve sosyal destek

Bütün cinsel şiddet mağdurlar aynı şekilde tepki vermezler. Psikolojik problemler kimisinde kısa, kimisinde uzun sürebilir. Psikolojik destek ve/veya sosyal desteğin miktarı veya süresi daha çok psikolojik travmanın derecesi ve mağdurun baş etme becerisi ve tutumuna bağlıdır. Özellikle sosyal desteğin düzeyi olgu bazında değişmektedir. Ancak Campbell'e göre (36) mağdurların sadece %24-40'ı destek ve danışmanlık hizmeti almaktadır. Erkek mağdurlar danışmanlık konusunda daha isteksiz davranmaktadır. Aslında cinsel şiddete maruz kalmış kadınlarla aynı gereksinimlere sahiptirler. Bu nedenle erkekler için danışmanlık şiddetle önerilmelidir. Aşağıdaki yaklaşımlar faydalı olabilir;

- Danışmanlık ve sosyal desteğin normale dönmeye katkı sağlayacağını açıklayın.
- Olayın öyküsünü iyi dinleyin, endişeleri hakkında soru sorun ve uygun şekilde ifade edin.
- Cinsel saldırıyı hak etmediğini söyleyin.
- Cinsel şiddetin kendi suçu olmadığını vurgulayın.
- Cinsel şiddetin bir güç ve kontrol konusu olduğunu vurgulayın.

Danışmanlık hizmetleri çeşitlidir. Bunlar mağdurların seçeceği şekilde bireysel, aile veya grup terapileri ve/veya resmi ya da gayri resmi destek grupları ile olabilir. Ancak grup olarak sosyal destek şu faydaları sağlayacağı için daha çok önerilmektedir;

- Genellikle mağdurların hissettiği yalnızlık hissini azaltmasına yardımcı eder,
- Destekleyici bir atmosfer oluşturur,
- Mağdurlar deneyimlerini paylaşma konusunda cesaretlenirler,
- Mağdurların kendi destek sistemlerini ve ilişkilerini kurmaya yardımcı olur.

Grup deneyimi herhangi bir sosyal desteği olmayanlarda daha yararlıdır. Ancak daha önce bir psikopatolojisi olanlarda ve grupla uyum konusunda sorun yaşayacaklarda ise bireysel tedavi önerilmektedir.

Kognitif davranışsal terapi, feminist terapi, kriz yönetimi, stres yönetimi gibi yöntemler cinsel şiddete maruz bırakılanlarda yararlı olduğu bilinen terapi yöntemleridir (32,34,36). Seçilen veya uygulanan tedavi tipine bağlı olmaksızın terapistin cinsel şiddet ile ilgili özel eğitimi olmalıdır.

Birçok mağdurun ulaşma şansı olmasa da terapi ve psikolojik danışmanlığın iyileşmedeki rolü açıkça kanıtlanmıştır. Bunlara ulaşımı olmayan hastalarda resmi olmayan sosyal destek sistemleri iyileşmede hayati öneme sahiptir ve hasta ile birlikte değerlendirilmelidir.

6.7.3 Yönlendirmeler/sevkler

Hastalara şu destek servislerini içeren sözel ve yazılı yönlendirmeler yapılmalıdır;

- Cinsel saldırı merkezleri,
- Barınak ve sığınma evleri,
- HIV ve AIDS danışmanlığı,
- Yasal danışmanlık,
- Mağdur tanık programları,
- Destek grupları,
- Terapistler,
- Finansal destek birimleri,
- Sosyal hizmet birimleri.

Bu yerlerin belirlenmesinde hastanın bireysel gereksinimleri göz önüne alınmalıdır. Sağlık çalışanları bölgelerinde ve resmi olmayan destek birimlerinden haberdar olmalıdır. Hastanın en doğru kararı vermesi ve en uygun hizmeti seçmesi için tüm opsiyonları sunmak sağlık çalışanlarının görevidir.

Sağlık çalışanlarının okul devamsızlığı için bir rapor tanzim etmesi gerekebilir ancak raporda non spesifik bir neden yazılmalı, cinsel saldırı tanısı yazılmamalıdır.

Cinsel şiddetle ilgili bilgiler ve özellikle mağdurlara yönelik destek hizmetleri hakkında bilgiler kolayca erişilebilir olmalıdır; bu bağlamda şu stratejiler kolaylık sağlayabilir:

- Yerel destek birimlerinin liste ve telefon numaralarını kolay ulaşılabilir bir yere hazırlayın.
- Sağlık kurumlarına cinsel şiddeti anlatan ve hastaların nerelere başvurması gerektiğini anlatan posterler asın (bu tür bilgilendirmeler kişilerin cinsel şiddet deneyimini açıklamada kendilerini rahat hissetmelerini sağlayabilir).
- Hastaların kolay ulaşabilmesi ve kendi başlarına okuyabilmesi için cinsel şiddet hakkında hazırlanmış el broşürlerini muayene odaları ve kadın tuvaletlerinde bulundurun.
- Cinsel şiddet sonrası başvurulması gereken yerlerin telefon ve adreslerini içeren cebe sığabilecek boyutlarda küçük materyaller hazırlayın.

7. ÇOCUK CİNSEL İSTİSMARI

ÖZET

■ Çocuklardaki cinsel istismar dinamikleri, yetişkinlerden farklılık gösterir. Özellikle çocuklar, cinsel istismarı olaydan hemen sonra dışa vururlar. Dahası bu dışavurum, anlık bir epizoddan ziyade fiziksel bir şikâyet veya davranışsal bir değişim ile başlayan bir süreç şeklinde olmaya meyillidir.

■ Çocuğun değerlendirilmesi öykü alma, adli görüşme ve muayenede özel yetenekler gerektirir, muayene eden aynı zamanda çocuğun cinsel istismarının bildirilmesi ve onam gibi konularda belli başlıkları da ele almaya ihtiyaç duyabilir.

■ Çocuk cinsel istismar olgularında, genital travmanın tanımlayıcı özellikleri, fiziksel kuvvetin az kullanımına bağlı olarak nadiren görülür. Çocuklarda genital bulguların uygun yorumlanması, uzmanlık eğitimi ve mümkünse konunun uzmanına danışılmasını gerektirir.

■ Çocuklarda CYBE testi kullanımına olgu bazlı karar verilmelidir. Eğer test gerekliyse, yaşına uygunluk gösteren diagnostik testler kullanılmalıdır. Çocuklarda CYBE için tedavi genellikle önerilmemektedir.

■ Çocuklarda takip şiddetle önerilmektedir. Fiziksel muayene gerekli olmayabilir ancak bu takipler süreçte ortaya çıkabilecek psikolojik problemlerin değerlendirilmesi ve çocuğun ve ona bakım verenlerin uygun sosyal destek ve tavsiye almasını sağlamak için fırsat yaratır.

7.1 Çocuk cinsel istismarının tanımı

Bu rehber, DSÖ'nün '1999, Çocuk istismarının önlenmesi danışma toplantısı raporu' (62)'nda tanımlanan çocuğun cinsel istismarı tanımlarını benimser;

"Çocuk cinsel istismarı, çocuğun tam olarak kavrayamadığı, aydınlatılmış onam veremediği, gelişimsel olarak hazırlıklı olmadığı ya da toplumun yasalarını ve sosyal tabularını ihlal eden bir seksüel aktiviteye dahil olmasıdır. Çocuk cinsel istismarı bir yetişkin ile bir çocuk arasında veya aralarında sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bulunan yaşıtı bir çocukla, diğerk kişinin ihtiyaçlarını tatmin etmeyi içeren aktivitelerle açığa çıkar. Bu aktiviteler şunları içerebilir ancak bunlarla sınırlı değildir:

- Bir çocuğu yasadışı herhangi bir cinsel aktivite girmesi için teşvik ya da tehdit etmek,
- Çocuğun fuhuş ya da diğerk yasadışı cinsel uygulamalar için sömürü amaçlı kullanılması
- Çocuğun pornografik gösterilerde ve materyallerde sömürü amaçlı kullanılması

7.2 Çocuk cinsel istismarının dinamikleri

Çocuk cinsel istismarı özel bir olgudur, dinamikleri erişkin cinsel istismarından oldukça farklıdır ve bu nedenle aynı şekilde ele alınamaz (38,63-65). Çocuk cinsel istismarını karakterize eden özellikler şunları içerir;

- Fiziksel kuvvet/şiddet çok daha az kullanılır. Fail çocuğun güvenini kazanmaya çalışır ve istismarı saklar.
- Tipik olarak fail bilinen ve güvenilen bakım veren biridir.
- Çocuk cinsel istismarı haftalar hatta aylarca sürebilir.
- Çocuk cinsel istismarı çoğunlukla giderek daha invaziv hale gelen, tekrarlayan epizotlar şeklinde sürer. Failler çocukla genellikle zaman içinde kademeli olarak daha seksüalize hale gelen bir ilişki kurarlar.
- Ensest/ev içi istismarlar, tüm çocuk istismarı vakalarının neredeyse üçte birini oluşturur.

Pedofililer, erişkinlerden ziyade çocuklarla cinsel ilişki kurmayı tercih eden kişilerdir. Genellikle çocuğa yaklaşmak için stratejiler planlamak ve gerçekleştirmekte uzmandırlar. Çocukla alakalı bilgileri paylaşmaları, fikir verici bir bulgu olabilir (örneğin çocuk pornografisi). Bu uluslararası düzeyde, özellikle internetin kullanımı ile olabilir.

Sağlık çalışanlarının çocuk cinsel istismarının dinamikleri konusunda uygun bir eğitim alması, istismar tanısının kaçırılması ya da aşırı tanı gibi nedenlerden dolayı istismara uğramış çocuklara ve ailelerine gelebilecek potansiyel zararları önlemek için çok önemlidir.

7.2.1 Çocuk cinsel istismarı için risk faktörleri

Çocukları cinsel istismara karşı savunmasız hale getiren birtakım risk faktörleri belirlenmiştir, her ne kadar büyük ölçüde Kuzey Amerika ülkelerinin deneyimine dayansa da bu risk faktörlerinin şunlar olduğu düşünülmektedir;

- Kadın cinsiyet (bazı gelişmekte olan ülkelerde erkek çocuklar, mağdurların geniş bir kısmını oluştursa da),
- Kimsesiz çocuklar,
- Koruyucu ailede olma, evlat edinilmiş olma ya da üvey evlat olma,
- Fiziki veya mental olarak engelli çocuk,
- Geçmiş istismar öyküsü,
- Yoksulluk,
- Savaş/askeri çatışma,
- Psikolojik ve kognitif savunmasızlık,
- Tek ebeveynli aileler, parçalanmış aileler,
- Sosyal izolasyon (duygusal destek açısından yoksunluk),
- Mental hastalığı olan, alkol veya uyuşturucu bağımlısı ebeveynler.

7.2.2 İstismarı ortaya çıkarma/dışavurum dinamikleri

Olguların çoğunda, çocuk istismarı olaydan hemen sonra dışa vurmaz. İstismarı dışa vurmadaki bu isteksizlik, failin korkusundan ileri gelir, fail "eğer birine bahsedersen seni/anneni öldürürüm" gibi tehditlerde bulunmuş olabilir.

Summit tarafından ileri sürülen "Akomodasyon Sendromu" (69), istismardan sonra dışavurumun neden geç kaldığını ve dışavurumun bazen neden problemlili olduğunu

ya da geri çekildiğini anlatmak için pek çok araştırmacının başvurduğu bir tezdır. Yazara göre, olguların tipik paterni şöyle seyreder: Çocuk istismarı sır olarak saklamaya zorlanır, ardından çaresiz ve tuzağa düşmüş hisseder. Çaresizlik hissi ve istismarın açıklanmasından sonra kimsenin inanmayacağı korkusu, çocuğu uzlaşma davranışına iter. Eğer çocuk istismarı ifşa ederse, ailenin ve profesyonellerin çocuğa gerekli koruma ve desteği sağlamada başarısız olmaları çocuğun stresini arttırır ve ifşasını geri çekmesine neden olur.

Çocuklarda cinsel istismarı dışa vurma, rastlantısal ya da tasarlanmış olabilir. Genellikle fiziksel şikayetlerin (genital bölgeyi yıkarken ortaya çıkan ağrı veya iç çamaşırlarda kan lekesi gibi) araştırılmasıyla başlar. Çocuk cinsel istismarlarının dışavurumu tek bir olaydan ziyade bir süreçtir.

Çocuğun dışavurumu genellikle annesine olur, ancak annesi de aynı failin taciz davranışlarının kurbanı olabilir. Dışavurum bazen de bir arkadaşına veya öğretmene de olabilir.

7.3 Çocuk cinsel istismarının fiziksel ve davranışsal göstergeleri

Çocuk cinsel istismarının fiziksel ve davranışsal göstergeleri Tablo 14'te özetlenmiştir. Tablo 14'teki bir ya da daha fazla bulgunun pozitif olması istismar şüphesini arttırırsa da çocuğun istismara uğradığını mutlaka kanıtlayacağı anlamına gelmemektedir (38-40).

Pek çok sağlık çalışanı, çocuk cinsel istismarının, özellikle konuşamayan çocukların saptanmasında bu tip göstergelerin yardımına ihtiyaç duyar ama özellikle dışavurum ve fiziki bulgu yokluğunda bu göstergeler dikkatli kullanılmalıdır.

7.3.1 Cinselleştirilmiş davranışlar

Seksüel davranışlar; dilini kullanarak birini dudaktan öpme, kendisinin veya bir başkasının memeleri, genital bölgesini okşama, mastürbasyon veya pelvik bölgenin ritmik hareketleri gibi eylemleri kapsar. Anormal seksüel davranışları, gelişimsel olarak doğal olandan ayırmak oldukça zordur.

Çocuklarda seksüel davranışlar ve cinsel istismar ile ilişkileri üzerine yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır (70-73). Her ne kadar cinsel istismara uğramış çocukların büyük bir kısmında bu davranışlar bulunmasa da uygunsuz seksüel davranış cinsel istismar için bir gösterge olabilir. Genel anlamda çocuklardaki seksüel davranışlar, şu durumlarda şüphe uyandırıcı olarak tanımlanır (71);

- Çok sık olarak görülür veya gelişimsel olarak olması gerekenden daha önce ortaya çıkar (örneğin toplum içinde penisiyle oynayan 10 yaşında bir erkek çocuk veya okulda devamlı mastürbasyon yapan 6 yaşında kız çocuk).
- Çocuğun gelişimini etkiler (örneğin başkalarıyla ilişki kurmak için seksüel davranışları kullanan bir çocuk).
- Zorlama, gözdağı veya güç kullanımı eşlik eder (örneğin başka bir çocuğu genital bölgelerini okşatmaya ve ilişki taklidi yapmaya zorlayan 4 yaşındaki çocuk).
- Duygusal stresle ilişkilidir (yeme ve uyku bozuklukları, agresif ve çekingen davranışlar).
- Bakım verenlerin müdahalesinden sonra gizliden gizliye tekrarlanır.

Tablo 14 Çocuk cinsel istismarının fiziksel ve psikolojik belirtileri

FİZİKSEL BELİRTİLER	PSİKOLOJİK BELİRTİLER
Açıklanamayan genital yaralar	Davranışlarda regresyon, okul başarısında düşme, gelişim aşamalarında duraklama
Tekrarlayan vulvovajinit	Yapışkan davranışlar ve genç çocuklarda irritabilite gibi akut travmatik yanıtlar
Vajinal ya da penil akıntı	Uyku düzensizliği
Olağan olmayan yaşlarda yatağı ıslatma ya da kaka kaçıрма	Yeme bozuklukları
Anal bölge ile ilgili şikayetler (fissür, ağrı, kanama vb)	Okulda sorun yaşama
Ağrılı idrar yapma	Sosyal problemler
Üriner sistem enfeksiyonları	Depresyon
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (a)	Düşük öz bakım
Hamilelik (b)	Uyumsuz cinsel davranışlar (c)
Sperm varlığı (b)	

a Perinatal ya da iatrojenik bulaş ekarte edildiyse diagnostik.

b Onam veremeyecek yaştaki çocuk için diagnostik.

c Hiçbir davranış cinsel istismarın kesin kanıtı olarak kabul edilemez; ancak, bir davranış örüntüsü endişe uyarıcı olabilir. Çocuklar, cinsel istismara uğradıklarına inanmak için herhangi bir neden olmasa bile çok çeşitli cinsel davranışlar sergileyebilirler.

7.3.2 Genito-anal bulgular

Pratikte, çocuk istismarına uğramış bir çocukta, belirgin fiziki bulgular nadir görülür çünkü çocuk cinsel istismarı genellikle fiziksel zarar içermez. Çoğu çalışma göstermiştir ki, cinsel istismara uğramış prepubertal kız çocuklarında normal ya da nonspesifik bulgular yaygındır (74-77). Normal genital bulgular içeren bir genital muayene cinsel istismar ihtimalini dışlamaz, dahası olguların büyük bir kısmında, tıbbi muayene cinsel istismar iddiasını onaylatmayacak ya da çürütmeyecektir.

Belli seksüel aktivitelerin (orogenital ilişki gibi) fiziksel yaralanma oluşturması beklenmezken, diğer aktiviteler de (anüs penetrasyonu, izole labium penetrasyonu gibi) yaralanma oluşturmak zorunda değildir. Bu tür durumlarda uygulanan kuvvetin büyüklüğü belirleyici faktör olacaktır. Genital veya anal bölgeye yönelik büyük travmaları tanımak kolaydır ancak iyileşmiş ya da belirsiz travma bulgularının yorumlanması daha zordur.

Çocuğun muayene edilme pozisyonu, tıbbi bulguların yorumlanmasında önemlidir. Eğer çocuk dorsal pozisyondayken himenal anomaliler görüldüyse, yerçekiminin bu dokular üzerindeki etkisini dışlamak için diz-dirsek pozisyonunda da muayene edilmelidir.

Aşağıda genito-anal bulgular, cinsel istismar için kanıt olma ihtimaline göre ve normal-nonspesifik olandan ayırıcı olana doğru sıralanmıştır;

- *Normal ve nonspesifik vajinal bulgular:*

- himende çıkıntı, katlantı ve saçaklar;
- himen superior ve lateralinde kaideye kadar inmeyen "v" şekilli çentikler;
- vulvovajinit;
- labial yapışıklık.

- *Normal ve nonspesifik anal bulgular:*

- eritem;
- fissür;
- orta hatta bekçi nodül ve katlantılar;
- venöz konjesyon;
- minör anal dilatasyon;
- liken skleroz.

• *Cinsel istismar lehine yanlış yorumlanabilecek anatomik varyasyonlar ve fiziksel durumlar:*

- liken skleroz;
- vajinal ve/veya anal streptokokkal infeksiyonlar;
- orta hat füzyon bozuklukları;
- nonspesifik vulva ülserasyonları;
- üretral prolapsus;
- dişi genital mutilasyon (bkz: Ek 2);
- kasıtsız travma (ör: bacakları iki yana açmaya bağlı yaralanmalar)
- labial füzyon (yapışıklık ve bitişiklik).

• *İstismarı düşündüren bulgular:*

- labia, perihimnal dokular, penis, skrotum ve perinenin akut abrazyon, laserasyon ve bereleri;
- himenal duvarının %50'sini aşan çentikler;
- posterior forsette, himene uzanmayan yeni laserasyon veya skar (ancak kasıtsız travma dışlanmış olmalı);
- 2 yaşından büyük çocuklarda kondilomlar;
- belirgin anal dilatasyon veya skarlaşma.

• *Cinsel istismar veya cinsel ilişkinin tanımlayıcı bulguları:*

- çocuğun vücudunun üstünde ya da içinde sperm veya seminal sıvı;
- *N. Gonorrhoeae* için pozitif kültür veya edinilmiş sifiliz serolojisi (perinatal ve iyatrojenik bulaş dışlanabilir olmalı);
- vajinal veya anal orifise yönelik künt penetran travmatik yaralanmalar.

***Çevirenin notu:** *Daha güncel bilgi için lütfen aşağıda Adams Kriterleri 2018 güncellemesinin çevirisine ya da orijinal metnine bakınız; Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2018 Jun 1;31(3):225-31.).*

ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMAR ŞÜPHESİNDE TIBBİ BULGULARIN YORUMLANMASI; 2018 GÜNCELLEME

Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018

Medikal değerlendirmenin amacı:

- Çocuk ve aileden öykü almak
- Tüm bulgu ve semptomların tanımlanması ve tanısı
- Travma ve enfeksiyon ayırıcı tanısının yapılması
- İstismar kaynaklı durumların tanı ve tedavisi
- İstismar kaynaklı olmayan tıbbi durumların tanı ve tedavisi
- Çocuğun güvenliği
- Çocuğun ileride meydana gelebilecek gelişimsel, ruhsal ve davranışsal problemlerine karşı medikal önlemler alabilmek
- Hızlı bir şekilde tüm bulguları içeren raporun hazırlanması ve sosyal servis ve yasal organlara haber verilmesidir.

Bölüm 1. Fiziksel Bulgular

A. Çoğunlukla istismara uğramayan çocuklarda ya da yeni doğanlarda görülen bulgular: Bu bulgular normaldir ve çocuğun cinsel istismarının açığa çıkarılmasıyla ilgisi yoktur.

Normal varyasyonlar

1. Hymenin görünümünde normal varyasyonlar
 - a. Anüler: Hymen membran yapısı saat 12 hizası da dahil olmak üzere vaginal açıklığın her yerinde bulunur, halkavi, çepeçevre sarar tarzıdır.
 - b. Kresentrik: Hymenal doku bazı özel noktalarda yoktur, özellikle saat 3-9 lokalizasyonları üzerinde
 - c. İmperfore: Hymenal açıklığın olmaması
 - d. Mikroperfore: Hymende 1 ya da daha fazla küçük açıklık olması
 - e. Septalı: Hymende açıklık boyunca 1 ya da daha fazla septa (köprü) olması
 - f. Redundant: Hymende birden fazla katlantı olması, fleplerin birbiri üzerine katlanması
 - g. Hymenal tag
 - h. Hymen kenarının herhangi bir yerinde mound ya da bump
 - i. Hymende saat 3-9 hizasının üstünde herhangi bir yerde notch ya da cleft (derinliği ne olursa olsun)
 - j. Hymende saat 3-9 hizasının altında herhangi bir yerde superficial notch
 - k. Hymenin düzgün posterior kenarı, tüm hymenal kenara göre nispeten daha dar görünen
- 2- Periüretal ya da vestibüler bant(lar)
- 3- İnvajinal girinti çıkıntılar (ridge or column)
- 4- Eksternal hymenal çıkıntı (ridge)
- 5- Diastasis ani (pürüzsüz/yumuşak (smooth) alan)

6- Perianal cilt tag(leri)

7- Labium minor ya da perianal dokularda hiperpigmentasyon

8- Üretral açıklıkta dilatasyon

9- Normal orta hat anatomik özellikleri

a. Erken adolesan dönemde görülen fossada oluk

b. Orta hat füzyonun defekti (ayrıca perineal oluk olarak da adlandırılır.

c. Medyan raphe (skar ile karıştırılır)

d. Linea vestibularis (orta hatta avasküler bölge)

10- Anüs tamamen dilate edildiğinde görülen, anoderm ve rektal mukozanın birleşme yerinde pektinat / dentat çizgi

11- İç sfinkter kapalıyken dış anal sfinkterin kısmi genişlemesi, bazen laserasyonla kakisabileceği anal pektinat çizginin ötesinde görüntülenmesine neden olur

B. Çoğunlukla travma ya da seksüel temas dışındaki tıbbi nedenlerden kaynaklanan bulgular

Bu bulguların her birinin birkaç farklı nedeni olabileceğinden ayırıcı tanılarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

12- Anal genital bölgede eritem

13- Vestibül ve hymendeki artmış vaskülarite

14- Labial adezyon (yapışıklık)

15- Posterior forsette frajillik (friability)

16- Vajinal akıntı (cinsel yolla geçişli enfeksiyon kaynaklı olmayan)

17- Anal fissür(ler)

18- Perianal bölgede venöz konjesyon ya da venöz göllenme

19- Enkoprezis ve/veya konstipasyon semptomlarının bulunması ya da öyküsünün olması, çocuğun anestezi altında sedatize olması ya da diğer nedenlerden (örneğin postmortem) dolayı nöromuskuler tonusun azalması gibi predispozan durumların olduğu çocuklarda anal dilatasyon

C. İstismar için yanıtıcı durumlar

20- Üretral prolapsus

21- Liken sklerozus ve atrofikus

22- Vulvar ülser(ler) (Behçet hastalığındaki aftöz ülserler gibi)

23- Bakteri, virüs, mantar, parazit ya da cinsel yolla bulaşmayan diğer enfeksiyonlar nedeniyle eritem, enflamasyon ve perianal ya da vulvar dokularda fissürler

24- Rektal prolapsus

25- Histolojik analizlerle doğrulanan ölü lekesi kaynaklı olan genital yapılarda (hymen dahil) kırmızı/mor renk değişimi

D. Anlamlılık derecesi konusunda uzman görüş birliği olmayan bulgular. Bazı çalışmalar bu fiziksel bulguları cinsel istismar geçmişi ile ilişkilendirmiştir, fakat şu anki bilgiye göre, istismar açısından ne kadar önem verilmesi gerektiği konusunda uzman bir görüş birliği yoktur.

Bulgulardan 27 ve 28'in; normal varyasyonlar olup olmadığı (bulgular 1.i, 1.j) ya da travmatik bir yaralanmanın kalıntı bulgusu (bulgu 37) olup olmadığına emin olmak için ek muayene yöntem ve teknikler ile doğrulanması gerekir.

26- İç ve dış sfinkterin her ikisinin de gevşemesi ile olan komplet anal dilatasyon: (kabızlık, enkoprezis, sedasyon, anestezi ve nöromuskuler durumlar gibi predispozan faktörler dışlanmalıdır)

27- Hymendeki çentikler/yarıklanmalar özellikle saat 3 ya da 9 hizasında ya da altında hymen zarı tabanına kadar uzanır ancak tam bir geçiş olmaz. Bu, aynı yerde akut bir yaralanma kanıtlanmadıkça dikkatle yorumlanması gereken çok nadir bir bulgudur.

28- Saat 3 ya da 9 hizasında hymen tabanına varan, komplet yarı/çentik şüphesi

E. Travmanın neden olduğu bulgular: Çocuk ve bakım veren tarafından akla yatkın bir şekilde kaza nedenli bir yaralanma açıklaması yapılmadıkça (beşik yarası, impact ya da crush yaralanma veya geçirilmiş cerrahi müdahaleler ve zamanı), çocuk tarafından açıklama yapılmasa dahi bu bulgular oldukça istismarı düşündürücüdür. Tıbbi kayıtlar gözden geçirilmeli, ek muayene yöntem ve / veya teknikleri kullanılarak doğrulanmalıdır.

1) Genital / anal dokularda akut travma

29. Akut laserasyon(lar) veya labia, penis, skrotum veya perinede ekimozlar

30. Hymeni içermeyen, posterior fourchette veya vestibulde akut laserasyonlar

31. Hymende ekimoz, peteşi veya abrazyon

32. Parsiyel ya da tam, herhangi bir derinlikte hymende akut yırtıklar

33. Vajinal laserasyon

34. Dermis altındaki dokuların açığa çıktığı perianal laserasyon

2) Genital / anal dokularda iyileşme (healing/residual) yaraları

35. Perianal skar (daha önce aynı yerde akut bir yaralanma belgelenmemişse, teşhis edilmesi zor olan çok nadir bir bulgudur)

36. Posterior fourchette veya fossada skar (daha önce aynı yerde akut bir yaralanma belgelenmemişse, teşhis edilmesi zor olan çok nadir bir bulgudur)

37. Saat 3 -9 lokalizasyonlu hymenal çentik ve yarıklarda tam/vagen duvarına varan iyileşmiş yaralar

38. Kadın sünneti izleri (*female genital mutilation*); klitorisin kısmen veya tamamen kaybı, klitoris, labia minör ve labiya majörde vertikal lineer skarlar

Bölüm 2: Enfeksiyonlar

A. Cinsel temas ile ilgili olmayan enfeksiyonlar

39. Candida albicans gibi mantar enfeksiyonlarının neden olduğu vajinit veya Streptococcus tip A veya B tipi gibi nonseksüel yollardan bulaşan bakteriyel enfeksiyonlar, Staphylococcus sp, Escherichia coli, Shigella veya diğer gram negatif organizmalar

40. Epstein-Barr virüsü veya diğer solunum yolu virüsleri gibi viral enfeksiyonların neden olduğu genital ülserler

B. Hem cinsel temasla hem de cinsel olmayan yolla bulaşan enfeksiyonlar. Bu enfeksiyonların yorumlanması, annenin jinekolojik öyküsü (*HPV: human papillomavirus*) veya çocuğun oral lezyon öyküsü (*HSV: herpes simplex virus*) veya cinsel yoldan bulaşma olasılığını açıklığa kavuşturabilecek başka bir yerde lezyonların varlığı gibi bilgiler gerektirebilir. Değerlendirmenin tamamlanmasından sonra, bazı durumlarda Çocuk Koruma Hizmetlerine /Sosyal Hizmet Uzmanlarına rapor edilebilir. Bu bulguların fotoğrafları veya video kayıtları alınmalı, sonra doğru tanı konulmasını sağlamak için cinsel istismar değerlendirmesinde bir uzman tarafından değerlendirilmeli ve onaylanmalıdır.

41. Genital veya anal bölgede Molluscum contagiosum. Küçük çocuklarda, bulaş sıklıkla nonseksüeldir. Ergen popülasyonunda ciltle cilde temastan doğrudan geçiş tarif edilmiştir.

42. Genital veya anal bölgede Condyloma acuminatum (HPV). 5 yaşından sonra ilk kez ortaya çıkan siğiller, yüksek olasılıkla cinsel temasla bulaşın habercisidir.

43. Oral, genital veya anal bölgede HSV tip 1 veya 2 enfeksiyonları

C. Cinsel temas nedenli enfeksiyonlar; uygun testler kullanılarak tespit edilen ve perinatal yayılımı dışlanan.

44. Genital, rektal veya farengeal Neisseria gonore enfeksiyonu

45. Sifiliz (Frengi)

46. Genital veya rektal Chlamydia trachomatis enfeksiyonu

47. Trichomonas vaginalis enfeksiyonu

48. HIV; kan yolu ve kontamine iğnelerle bulaşın dışlanmış olması gerekir.

Bölüm: 3. Cinsel temas için tanısal (diagnostik) bulgular:

49. Gebelik

50- Doğrudan çocuğun vücudundan alınan örneklerde semen belirlenmesi

Bu kriterler tıbbi ve laboratuvar bulgularını listeler; bununla birlikte, cinsel istismar şüphesiyle değerlendirilen çoğu çocukta fiziksel yaralanma veya enfeksiyon belirtileri olmayacaktır. Tam bir tıbbi değerlendirmenin en önemli parçası çocuğun ne olup bittiğini tarif etmesi ve verilen öykü ile semptomların nedenselliğinin yorumlanmasıdır.

Bacakları iki yana açmaya bağlı yaralanmalar; genital bölgeye yönelik kasıtsız yaralanmaların en sık görülen tipidir, dış genital organların pubik kemik ile bir obje arasında sıkışması sonrası belirgin şişme, ağrı ve eksternal yapıların hematomuyla seyrederek. Posterior forsette görülen küçük lineer abrazyonlar, labia major ve labia minörde de görülebilir. Bacak ayırmaya bağlı hasarların zarına himende hasara yol açması son derece düşük bir ihtimaldir. Bacak açmaya bağlı yaralanmalar tipik olarak asimetrik ve tek taraflıdır.

Labial füzyon oldukça sık görülen bir durumdur ve minor kronik inflamasyondan dolayı oluşur. Cinsel istismar nedeniyle oluşabilirler ancak bulunması istismar için diagnostik değildir. Pek çok vaka tedavi gerektirmez ama yapışıklıklar geniş ise östrojen tedavisi başarılı olabilir. Cerrahi tedavi nadiren uygulanır.

Vajinal orifise yönelik künt penetran travmalar karakteristik bir yaralanma paterni oluşturur; bere, laserasyon veya abrazyonlar tipik olarak himende saat 4 ve 8 arasında görülür. Bu tür yaralanmalar sıklıkla posterior komissür, fossa navikülaris ve posterior himene uzanır. Himen duvar bütünlüğünde posterior vajinal duvara uzanan herhangi bir kesintinin, iyileşmiş bir laserasyon olması muhtemeldir. Çentik olarak tariflenen daha ince kesintiler genellikle konjenital olabilir ya da daha az ciddi bir yaralanmayı gösteriyor olabilir.

Cinsel saldırıya maruz kalan adölesan kız çocuklarının akut ya da eski travma belirtileri göstermeleri prepubertal kız çocuklarına göre daha düşüktür. Pubertede özellikle himenal bölgedeki genital dokular, östrojenin varlığına bağlı olarak daha kalın, nemli ve elastik bir hal alır, bu nedenle penetrasyon anında esnektir. Ayrıca himendeki yırtıklar, çentik ya da yarık şekline iyileşmiş olabilirler ve östrojenize, kalıntı içeren ya da saçaklı bir himende seçilmeleri çok zordur. Posterior forşetteki abrazyonlar gibi minör yaralanmalar bile neredeyse hemen iyileşecektir.

Anal orifise yönelik laserasyon tarzı major travmalar nadiren görülür. Minör travmalar bazen görülebilir ve tipik olarak abrazyon, fissür ve anal eritemi içerirler. Olguların büyük bir kısmında, anal bölgede travmanın görülebilir bulgusu yoktur.

Genito-anal bulguların çocuk cinsel istismarının teşhisi açısından yorumlanması, Bölüm 7.8.1'de ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

7.4 Sağlık sonuçları

Çocuk cinsel istismarı ile bağıntılı hem fiziksel hem de psikolojik problemler bilimsel literatürlerde çok iyi dökümente edilmiştir (36,66,78,79). Fiziksel sağlık sorunları şunları içerir;

- Gastrointestinal bozukluklar (örn. irritabl barsak sendromu, non-ülser dispepsi, kronik karın ağrısı),
- Jinekolojik bozukluklar (örn. Kronik pelvik ağrı, dismenore, menstrüel düzensizlikler);

- Somatizasyon/bedenselleştirme (bedensel süreçlerle zihni meşgul etmeye bağlı).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda aşağıda sıralanmış psikolojik ve davranışsal semptomlar raporlanmıştır:

- depresif semptomlar,
- anksiyete,
- düşük özgüven,
- yeniden yaşantılama, aşırı uyarılma, kaçınma gibi Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili semptomlar,
- artmış ya da uygunsuz seksüel davranışlar,
- sosyal becerilerde azalma,
- kognitif bozukluk,
- beden imajına yönelik endişeler,
- madde istismarı.

7.5 Çocuğun değerlendirilmesi ve muayenesi

7.5.1 Genel değerlendirme

Yetişkin cinsel saldırı olguları tıbbi acil durumlar olarak ortaya çıkarken, çocuklar çeşitli yol ve koşullar aracılığıyla sağlık çalışanlarının dikkatine sunulur (40):

- Bir çocuk cinsel istismar iddiası raporlanmıştır ve çocuk koruma kurumları ve/veya polis tarafından tıbbi muayene talebi vardır.
- Çocuk bir aile üyesi tarafından getirilmiş ya da bir sağlık çalışanı tarafından yönlendirilmiştir, çünkü bir istismar iddiası vardır ancak henüz rapor edilmemiştir.
- Davranışsal ya da fiziksel göstergeler tanımlanmıştır (örn: bakıcı, sağlık çalışanı ya da bir öğretmen tarafından) ve ileri bir inceleme istenmektedir.

Fizik muayenenin zamanlaması ve kapsamı, şikayetin niteliğine, kuruluştaki kaynakların durumuna, adli kanıt ihtiyacına ve çocuk ile ilgilenen sağlık çalışanının uzmanlık düzeyi ve tarzına bağlıdır (80). Fizik muayenenin zamanlaması kararı, çocuğun iddia edilen fail ile temas ettiği son tarihten sonra geçen zamanı baz almalıdır. Yol gösterici olarak;

- Eğer son temasın üzerinden 72 saatten fazla zaman geçmişse ve çocukta tıbbi bir semptom yoksa, muayene acilen değil ama mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır.
- Eğer son temasın üzerinden 72 saat ve daha az zaman geçmişse ve çocuğun ağrı, kanama, akıntı gibi semptomları varsa çocuk hemen görülmelidir.

Cinsel şiddete uğradığı iddiası olan çocuktan (ya da bakım vereninden) bilgi toplamanın iki farklı yönü vardır: (a) tıbbi öykü (b) görüşme. Tıbbi öykünün fonksiyonu çocuğun o anda neden sağlık kuruluşuna getirildiğini anlamak ve çocuğun fiziksel ve duygusal semptomları hakkında bilgi toplamaktır. Ayrıca fizik muayene başlamadan önce tıbbi tanı için bir temel sağlar. Tıbbi geçmiş; saldırı sırasında kanama veya o zamandan beri devam eden kabızlık veya uykusuzluk gibi yalnızca istismardan kaynaklanan sağlık sorunları ile ilgili olduğu sürece iddia edilen istismar hakkında bilgi içerebilir. Tıbbi öykü sağlık çalışanı tarafından alınmalıdır.

Değerlendirmenin görüşme safhası, tıbbi öykünün ötesinde istismar iddiasıyla direk ilişkili bilgileri (saldırının detayları, zamanı, yeri, sıklığı, giyilen kıyafetleri içeren) edinmeye çalışır. Çocuğun adli görüşmesi özel beceri gerektirir ve eğer mümkünse eğitilmiş bir profesyonel (ör: çocuk koruma çalışanı, görüşme becerilerine sahip polis memuru) tarafından yürütülmelidir. Bununla birlikte bazı kuruluşlarda çocukla ilgilenen sağlık çalışanı en deneyimli görüşmeci olacaktır. Bölüm 7.5.3 sağlık çalışanları için adli görüşme konusunda rehberlik sağlamaktadır.

Tıbbi öyküyü ve adli görüşmeyi kimin yapacağından bağımsız olarak, çocuğun değerlendirmesinin bu iki kısmı, çocuğun gereksiz soru ve tekrarlar ile travmatize edilmeden ve bilgi kaybına ya da yanlış bilgi alımına yol açmadan koordineli bir biçimde yürütülmelidir.

7.5.2 Aydınlatılmış onam ve mahremiyet

Pek çok kurumda, fizik muayene yapabilmek ve adli delil oluşturabilecek örnekleri toplayabilmek için çocuğun ve bakıcısının onamı alınmalıdır. Ancak bazı vakalarda, özellikle çocuğun menfaati ile bakım verenin onam verme konusundaki endişesi çatıştığında, onam meselesi problemlili olabilir. Bakım verenin çocuk için muayene ihtiyacı açıklandıktan sonra bile çocuğun tıbbi değerlendirmesi için onay vermeyi reddetmesi durumunda, çocuk koruma makamlarının, bakım verenin çocuk üzerindeki

velayet haklarından feragat etmesi için çağrılması gerekebilir. Eğer sağlık kuruluşuna ilk başvuruda (örn. acil servis) onam alındıysa, muayene eden sağlık görevlisi onamı teyit etmeli, tıbbi değerlendirme prosedürlerinin bütünü, çocuk ve bakım verene bütünüyle açıklanmış olmalıdır (bkz. Bölüm 4.2.3 Onam alma).

Sağlık profesyonelinin, çocuğun ve bakım vereninin güvenini kazanırken, hukuki ve etik görevlerini de göz önüne alması gerekir. Çocuğun ve ebeveynlerinin/vasisinin, sağlık profesyonellerinin vakayı bildirme ve görüşme sırasında alınan bilgileri rızası olmasa bile yetkililere bildirme konusunda yasal bir yükümlülüğü olabileceğini anlamaları gerekir (bkz. Bölüm 7.8.2 istismarı bildirme).

7.5.3 Çocukla görüşme

Kuruluşun kendisine ait protokollerde genellikle çocuğun değerlendirilmesinin nasıl ve kim tarafından yürütüleceği belirlenmiştir. Bazı yargılamalar, özellikle yasal karışıklıklar varsa, vakayla ilgili bilgilerin uygun prosedürlere göre elde edilmesini sağlamak için görüşmenin eğitilmiş bir profesyonel tarafından yapılmasını gerektirir ve bu amaçla çocuğun görüşmesini yapmak için özel adli görüşme ekipleri çağırılabilir. Diğer olgularda, çocuk ile ilgilenen sağlık çalışanı tıbbi öyküde olduğu gibi görüşmeden de sorumludur. Bazı durumlarda değerlendirmenin görüşme safhası, iddiaları dikkate almanın yanında, çocukla gerekli güven ve uyumu sağlama konusunda da sağlık çalışanına fırsat sağlar.

Çocukla adli görüşme, cinsel istismar iddiasıyla gelmiş olguların değerlendirilmesinin önemli bir parçasıdır, öyle ki görüşmede edinilen bilgiler ileride medikolegal sürecin bir parçası haline gelecektir.

Çocuklarla görüşme bir dizi konu hakkında bilgi gerektirir; açıklama süreci, çocuk merkezli gelişimsel olarak duyarlı görüşme yöntemleri bu başlıklardan bazılarıdır (81). Bu sürecin yönetimine dahil olan sağlık çalışanları aynı zamanda çocuk cinsel istismarının dinamikleri ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalı, çocuklar ve ergenlerle ilişki kurma becerisine sahip olmalı ve değerlendirme sürecinde objektifliğini sürdürebilir olmalıdır (82).

Görüşmede yararlı olabilecek yaklaşım ve stratejiler KUTU 8'de özetlenmiştir. Çocuk cinsel istismarında yol gösterici olacak ek bilgi için lütfen kaynakçada bulunan Poole ve Lamb (1998)'e bakınız.

KUTU 8

Cinsel istismar mağduru çocukla görüşme

Cinsel istismar iddiası olgularında, çocukla araştırma görüşme yapmakla yükümlü sağlık çalışanlarının, aşağıda sayılanları akılda tutmalarında fayda vardır:

- Bütün çocuklara en yüksek hassasiyetle ve kırılganlıklarının farkındalığıyla yaklaşılmalıdır.
- Görüşmeye başlamadan önce, uygun bir ortam hazırlayın ve çocukla uyumlu olmaya çalışın.
- Tüm ilişkilerde olduğu gibi, sınırlamaları anlamak için çocuğun gelişimsel seviyesini anlamaya çalışın. Çocuklarda sayılar ve zaman kavramlarının çok az ya da hiç olmayabileceğini, ayrıca soru ve cevapların yorumlanmasında yetişkinlerden farklı terminoloji kullanabileceklerini fark etmek önemlidir,
- Kendinizi her zaman yardım eden biri kişi gibi tanıttin.
- Çocuğa sizi neden görmeye geldiğini bilip bilmediğini sorun.
- Görüşme ile ilgili genel kuralları ortaya koyun; çocuğun "bilmiyorum" cevabı verme hakkı olduğu, görüşmeciyi düzeltme izni olduğu ya da yalan ve doğru arasındaki farkı ortaya koymak gibi kurallar.
- Çocuğun kendi cümleleriyle "ne olduğunu" anlatmasını isteyin.
- Her zaman açık uçlu sorularla başlayın. Yönlendirici sorulardan kaçının ve direkt soruları sadece açık uçlu sorularla iletişimin tıkandığı durumlarda kullanın. Yapılandırılmış görüşme protokolleri görüşmecinin önyargısını azaltabilir ve tarafsızlığı sağlayabilir.
- Araştırma stratejileri planlarken diğer çocukların (kızlar kadar erkekler çocukların da) suçlanan fail ile temasta bulunmuş olma ihtimallerini göz önünde bulundurun. Mesela, çocuğun kardeşlerini muayene etme bulgusu da bulunabilir. Ayrıca çocuğun bakım verenleriyle çocuk olmadan görüşmeyi de değerlendirin.

7.5.4 Tıbbi öykü (anamnez) alma

Öykü almanın amacı; çocuğun istismardan dolayı ortaya çıkan tıbbi semptomlarıyla birlikte tıbbi özgeçmişine yönelik rutin öyküyü almaktır. Daha önce açıklandığı gibi öykü alma, çocuğun istismar iddiaları ile ilgili görüşme yapmaktan farklıdır.

İdeal olan öykünün bakım veren gibi çocuğu tanıyan birinden alınmasıdır ancak bu her zaman mümkün olmayabilir. Yine de mümkün olduğunca çok tıbbi bilgi edinmek önemlidir. Daha büyük yaşta çocuklar, özellikle adölesanlar, cinsel rutinlerine sorular sorulduğunda, çoğunlukla utangaç ve mahcup davranırlar. Yanlarında bir yetişkinin ya da ebeveynin bulunup bulunmamasını isteyip istemedikleri sorulmalıdır, adölesanlar yalnızken daha rahat konuşmaya eğilimlidirler.

Özellikle çok küçük yaştaki çocuklardan öykü almak özel beceriler gerektirir. Görüşmede olduğu gibi sorular çocuğun yaşına ve anlama becerisine göre uyarlanmalıdır. İdeal olanı, bu alanda çalışan sağlık çalışanlarının, bu konu hakkında özel eğitim almış olmaları ve alanda uzmanlaşmış kişiler olmalarıdır.

Çocuktan öykü alırken, direk stres verici konuları konuşmaya geçmeden önce "kaçıncı sınıftasın", "kaç kardeşin var" gibi genel, rahatsız etmeyen sorular sormak daha iyi olabilir. Yönlendirici ve fikir verici olmayın. Çocuğun ailesi ile olan etkileşimi, duygusal durumlarına dair gözlemlerinizi de dahil bütün bilgileri mümkün olduğunca kelimesi kelimesine not edin.

Aşağıdaki bilgiler, bir tıbbi öykü için zorunludur; uygun soruların, uygun kelimelerle ifade edilmiş şekli, italik karakterlerle yazılmış cümlelerle verilmiştir:

- Son istismar zamanı (küçük çocuklar buna kesin olarak cevap veremeyebilirler). *Bunun ne zaman olduğunu söyleyebilir misin?*
- İstismarın ilk meydana geliş zamanı. *Bunun ilk ne zaman olduğunu hatırlıyor musun?*
- Yapılan tehditler.
- Saldırının şekli, örn. anal, vajinal ve/veya oral penetrasyon. *Vücutun neresine dokunduğunu ya da nerenin incindiğini söyleyebilir misin?* (Çocuk vücudunun neresine penetrasyon olduğunu bilemeyebilir ama gösterebilir. Bu, her durumda hem genital hem de anal bölgeleri incelemek için bir göstergedir).
- Çocuğun herhangi bir yaralanma ya da ağrı tarifleyip, tariflemediğini.
- Olay sonrası vajinal veya anal ağrı, kanama ve/veya akıntı. *Arkanda ya da genital bölgede ağrı hissediyor musun? Külotunda ya da tuvalette kana rastladın mı?* (Kültürel olarak kabul edilebilir veya bu bölgeler için genel olarak kullanılan kelimeleri kullanın).
- İşeme veya dışkılama ihtiyacını giderirken herhangi bir ağrı ya da zorluk oluyor mu? *Tuvalete gittiğinde canın yanıyor mu?*
- Üriner ya da fekal inkontinans olup olmadığı.
- İlk ve son adet tarihleri (kız çocuklar için).
- Bir önceki seksüel aktivitenin detayları (Bunu neden sorduğunuzu açıklayın). *Herhangi biriyle kendi isteğiyle birlikte oldun mu?*
- Son saldırıdan önce yıkanmış mı?

7.5.5 Fizik Muayene

Prepubertal çocukların değerlendirilmesi ve bulguların yorumlanması, çocuk istismarı konusunda özel bilgi ve deneyimi olan kişilerce yapılmalıdır (40,75,80,83,84).

Devam etmeden önce, çocuktan ve bakım vereninden veya yerel yönergelerde belirtildiği şekilde gerekli makamlardan onam alındığından emin olun. Eğer çocuk muayeneyi reddederse, reddin nedenlerini sorgulamak uygun olacaktır. Çocuğun bazı korku ve kaygılarını (örn. iğne korkusu) veya potansiyel huzursuzluk kaynaklarını (örn. muayene eden sağlık çalışanının cinsiyeti) ele almak mümkün olabilir. Küçük çocukları, annelerinin kucağında ya da dizinde muayene etmeyi değerlendirin.

Eğer çocuk yine de reddederse, muayenenin ertelenmesi gerekebilir. Hiçbir şekilde muayeneye zorlamayın, özellikle de bir yaralanma ya da semptom raporlanmamışsa zorlamayın, bu durumda bulgular minimal olacaktır ve zorlama çocuk için yeni bir saldırıyı temsil edebilir. Sadece şüpheli kanama ya da yabancı cisim gibi, tıbbi dikkat uyandırıcı durumlar varsa, sedasyon ya da genel anestetik vermek düşünülebilir. Eğer istismarın ilaç yardımıyla yapıldığı biliniyorsa, geçmişte tecrübe ettiği duruma benzer şeyler hissettireceği için çocuğa sedatif verileceği veya uyutulacağı anlatılmalıdır. Çocuğa sedasyon altındayken ne olacağı hakkında ve edinilen bulgular konusunda bilgilendirileceğini anlatın.

Sağlık çalışanları, aşağıda sıralanan birkaç basit genel davranış kuralına uyarak çocukların muayenesini büyük ölçüde kolaylaştırabilir;

- Her zaman hasta mahremiyetini sağlayın. Çocuğun kırılganlığına ve huzursuzluğuna karşı hassas olun. Çocuk rahatsızlık hissederse ve onamını geri çekerse muayeneyi durdurun.
- Çocuğa muayeneyi açıklayarak ve ekipmanları göstererek onu muayeneye hazırlayın; bunun korku ve anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Çocuğu muayene hakkında sorular sorması için cesaretlendirin.
- Eğer çocuk yeterince büyükse ve uygun görüyorsanız, muayene esnasında yanında kimin destek olarak duracağını sorun. Bazı büyük çocuklar güvenilir bir yetişkinin destek için yanlarında durmasını tercih edebilir.

Çocukların muayenesi, Bölüm 4.4'te (Fizik muayene) belirtildiği üzere, yetişkinlere yapılan gibi, tepeden topuğa gözden geçirme ve genito-anal bölgenin detaylı bir inspeksiyonundan oluşmaktadır. Çocuğun tepeden topuğa muayenesinde aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir:

- Çocuğun boyunu ve kilosunu kaydedin (istismara ihmal de eşlik edebilir).
- Ciltteki bere, yanık, yara, skar ve döküntüleri not edin. Her bir yaranın boyutunu, yerini, paternini ve rengini dikkatlice tarif edin.
- Ağız/farenks, damak ve posterior farenksteki peteşileri not edin ve frenulumda yırtık olup olmadığına bakın.
- Özellikle boyun ve ekstremitelerde bir kuvvet ve zorlama bulgusu olup olmadığını kontrol edin.
- Çocuğun seksüel gelişim evresini (Tanner evrelemesi) not edin (Bkz. Ek 2) ve memelerde bir yaralanma olup olmadığını kontrol edin.

Kız çocuklarında, genital muayene yaparken, çocuktan sırt üstü kurbağa-bacak pozisyonunda yatmasını istemek ve/veya, eğer rahatsa, diz-dirsek pozisyonunda yatmasını istemek yardımcı olacaktır. İyi bir ışık kaynağı şarttır; auroskop, ışık ve büyütmenin her ikisini de sağlar. Kolposkop da kullanılabilir, ancak, her ne kadar bazı yara tiplerini ve anatomik bozuklukları raporlamada kullanışlı olsa da oldukça pahalıdır ve genellikle ek bir muayene bulgusu sağlamaz.

Kız çocuklarında muayene edilecek eksternal genital yapılar:

- Mons pubis,
- labia major ve labia minörler,
- klitoris,
- üretra,
- vajinal vestibül,
- himen,
- fossa navikularis,
- posterior forşet.

Çoğu vakada himen ve onu çevreleyen yapılar kolaylıkla tanınabilir. Eğer seçilemiyorsa, aşağıdaki teknikler, himen ve çevresindeki yapıların yaralanmalarının görüntülenmesine yardımcı olacaktır:

- Labiaları yavaşça yanlara hareket ettirerek ya da anterior traksiyonla ayırın (örn. labiayı kendinize doğru hafifçe çekerek),
- Çocuğu uyardıktan sonra, yapıların üzerine hafifçe ılık su damlatın, bu yapıların yapışıklığının açılmasını ve daha görünür hale gelmelerini sağlayacaktır.
- Çocuğa ıkınmasını söyleyin.

Bütün yaraları, özellikle penetran yaralanmaların en sık görüldüğü yer olan saat 4 ve 8 yönüne dikkat ederek, saat yönüne göre tarifleyin.

Pre-pubertel çocuklardaki çoğu muayene invazif değildir ve ağrılı olmamalıdır. Tıbbi bir endikasyon yoksa çocuklarda spekulum, anoskop ve parmakla veya bimanuel muayenelerin hiç birisine gerek yoktur. Eğer spekulum muayenesi gerekiyorsa, sedasyon ve anestezi ciddi anlamda düşünülmelidir.

Erkeklerde genital muayene, yaralanma bulguları için aşağıdaki yapı ve dokuları içermelidir;

- glans ve frenulum,
- penis shaftı,
- skrotum,
- testisler ve epididimis,
- inguinal bölge,
- perine.

Anal bölgeyi muayene etmek için (kızlarda ve erkeklerde), çocuğu lateral pozisyona getirin ve kaba etlere nazikçe traksiyon uygulayın. Anal muayene esnasında aşağıdaki yapı ve dokular, özellikle yaralanma bulgusu için inspekte edilmelidir (örn. bere, fissür, laserasyon, kanama, akıntı)

- anal mukoza sınırı,
- ano-rektal kanal,
- perianal bölge;
- gluteal yarık.

Parmakla rektal muayene sadece tıbbi bir endikasyon varsa düşünülmelidir, çünkü invazif bir muayene istismarı tekrar yaşatabilir.

7.6 Tıbbi ve adli örneklerin toplanması

Yetişkinlerde adli ve tıbbi delillerin toplanması hakkındaki yaklaşım çocuklarda da aynı şekildedir ve bu konu hakkında rehberin uygun bölümleri referans alınarak çocuklara uygulanabilir (bkz. Bölüm 4.6 Tanısal testler, örnek toplanması ve adli konular ve bkz. Bölüm 5.2 Adli örnek toplama teknikleri).

7.7 Tedavi

7.7.1 Çocuklar ve CYBE'ler

Çocuklarda CYBE'lerin epidemiyolojisi, tanısı ve bulaşı yetişkinlerden farklıdır; bu nedenle yaşa uygun tanısal testler gereklidir ve tedavi de ona göre verilir (80,83,85-87).

Çocukların ve adölesanların cinsel yolla bulaşan organizmalarla enfekte olmalarının pek çok yolu vardır,

- inutero (vertikal) bulaş (örn. HIV, sifiliz),
- servikal sekresyonlar yoluyla perinatal geçiş (örn. gonore, klamidy, HPV, HSV),
- cinsel istismar ya da isteğe bağlı cinsel ilişki (adölesanlar) sonrası enfekte sekresyonlarla direk temas, seksüel olmayan temas ya da cansız nesnelere bulaş (çok nadir).

CYBE testleri

Cinsel istismara uğramış çocukta, CYBE testi yapıp yapmamaya olgu bazında karar verilmesi en iyisidir. CYBE testleri, şu durumlarda kuvvetle endikedir (59,86);

- CYBE bulgu ve semptomları ile başvuran çocuk (örn. vajinal akıntı, genital ülser),
- CYBE öyküsü olan veya CYBE taşıma riski yüksek olan şüpheli saldırgan,
- Toplum içinde CYBE prevalansının yüksekliği,
- Kardeşlerde veya diğer ev sakinlerinin herhangi birinde CYBE veya bulgu ve semptomları olması,
- Testi isteyen hasta veya ebeveyn varlığı.

Seçilmiş CYBE testleri hakkında ek bilgi, Tablo 15'te verilmiştir.

CYBE açısından değerlendirme yapılırken, eğer cinsel istismar kısa bir süre önce gerçekleşmişse, çocukta daha önceden teşhis edilmiş bir CYBE olmadığı takdirde, CYBE kültürlerinin negatif gelebileceği akılda bulundurulmalıdır. Fizik muayeneyi tekrarlamak ve CYBE için uygun örnekleri toplamak amacıyla saldırıdan bir hafta sonra takip muayenesi gerekli olabilir.

CYBE testleri uygun görüldüyse, ilk muayene ve takip muayenelerine aşağıda sıralananlar da eşlik etmelidir (59);

- Sadece standart kültür sistemleri kullanılarak, *N. Gonorrhoeae* ve *C. Trachomatis* için kültürlerin alınması.
- *T.vaginalis* için vajinal swab örneği yaymasından mikroskopik bakının yapılması.
- *T.pallidum* için vezikül ve ülserlerden alınan örneklerin karanlık saha mikroskopisi ve direk floresan antikor testinin yapılması, mümkünse HSV için doku kültürünün alınması.
- Tarama testleri pozitif gelmişse, analiz için serum örneklerinin alınması veya ilk muayene son istismar olayından 12 haftadan daha uzun bir zaman sonra ise cinsel yolla bulaşan etkenler için antikor analizleri yapılması.

Pre-pubertal çocuklarda, CYBE için swab alınması, sadece semptom (örn. vajinal akıntı, ağrı) varlığında endikedir. Pre-pubertal çocuklarda genital swab örnekleri vajinal orifis veya kanaldan alınır, servikal örnekler sadece adolesanlarda gereklidir (örn. pubertenin Tanner II evresi ve sonrasında olanlar) çünkü adolesanlarda asemptomatik enfeksiyon olabilir.

CYBE'lerin tedavisi

Cinsel istismara uğramış çocuklar için olası tedaviler aşağıdaki sebeplerden dolayı genellikle önerilmez (59):

- a) Cinsel istismar ile beklenen CYBE bulaş riski düşüktür,
- b) Asendan enfeksiyonlar açısından prepubertal kızlar, adolesanlara ve yetişkin kadınlara oranla daha düşük risk altındadırlar.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon testi pozitif gelen çocuk ve adolesanlar, Tablo 16'ya göre, gebe adolesanlar ise Tablo 12'ye göre tedavi edilmelidirler (bkz: Bölüm 6.3 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar).

Tablo 15 Çocuklar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar - tanısal bilgiler.

CYBE	NOTLAR VE AÇIKLAMALAR
Klamidya	<p>Klamidya perinatal yoldan bulaşabilir ancak hayatın 2. yılında tanı aldıysa, büyük ihtimalle seksüel yoldan bulaşmıştır.</p> <p>Genomun farklı kısımlarını hedefleyen iki ayrı test yöntemi ile nükleik asit amplifikasyonu (NAA) incelemesi, yargı sisteminin uygunluğuna göre kullanılmalı ve tekrarlanmalıdır. Eğer bu mümkün değilse enzim immün-assay testler kullanılmalıdır.</p>
Gonore	<p>Erken dönem neonatal dönem dışındaki gonore enfeksiyonları, cinsel istismar ile ilişkilendirilebilir.</p> <p>Prepubertal çocuklarda, vajinit bulgu ve semptomları olmadan gonore kültürü nadiren pozitif sonuç verir.</p> <p>Optimal koşullarda doğrudan ekim yoluyla kültür alınması tanı için altın standarttır.</p>
Hepatit B	<p>Eğer failin birden fazla cinsel partneri varsa, damar yoluyla uyuşturucu-uyarıcı-uyutucu madde kullanım öyküsü varsa ya da anal cinsel ilişki kuruyorsa Hepatit B mutlaka bakılmalıdır.</p> <p>Eğer çocuğun Hepatit B aşısı yoksa serolojik testler mutlaka tamamlanmalıdır.</p>
HIV	<p>Cinsel istismar yoluyla çocuklara HIV ve AIDS bulaştığına dair bazı çalışmalar bulunmaktadır.</p> <p>HIV açısından yüksek prevalansta olan bölgelerde tüm cinsel istismara maruz bırakılan çocukların HIV açısından taraması yapılmalıdır.</p> <p>HIV açısından tarama, istismarı takiben 3. 6. ve 12. aylarda yapılmalıdır.</p>
HPV	<p>HPV'nin perinatal bulaşması yaygındır.</p> <p>Birçok genital siğil vakasının cinsel yolla bulaştığı gösterilmiştir.</p> <p>HPV'nin cinsel yolla olmadan da bulaşabileceği ileri sürülmektedir.</p> <p>Çocuklarda HPV epidemiyolojisi ile ilgili pek çok cevaplanmamış soru varlığını sürdürmektedir. Bu nedenle, cinsel istismar olası etioloji olarak düşünülse de, araştırma sırasında dikkatli olunması tavsiye edilir.</p> <p>HPV tanısı hücre morfolojisine bakılarak ya da direk HPV-DNA gösterilerek konur.</p>
HSV Tip 1 ve Tip 2	<p>Tip 1 HSV öpüşme gibi yakın vücut temasıyla bulaşan ve yaygın olarak görülen bir enfeksiyon türüdür. Ağız ve dudak çevresinde veziküllere neden olur. Tip 1 HSV nadir olarak genital enfeksiyona neden olur.</p> <p>Tip 2 HSV daha çok virüsü yayan kişiyle cinsel temas kurulduğunda bulaşır. Anneden vertikal bulaş ancak doğum esnasında annenin dış</p>

	genital organlarda yaralar varsa meydana gelir. Standart laboratuvar tanısı, doku kültüründeki hücrelerin enfekte sekresyonlara inoküle edilmesiyle konur. Tek başına klinik bulgular, tanı için yeterli değildir.
Sifiliz	Konjenital olarak bulaştığı kanıtlanmadığı sürece cinsel istismarın kanıtı olarak kabul edilir. Tanısı, primer şankr yahut sekonder lezyonun karanlık saha mikroskopisiyle veya serum serolojik testleriyle konulur.
Trikomonas	Prepubertal kız çocuklarında nadir olarak saptandır. Yetişkinlerde ve adölesanlarda neredeyse tamamen cinsel yolla bulaşmıştır. Tanısı mikroskopi ve kültür ile konur.

HIV = insan immünyetmezlik virüsü; HPV = humanpapilloma virüsü; HSV = herpes simplex virüsü.

Tablo 16 Dünya Sağlık Örgütü'nün çocuk ve adölesanlarda CYBH'lar için önerdiği tedavi protokolleri (a)

CYBH	İLAÇ	UYGULAMA ŞEKİLLERİ VE İLAÇ DOZLARI
Gonore	Seftriakson ya da Sefiksım	125 mg IM, tek doz 12 yaş altı çocuklarda oral yoldan 8 mg/kg tek doz diğerlerinde 400 mg oral tek doz
Klamidyaya	Doksisiklin (b) ya da Azitromisin	Vücut ağırlığı > 45 kg ise 7 gün boyunca günde 2 kez 100 mg oral, vücut ağırlığı < 45 kg ise 7 gün boyunca günde 2 kez 2.2 mg/kg dozundan 1 g oral tek doz
Trikomonas ya da bakteriyel vajinozis	Metronidazol	2 g oral tek doz veya gün içinde 12 saatte bir 1 g oral
Sifiliz	Benzatin penisilin G (c) ya da Tetrasiklin (b ve d)	2.4 milyon IU tek doz 14 gün boyunca günde 2 kez 500 mg oral

a: Bu tedavi rejimleri sadece kılavuzlarda istenilen şekilde tasarlanmıştır, CYBH'lardaki diğer bütün tedavi rejimlerini kapsamaz. Uygun ve kabul edilen yerel tedavi rejimleri uygulanmalıdır.

b: Hamilelikte kontrendikedir. Hamile adölesanlar tablo. 10'da gösterilen tedavi rejimlerine göre tedavi edilmelidir

c: Penisiline alerji yoksa

d: Penisiline alerji varsa

7.7.2 HIV ve temas sonrası profilaksi

Yetişkinlerde olduğu gibi, çocuklarda da maruziyet sonrası HIV profilaksisinin yararları ve güvenliği hakkındaki bilgiler yetersizdir. Ancak yine de kural olarak, cinsel şiddete

uğrayan bir çocuk ilk 72 saat içinde gelmişse a) saldırgan HIV enfeksiyonu açısından yüksek risk altındaysa, b) tedavi rejimlerine uyum yüksek olacaksa HIV profilaksisi düşünülmelidir. Eğer mümkünse, PEP reçete edilmeden önce, çocuklarda HIV enfeksiyonu konusunda uzman bir hekime konsülte edilmelidir.

7.7.3 Gebelik testi ve planlama

Gebeliğin önlenmesi ve takibi açısından yetişkinler için verilen tavsiyeler, adolesan çocuklarda da uygulanabilir (bkz. Bölüm 6.2 Gebeliğin önlenmesi ve yönetimi)

7.8 Takip süreci

7.8.1 Tanısal sonuçlar

Hasta değerlendirmesi sırasında yapılan gözlemlerden cinsel istismar olasılığı ile ilgili bazı sonuçlar çıkarmak mümkündür; bu konuda temel alanlar (89,90):

- Öykü,
- Davranışsal ve fiziksel bulgular (varsa),
- Semptomlar,
- Akut yaralanmalar,
- CYBE,
- Adli deliller.

Bu süreç için çocuklara yönelik cinsel istismar iddiası olgularından elde edilen çeşitli fiziksel, laboratuvar ve anamnez bilgilerinden oluşan bir sınıflandırma sisteminin kullanılması büyük ölçüde yardımcı olur. Tablo 17, Adams (90) tarafından geliştirilen ve hem fiziksel muayene bulgularının hem de diğer verilerin (yani çocuktan gelen ifadeler, gözlemlenen davranış değişiklikleri ve laboratuvar bulgularının) toplu olarak kullanıldığı bir sistemin kullanımını göstermektedir.

Bazı vakalarda, örneğin himende açıklaması olmayan bir penetran travmada, tek başına fiziki bulgular istismarı doğrulayacaktır. Diğerlerinde, çocuğun bedeninde sperm bulunması gibi adli deliller tanıyı koymada yeterli olacaktır. Alternatif olarak, fiziki bulguların yokluğunda (örn. negatif veya nonspesifik bulgular) çocuk veya bir görgü tanığının ifadelerine göre istismar tanısı konulabilir.

Tablo 17 Çocuğun cinsel istismarında tanısal araç olarak, fiziki bulgular ve diğer bilgilerin sınıflandırılması

TANISAL DEĞERLENDİRME	KANITLAR
Cinsel istismar ya da cinsel temasın kesin olduğu durumlar	<p>Çocuğun vücudunda sperm yahut semenin bulunması.</p> <p>Gebelik.</p> <p>Pozitif N. Gonorrhoea kültürü.</p> <p>Sifiliz ve HIV enfeksiyonuna dair kanıt (Perinatal yoldan bulaş, kan ürünleri ile bulaş veya kontamine iğnelerle bulaşın dışlandığı durumlarda).</p> <p>Himen bölgesinde künt travma ya da penetran travma bulgularının kesin kanıtları (Öykü olmasa da).</p> <p>Cinsel istismarın olduğuna dair kesin fotoğraf ve video kayıtları ya da görgü tanıkları.</p>
Büyük ihtimalle istismar	<p>Pozitif C. Trachomatis kültürü.</p> <p>Pozitif HSV tip 2 kültürü.</p> <p>Trikomoniasis enfeksiyonu (Perinatal bulaşın olmadığı durumlarda).</p> <p>Fiziksel bulgular olsa da olmasa da çocuğun kendiliğinden, net, tutarlı ve detaylı bir istismar hikayesi vermesi.</p>
Olası istismar	<p>Özellikle cinsel davranışların olduğu, belirgin davranışsal değişikliklerle beraber seyreden normal ya da nonspesifik fiziki bulguların varlığı.</p> <p>Tip 1 HSV.</p> <p>Diğer muayene bulgularının normal olduğu condüloma accuminata.</p> <p>Çocuğun beyanının olması ancak bu beyanın yeterli detaylılıkta olmaması.</p>
İstismar belirtisi yok	<p>Öykü yok, fiziksel bulgular yok, olay tanığı yok. Muayene bulguları normal.</p> <p>Yukarıdaki durumlarla birlikte non-spesifik bulguların varlığı.</p> <p>Fiziksel yaralanma bulguları varsa ancak net ve inandırıcı olarak kasıtsız yaralanma öyküsü veriyorsa.</p>

Kaynak: Kaynakça 90

***Çevirenin notu:** Adams Kriterleri 2018 güncellemesi için Bkz: Bölüm 7.3.2 Genitoanal bulgular

7.8.2 İstismarın bildirilmesi

Her topluluğun, çocuklara yönelik cinsel istismar şüphesiyle ilgili bildirim nasıl ve kime yapılacağını belirleyen kendi yasaları vardır. Çoğu topluluk ayrıca çocuklarla çalışan profesyoneller için zorunlu bir raporlama yapısına sahiptir ve birçok yargı alanında çocuklara yönelik cinsel istismarı bildirmemek suç teşkil eder. Tipik olarak

raporlama kanunu, istismarın muhabirlere değil araştırmacılara olup olmadığına ilişkin nihai kararı bırakır (91). Tipik olarak bildirim yasaları, istismarın olup olmadığının tespitini, raporlama yapana değil, soruşturmacıya bırakır (91).

Sağlık çalışanlarının, kendi alanlarını ilgilendirdiği kadarıyla, çocuk cinsel istismarının bildirimine ilişkin kanunlardan haberdar olması önemlidir. Her toplumun böyle mevzuatları olmayabilir, böyle bir durumda sağlık çalışanı, çocuğu daha fazla istismardan korumak için en iyi eylemin ne olduğuna karar vermelidir.

7.8.3 Takip süreci ve tedavi

Çocuk cinsel istismarında fiziki bulgular nadir olduğundan dolayı, özellikle ilk muayenede hiçbir bulgu yoksa kontrol muayenesi gerekli olmayabilir. Bununla birlikte ilk muayenede bulgular varsa kontrol muayenesi planlanmalıdır. Kontrol muayenesinin zamanlaması, yaralanmanın özelliğine, tedavilerinin durumuna bağlıdır. Sağlık çalışanları, ilk muayeneden ne kadar sonra kontrol muayenesi yapacaklarına karar verirken çocuklarda genital bölge yaralanmalarının çok hızlı iyileştiğini hesaba katarak planlama yapmalıdır.

Aşağıda koşullar özel dikkat gerektirir;

- Eğer cinsel istismara ilk maruziyet ile ilk muayene tarihi yakınsa CYBE testine yönlendirmek için 1 hafta sonra bir kontrol muayenesi gerekebilir.
- HIV, hepatit B ve sifiliz için kan testleri ilk muayenede yapılmış olsa bile, istismar sonrası 12. hafta ve 6. ayda tekrar edilmelidir.

Bazı olgularda takip muayenesi, danışmanlık açısından uygun yönlendirmelerin yapıldığından ve çocuk ve aile için yeterli desteğin olduğundan emin olmak için daha çok bir psikososyal takip olarak değerlendirilebilir. Bazı merkezler takip randevularını çocuklara ve ailelere, önleme ve güvenlik eğitimi sağlamak için bir fırsat olarak kullanır.

7.8.4 Danışmanlık ve sosyal destek

Her ne kadar ilk muayenede herhangi bir psikolojik problem açığa çıkmasa da ileride yapılacak yeni bir değerlendirme, oluşacak yeni problemlerin uygun şekilde tespiti ve ele alınması için önemlidir.

Danışmanlık hizmetleri koordineli bir şekilde sağlanmalı ve okullar ve diğer toplum grupları tarafından sağlanan benzer hizmetlerle birlikte yürütülmelidir. Çocuğa bakanlara destek ve/veya danışmanlık sağlanması da düşünülmelidir. Bu, çocuğun

kendisi terapiye ihtiyaç duyduğu şekilde değerlendirilmese bile gerekli olabilir. Genel olarak:

- İstismara özel kognitif davranışsal tedaviler, travma sonrası stres reaksiyonları için en etkili tedavi çeşididir.
- Çocuklar için grup terapileri, bireysel terapilerden daha etkili ve gerekli değildir.
- Cinsel istismara uğramış çoğu çocuk, özel tedavi gerektiren ko-morbid özellikler barındırabilir.
- Küçük çocuklar istismarın ne anlama geldiğini anlayamayabilir ve bu nedenle büyük çocuklardan daha az sıkıntılı görünebilirler.
- İnanan ve destek veren bir anne veya incitici olmayan bir bakım veren iyi bir prognoz için belirleyici olabilir.

8. BELGELEME VE RAPORLAMA

ÖZET

- Hastayla ilgili tüm değerlendirmeler ve uygunsa fotoğraflamalar formlara, diagram ya da vücut kartlarına dokümente edilmelidir. Standart muayene formlarının kullanılması belgeleme sürecine büyük ölçüde yardımcı olacak ve önemli ayrıntıların gözden kaçmamasına yardımcı olacaktır.

- Muayene notları, onam formu, tıbbi geçmiş, istismarın sayısı, ruhsal muayene sonuçları, alınan örnekler, yapılan testler ve sonuçları, tedavi ve reçetelenen ilaçlar, takip planlarını da içerecek şekilde bütün yönleriyle belgelenmelidir.

- Doğruluk açısından notlar muayeneden sonra değil muayene esnasında alınmalıdır.

- Hasta kayıtları kesinlikle gizli ve güvenli bir şekilde saklanmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının muayene bulgularını yazılı şekilde raporlandırması ya da mahkemeye delil olarak sunmaları gerekebilir. Gerekirse, sağlık çalışanları, kanıtlarının tarafsız olduğunu ve bulgularının bir yorumunu içerdiğini garanti etmelidir.

- Eğer medikolegal konularda eğitilmiş değilse, sağlık çalışanları verdikleri hizmeti sağlık bakımının sağlanması ve bulguların belgelenmesiyle sınırlandırmalı, fiziksel ve diğer görüşlerin yorumlanmasını uygun niteliklere sahip uzmanlara bırakmalıdır.

8.1 Belgeleme

Sağlık çalışanlarının hasta ile ilgili tüm muayene bulgularını kaydetmek gibi bir yükümlülüğü vardır. Notlar alınırken hastanın ne anlattığı (hastanın kendi ağzından kendi kelimeleri ile) ve neler görüldüğü ve neler yapıldığı (sağlık çalışanı tarafından) yazılmalıdır.

Cinsel şiddet iddiası olan olgularda muayene esnasında doğru ve eksiksiz not olmak aşağıdaki sıralanan nedenlerden ötürü kritik öneme sahiptir:

- Tıbbi kayıtlar mahkemede delil olarak kullanılabilceği gibi, cinsel şiddetin sonuçlarının belgelenmesi; geçmiş ve şimdiki cinsel şiddet konusunda bilgi sağlayarak, karar aşamasında mahkemeye yardımcı olur.
- Bir hastanın cinsel şiddete maruz kaldığını belgelemek, hastayla daha sonradan karşılaşacak sağlık personellerini de uyararak hastaya uygun ve anlayışlı bir bakım hizmeti vermelerine yardımcı olur.
- Belgeleme yapmak, yöneticilere ve siyasetçilere cinsel şiddetin insidans ve prevalansı konusunda fikir verir ve kaynakların kullanımı konusunda karar vermede yardımcı olur (Ayrıca bkz: Bölüm 8.1.3 Epidemiyolojik araştırmalar).

8.1.1 Ne, nasıl belgelenmelidir?

Muayene bulguları; el yazısı notları, diagramları ve vücut diagramlarını ve fotoğrafları içerecek şekilde belgelenmelidir. Fotoğraf diğer belgelemelerin yerine değil, onları destekleyici olarak kullanılmalıdır. Bulguları kaydetmek için kullanılan diğer yöntemler aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır (Bkz: Bölüm 8.2 Fotoğraflama).

Bazı devletler veya yerel yönetimler, muayene bulgularının ayrıntılarını kayıt altına almak için standart formlar temin ederler. DSÖ tarafından da cinsel şiddet olguları için muayene bulgularını kayıt altına almaya yarayacak formlar hazırlanmıştır ve bir örneği bu kılavuza Ek 1 olarak eklenmiştir. Bu form kopya edilerek olduğu şekilde kullanılabilir ya da yerel ihtiyaçlara ve koşullara uygun olacak şekilde değiştirilerek kullanılabilir.

Cinsel şiddet olgularında belgeleme aşağıdaki basamakları içermelidir:

- Demografik veriler (Ad, yaş, cinsiyet gibi)
- Aydınlatılmış onam
- Anamnez (Genel tıbbi öykü ve jinekolojik öykü)
- Saldırı sayısı

- Fizik muayene sonuçları
- Yapılan testler ve sonuçları
- Tedavi planı
- Verilen ya da reçetelenen ilaçlar
- Hasta eğitimi
- Yapılan yönlendirmeler

Kapsamlı ve doğru belgeleme yapıldığından emin olmak için KUTU 9'da verilen talimatlar takip edilebilir. Hasta güvenliği açısından sağlık çalışanlarına, hastaya sunulan sığınma evi veya güvenli ev gibi mekanların isimlerini, adreslerini veya telefon numaralarını not etmemeleri tavsiye edilir. Genelde kayıtlara "Hastaya acil durumlar ve danışmanlık için tavsiyeler verildi" diye yazılması yeterli olacaktır.

KUTU 9

Cinsel şiddet olgularını belgeleme: Sağlık çalışanları için kontrol listesi/ *check-list*

Aşağıdaki kontrol listesi sağlık çalışanlarına belgeleme aşamasında yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır.

- Konuyla ilgili tüm bilgileri doğru ve okunaklı bir şekilde kaydediniz.
- Notlar ve diyagramlar muayene esnasında yazılmalıdır; bu daha sonra hatırdaki kalan bilgilerin yazılmasından çok daha uygun olacaktır.
- Alınan notlar, sonrasında daha iyi tanımlanmış eklemeler ya da değişiklikler yapılmadıkça değiştirilmemelidir. Silinme yapılacaksa üstü tek bir kere çizilmeli ve sonrasında imza atılmalıdır, tamamen silme yapılmamalıdır.
- Notların doğru olduğundan emin olunmalıdır; yapılan eksiklikler değerlendirmenin kalitesi hakkında şüphe uyandırabilir.
- Kişinin saldırıyı anlatışını kelimesi kelimesine kaydedilmelidir. Bu sizin yorumlarınızdan ya da anlatımınızdan daha çok tercih edilen bir yöntemdir.
- Yapılan fizik muayene ve normal ya da ilişkili negatif bulgular kapsamlıca kayıt altına alınmalıdır.

8.1.2 Kayıtların saklanması ve kayıtlara erişim

Hastaların kayıtları ve bilgileri kesinlikle gizlidir. Tüm sağlık çalışanları için, hasta bilgilerinin gizliliğine, özerkliğine saygı duymak ve korumak mesleki, hukuki ve etik bir sorumluluktur. Kayıtlar ve bilgiler olguyla direk ilişkili olan kişiler ya da yerel, bölgesel ya da ulusal yasalar gereği haricinde kimseyle paylaşılmamalıdır (20).

Hastayla ilgili tüm kayıtlar (ve alınan örnekler) güvenli bir yerde saklanmalıdır. Biyolojik kanıtların genelde buzdolabında ya da derin dondurucuda saklanması

gerekir; biyolojik numuneler için özel saklama gereksinimleri konusunda laboratuvarınızı kontrol edin.

8.1.3 Epidemiyolojik araştırmalar

Cinsel şiddet olgularının tıbbi kayıtları, sűrveyans açısından zengin bir veri kaynağıdır. Bilgiler aşağıdaki durumları tanımlamak için kullanılabilir (12):

- Cinsel şiddetin paternleri,
- Kimlerin cinsel şiddete uğrama konusunda daha çok risk altında olduğu,
- Cinsel řiddetin daha sık gűrűldűđű yerler ve bűlgeler,
- Suçun en fazla iřlendiđi gűnler,
- Cinsel saldırıya maruz kalanların bakımı ve bu alandaki hizmet koşullarının iyileştirilmesi için gerekli olan medikal ya da personel kaynakları.

Bu bilgiler cinsel řiddetin ciddiyeti ile ilgili ipucu verir; cinsel řiddet olgularının en acil olarak neye ihtiyaç duydukları ve bu olgulara hizmet veren kiřilerin sađlık hizmetlerini efektif kullanılıp kullanılmadıđını gűstermesi konularında saptama yapar. Bununla birlikte bu bulgular cinsel istismarın bűyűk bűlűműnűn bildirilmediđi gűz űnűnde bulundurulurken yorumlanmalıdır. Sađlık hizmetlerinden yardım talep eden kadınlar buzdađının sadece gűrűnen kısmını oluřturmaktadır.

Yukarıda tanımlanan bulguları eksiksiz elde etmek için gerekli olan bilgiler DSŖ Cinsel şiddet Deđerlendirme Formu űrneđi kullanılarak elde edilebilir (Bkz: Ek 1). Sűrveyans amaçlı olarak verilerin kayıt altına alınması ve data oluşturulmasında; hastayı tanımlayıcı bilgilerin çıkarılmış olması kritik űneme sahiptir; hastanın kimliğinin gizli kalmasını sağlar.

8.2 Fotoğraflama

Eđer bulguları kayıt altına alırken fotoğraf kullanılıyorsa, aşağıdaki űnemli noktalar akılda tutulmalıdır:

- *Hastayı gűzetmek:* Birçok konu, hasta için rahatsız ve mutsuz edici, yorucu ve utanç verici olacaktır. Fotoğrafın rolű hakkında hastayla konuşulmalı ve konuyla ilgili ayrıca onamı alınmalıdır.
- *Kimliklendirme:* Her fotoğraf kişiyi, tarih ve fotoğrafın çekildiği saati tanımlamalıdır. Fotoğraflar toplamda kaç tane fotoğraf çekildiğini belirten bir not ile birlikte bir arada bulunmalıdır. İdeal olan her yeni olgu için ayrı bir film

rulosu kullanılmasıdır; alternatif olarak, yeni bir dizinin nerede başladığı açıkça gösterilmelidir.

- *Ölçekler:* Fotoğraf serilerine, renk skalasının fotoğrafıyla başlanmalıdır. Ölçekler yaranın boyutlarını göstermesi açısından önemlidir. Ölçekler horizontal ya da vertikal düzlemde olabilir. Fotoğraflar mutlaka ölçekli ve ölçeksiz olarak çekilmelidir.
- *Oryantasyon:* İlk fotoğraf kimliklendirme amacıyla yüz fotoğrafı olmalıdır. Eğer fotoğraflar yukarıda tanımladığı gibi yeterli bir şekilde etiketlenecekse buna gerek olmayabilir. Sonraki fotoğraflarda ilk önce yaranın meydana geldiği bölge genel olarak çekilir, sonrasında yara ya da yaralara odaklanılarak fotoğraflar çekilir.
- *Soruşturma aşaması:* Bu diğer adli kanıtlarla birlikte değerlendirilmelidir (Bkz: Bölüm 5 Adli örnekler).
- *Güvenlik:* Hastanın çekilen fotoğrafları diğer kayıtlarla birlikte aynı derecede gizlilikle saklanmalıdır. Fotoğraflar sadece mahkeme ya da savcı tarafından yasal olarak talep edilebilir. Eğer bir örnekleri eğitim amaçlı kullanılacaksa, hasta ve/ veya velisi bu konuda bilgilendirilerek onamları alınmalıdır.
- *Duyarlılık:* Fotoğraf çekiminin (vücudun herhangi bir bölgesinin) bazı kültürlerde uygunsuz bir davranış olarak algılandığı göz önünde bulundurulmalıdır, fotoğraf çekimi ve fotoğrafın kullanımı için ayrı izin almak gerekebilir. Fotoğraf çekimi için izin almadan önce hasta mutlaka ne amaçla fotoğraf çekildiği ve fotoğrafların nasıl çekileceği konusunda detaylıca bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme ayrıca fotoğrafların nasıl kullanılacağı konusunu da içermelidir (polis merkezine ya da mahkemeye gönderileceği ve kanıt olarak kullanılabilceği vb.).

8.3 Yazılı kanıt sağlama ve mahkemeye katılım

Sağlık çalışanlarının dahil oldukları hukuk sistemi içinde karşılaştıkları spesifik sorunlar bu kılavuzun kapsamı dışındadır. Genel olarak sağlık çalışanlarından şunları yapması beklenir (92):

- Hazır olması,
- Özellikle kendi yerindeki olmak üzere hukuk sisteminin temel prensipleri ve uygulamaları hakkında bilgi sahibi olması,

- Klinik gözlemlerini dillendirmesi (bunlar uygun değerlendirmelerin ve ölçülebilir uzman görüşlerinin temelini oluşturacak),
- Mağdurlardan örnekleri güvenilir şekilde toplaması (adli örneklerin uygun analiz edilmesi soruşturma ve kovuşturma delil olarak kullanılacak sonuçlar verecektir).

Sağlık çalışanları; kanıtlarını yazılı rapor olarak sunmaları istenebileceği gibi, mahkemeye uzman tanık olarak da görüş bildirmek için çağrılabilirler. Bu görev için çağrıldıklarında; aşağıda sıralanan tuzaklar ve olası sorun alanları konusunda haberdar olmalıdırlar:

- Bilirkişi olarak uzmanlığının sınırında ya da ötesinde görüşler sunmak,
- Yanlış varsayımlar ya da eksik bilgilere dayalı görüşler sunmak,
- Eksik ya da yetersiz bilimsel ya da medikal analizlere dayanan görüşler sunmak,
- Bilinçli ya da bilinçsiz olarak, taraflardan birinin lehine görüşler sunmak.

Raporları yazarken ya da kanıtları sunarken size yol gösterecek basamaklar Tablo 18'de basit kurallar şeklinde sınıflandırılmıştır. Sağlık çalışanları, her şeyden önce, gördükleri ve sonuçlandırdıkları gerçeği, yazılı bir rapor yoluyla veya mahkemede doğrudan tarafsız bir şekilde iletmeyi amaçlamalı ve bulguların uygun bir şekilde yorumlanmasını sağlamalıdır.

Cinsel şiddete maruz kalanlara mediko-legal hizmetler sunan sağlık çalışanlarına bu tür konularda eğitim verilmelidir (bkz. Ek 3). Hizmet sunumunun tıbbi-hukuki yönleri konusunda özel olarak eğitilmemişlerse, sağlık çalışanlarına hizmet sunumlarını sağlık bileşeni ile sınırlamaları ve görüş bildirmemeleri tavsiye edilir. Bu koşullar altında mahkeme, gözlemlerin gerekli yorumunu sağlamak için bir uzmandan yardım isteyebilir.

Tablo 18 Cinsel şiddet olgularında delil sağlamak: sağlık çalışanları için yol gösterici ilkeler

RAPOR YAZARKEN...	DELİL SUNARKEN...
1. Size ne söylendiğini ve ne gözlemlediğinizi yazın.	1. Hazırlıklı olun.
2. Kesin bir dil kullanın.	2. Dikkatlice dinleyin.
3. Nesnelliği koruyun.	3. Açık konuşun.
4. Uzmanlık alanınız içinde kalın.	4. Basit ve kesin bir dil kullanın.
5. Bulgular ve görüşleri ayırt edin.	5. Uzmanlık alanınız içinde kalın.
6. Toplanan tüm örnekleri detaylandırın.	6. Gerçekleri ve görüşleri ayırt edin.
7. Sadece mahkemede yemin altında tekrar etmeye hazır olacağınız şeyleri söyleyin veya yazın.	7. Tarafsız olun.

Kaynaklar

1. Jewkes R, Garcia-Moreno C, Sen P. Sexual violence. In: World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002:149–181.
2. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
3. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
4. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361–367.
5. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118–123.
6. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29–33.
7. Adolescents. Programme brief on the findings from the Operations Research and Technical Assistance: Africa Project II. Nairobi, The Population Council, 1998.
8. Halcón L, Beuhring T, Blum R. A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000. Minneapolis, MN, University of Minnesota and Pan American Health Organization, 2000.
9. World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
10. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417–425.
11. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359: 1331– 1336.
12. Swart LA et al. Rape surveillance through district surgeon offices in Johannesburg, 1996– 1998: findings, evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:2–10.
13. South Africa: violence against women and the medico-legal system. New York, NY, Human Rights Watch, 1997.
14. Acosta ML. Collecting evidence for domestic and sexual assault: highlighting violence against women in health care system intervention. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, 78(Suppl. 1):S99–S104.

15. Cohen S, de Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(Suppl. 1): S19–S25.
16. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200–202.
17. Saltzman LE et al. Intimate partner violence: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
18. Human Rights Watch. World report 2001. New York, NY, Human Rights Watch, 2001.
19. Coomaraswamy R. Preliminary report submitted by the Special Rapporteur on violence against women: its causes and consequences. New York, NY, United Nations, 1997 (report number E/ CN.4/1997/47).
20. Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient. Dallas, TX, American College of Emergency Physicians, 1999.
21. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359:1232–1237.
22. Stevens L. A practical approach to gender-based violence: a programme guide for health care providers and managers. New York, NY, United Nations Population Fund, 2001.
23. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, 2000 (report number NCJ 183781).
24. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva, World Health Organization, 1996.
25. Gostin LO et al. HIV testing, counselling, and prophylaxis after sexual assault. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271:1436–1444.
26. Spataro J, Moss S, Wells D. Child sexual abuse: a reality for both sexes. *Australian Psychologist*, 2001, 36:177–183.
27. Andrews G et al. Comparative risk assessment: child sexual abuse. Final report. Geneva, World Health Organization, in preparation.

28. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 1994, 18:409–417.
29. Trafficking in women and children: the US and international response. Washington, DC, United States Department of State, 2000 (Congressional Research Service Report, 98–649C).
30. Burgess AW, ed. Violence through a forensic lens. King of Prussia, PA, Nursing Spectrum, 2000.
31. Groth AN. The rapist's view. In: Burgess AW, ed. Violence through a forensic lens. King of Prussia, PA, Nursing Spectrum, 2000.
32. Girardin BW et al. Color atlas of sexual assault. St Louis, MS, Mosby, 1997.
33. Draucker CB. Domestic violence: the challenge for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 2002, 7:1–20.
34. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131:981–986.
35. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome and post traumatic stress response. In: Burgess AW, ed. Rape and sexual assault: a research handbook. New York, NY, Garland Publishing Inc., 1985:46–60.
36. Campbell R. Mental health services for rape survivors: issues in therapeutic practice. *Violence Against Women Online Resources*, 2001:1–9 (available from the Internet at www.vaw.umn.edu/documents/commissioned/campbell/campbell.html).
37. Kolodny R, Masters W, Johnson V. Textbook of sexual medicine. Boston, MA, Little, Brown & Co., 1979.
38. Heger A. Making the diagnosis of sexual abuse: ten years later. In: Heger A, Emans SJ, Muram D, eds. Evaluation of the sexually abused child. New York, NY, Oxford University Press, 2000:1–10.
39. Terminology Subcommittee of the APSAC Task Force on Medical Evaluation of Suspected Child Abuse. Descriptive terminology in child sexual abuse medical evaluations. Chicago, IL, American Professional Society on the Abuse of Children, 1995.
40. Finkel MA. The evaluation and the physical exam. In: Finkel MA, Giardino AP, eds. Medical evaluation of child sexual abuse: a practical guide, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002:23–84.
41. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002:89–121.

42. Ramin S et al. Sexual assault in postmenopausal women. *Obstetrics and Gynaecology* 1992, 80:860–864.
43. Female genital mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva, World Health Organization, 1997.
44. Geist R. Sexually-related trauma. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 1988, 6:439– 466.
45. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual experience. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:33–37.
46. Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1997, 104:617–620.
47. Wells D. Injury interpretation. Monash, Victoria, Monash University, 2001.
48. Welborn A. Adult sexual assault. Monash, Victoria, Monash University, 2000.
49. Wells D. Forensic medicine: issues in causation. In: Freckleton I, Mendelson D, eds. *Causation in law and medicine*. Carlton, Victoria, Dartmouth Publishing Co., 2002:309–330.
50. Scott D. *Breaking the silence. A guide to supporting adult victim/survivors of sexual assault*, 2nd ed. Carlton, Victoria, CASA House, 1995.
51. Aguilera DC. *Crisis intervention: theory and methodology*, 8th ed. St Louis, MS, Mosby, 1998.
52. Dunn S, Gilchrist V. Sexual assault. *Primary Care*, 1993, 20:359–373.
53. Hampton HL. Care of the woman who has been raped. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:234–237.
54. Luckman J, ed. *Saunders manual of nursing care*. Philadelphia, PA, Saunders, 1997.
55. *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Seattle, WA, Consortium for Emergency Contraception, 2000.
56. *Medical eligibility for contraceptive use*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/RHR/00.02).
57. Cheng L et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Library*, 2003, Issue 1.
58. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a multicentre randomized trial. *Lancet*, 2002, 360:1803–1810.

59. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, World Health Organization (documents WHO/RHR/03.18, WHO/HIV/2003.09). In preparation.
60. Bamberger JD et al. Post-exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *American Journal of Medicine*, 1999, 106:323–326.
61. Doedens W. Clinical management of rape survivors: guide to assist in the development of situationspecific protocols. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/RHR/02.08).
62. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
63. Berliner L, Conte JR. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 1995, 19:371–384.
64. Berliner L, Elliott DM. Sexual abuse of children. In: Myers JE et al., eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002:55–78.
65. Burgess AW, Holmstrom LL. Sexual trauma of children and adolescents: pressure, sex, secrecy. *Nursing Clinics of North America*, 1975, 10:551–563.
66. Giardino AP. The problem. In: Finkel MA, Giardino AP, eds. *Medical evaluation of child sexual abuse. A practical guide*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002:1–22.
67. Sauzier M. Disclosure of child sexual abuse: for better or worse. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:455–469.
68. Sorenson T, Snow B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*, 1991, 70:3–15.
69. Summit RC. The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 1983, 7:177–193.
70. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behaviour in children. A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 1993, 17:59–66.
71. Hall DK et al. *The development of sexual behaviour problems in children and youth*. Toronto, Ontario, Central Toronto Youth Services, 1996.
72. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children. A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 1992, 113:164–180.

73. Silovsky JF, Niec, L. Characteristics of young children with sexual behaviours problems. A pilot study. *Child Maltreatment*, 2002, 7:187–197.
74. Emans SJ. Physical examination of the child and adolescent. In: Heger A, Emans SJ, Muram D, eds. *Evaluation of the sexually abused child*, 2nd ed. New York, NY, Oxford University Press, 2000:57–78.
75. McCann J et al. Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: a descriptive study. *Child Abuse and Neglect*, 1989, 13:179–193.
76. Adams JA et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 1994, 94:310–317.
77. Berenson AB et al. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:820–834.
78. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 1998, 22:541–550.
79. Reece RM. *Treatment of child abuse: common ground for mental health, medical and legal practitioners*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2000.
80. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
81. Lippman J. Psychological issues. In: Finkel MA, Giardino AP, eds. *Medical evaluation of child sexual abuse. A practical guide*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002:192–213.
82. Muram D. The medical evaluation of sexually abused children. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2003, 16:5–14.
83. Jenny C. Medical issues in child sexual abuse. In: Myers JE et al., eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002:235–247.
84. Lazebnik R et al. How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 1994, 18:739–745.
85. Muram D, Stewart D. Sexually transmitted diseases. In: Heger A, Emans SJ, Muram D, eds. *Evaluation of the sexually abused child*, 2nd ed. New York, NY, Oxford University Press, 2000:187–223.
86. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2002 (report number MMWR, 51. No. RR-6).

87. Hammerslag MR. The transmissibility of sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 1998, 22:623–633.
88. Issues in adolescent health and development. I. Sexually transmitted infections: tailoring clinical management practices to meet the special needs of adolescents. Geneva, World Health Organization (documents WHO/FCH/CAH/02.5, WHO/HIV_AIDS/2002.03). In preparation.
89. Finkel MA. Documentation, report formulation and conclusions. In: Finkel MA, Giardino AP, eds. *Medical evaluation of child sexual abuse. A practical guide*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002:251–264.
90. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 2001, 6:31–36.
91. Kalichman SC. *Mandated reporting of suspected child abuse: ethics, law and policy*. Washington, DC, The American Psychological Association, 1993.
92. El-Nageh M et al. *Ethical practice in laboratory medicine and forensic pathology*. Alexandria, World Health Organization, 1999.
93. Ledray LE. *Sexual assault nurse examiner development and operation guide*. Washington, DC, Office of Victims of Crime, United States Department of Justice, 1999.

Kaynakça/Bibliography

General reference

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

WHO Violence and Injuries Prevention web site:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/

Sexual violence

Brownmiller S. *Against our will: men, women and rape*. New York, NY, Fawcett Columbine, 1975. Satin AJ et al. Sexual assault in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 1991, 77:710–714.

Genito-anal anatomy and pathology

Emans SJ et al., eds. *Pediatric and adolescent gynecology*, 4th ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.

Kurman RJ, ed. *Blaustein's pathology of the female genital tract*, 3rd ed. New York, NY, SpringerVerlag, 1987.

Assessment and examination of victims of sexual violence

Elam AL, Ray VG. Sexually related trauma: a review. *Annals of Emergency Medicine*, 1986, 15:576–584.

Schiff AF. Examination and treatment of the male rape victim. *Southern Medical Journal*, 1980, 73:1498–1502.

Slaughter L et al. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:609–616.

Underhill RA, Dewhurst J. The doctor cannot always tell: medical examination of the “intact” hymen. *Lancet*, 1978, 1:375–376.

Child sexual abuse

Black CT et al. Ano-rectal trauma in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 1982, 17:501–504.

Heger A, Emans SJ, Muram D, eds. *Evaluation of the sexually abused child*, 2nd ed. New York, NY, Oxford University Press, 2000.

Finkel MA, Giardino AP, eds. *Medical evaluation of child sexual abuse. A practical guide*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2002.

Forensics

Drummer OH, Odell M. *The forensic pharmacology of drugs of abuse*. London, Arnold, 2001.

Eckert WG, Katchis S, Donovan W. The pathology and medicolegal aspects of sexual activity. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1991, 12:3–15.

McLay WDS, ed. *Clinical forensic medicine*, 2nd ed. London, Greenwich Medical Media, 1996.

McQuoid-Mason DJ, Dada MA. *Guide to forensic medicine and medical law*. Durban, South Africa, Independent Medico-Legal Unit, 2000.

McQuoid-Mason D et al. *Crimes against women and children: a medico-legal guide*. Durban, South Africa, Independent Medico-Legal Unit, 2000.

Poole D, Lamb M. *Investigative interviews of children: a guide for helping professionals*. Washington, DC, American Psychological Association, 1998.

Stark MM, ed. *A physician’s guide to clinical forensic medicine*. Totowa, NJ, Humana Press, 2000.

EK 1.

**Cinsel şiddet
muayene kaydı**

CİNSEL ŞİDDET MUAYENE KAYDI

İSİM:

MUAYENE TARİHİ:

Dünya Sağlık Örgütü
CİNSEL ŞİDDET MUAYENE KAYDI¹

HASTA DETAYLARI

İSİM		
SOYİSİM		
DOĞUM TARİHİ	YAŞ	CİNSİYET
ADRES		

MUAYENE

TARİH	SAAT
YER	
SAĞLIK ÇALIŞANININ ADI (veya kimlik bilgileri)	
DANIŞMA SIRASINDA BULUNAN DİĞER KİŞİLER (ve hasta ile ilişkisi)	

RAPOR

GÖNDERİLEN TARİH	GÖNDERİLEN YER
------------------	----------------

¹ Bu kayıt, muayenenin yürütülmesi ile ilgili arka plan bilgilerinin çoğunu içerir; DSÖ Cinsel Şiddete Maruz Bırakılanlar için Medikolegal Bakım Kılavuzları ile bağlantılı olarak kullanılmalıdır.

Onay Formunu doldurmaya ilişkin notlar

Muayene için rıza, tıp hukukunda merkezi bir konuma sahiptir. Rıza genellikle "Aydınlatılmış Onam" olarak adlandırılır, çünkü o anda hastanın (veya ebeveyn(ler) veya vasinin) kendisi için neyin en iyisi olduğuna karar vermesine yardımcı olmak için ilgili tüm konulardan "haberdar edilmesi" beklenir. Hastanın şunu anlaması gerekmektedir:

- Öykü alma süreci neleri içerecektir.
- Sorulacak soruların türü ve bu soruların sorulma nedeni.

Örneğin:

"Saldırının ayrıntılarını sizden istemem gerekecek. Saldırganın vücudunun sizinkine nerede dokunduğunu bilmem gerekecek, böylece yaralanma belirtileri veya saldırgandan gelen deliller için vücudunuzun neresine bakacağımı bileceğim. "

- Muayenenin mahremiyet ve insan onuruna yakışır şartlarda yapılacağı. Kapsamlı bir muayene gerekeceği.
- Genito-anal muayene için hastanın doğru ışıklandırma ile bu bölgenin yeterince görülebileceği bir pozisyonda yatmasının gerekeceği.

Örneğin:

"Sizden muayene koltuğuna sırt üstü yatmanızı isteyeceğim, dizlerinize bir çarşaf örteceğim. Bu ışığın yardımıyla pelvik bölgenize dikkatlice bakabilmem için dizlerinizi yukarı çekmenizi, ayak bileklerinizi bir arada tutmanızı ve bacaklarınızı birbirinden ayırmanızı isteyeceğim. "

- İyapıların daha iyi görülebilmesi için genito-anal bölgeye muayene eden kişinin eldivenli elleriyle dokunacağı. Spekulum denilen vajinal kanala bakmak için tasarlanmış bir cihaz kullanılabileceği. Anüsün içine bakmak için bir anoskop kullanılabileceği.
- Bu örnek toplama, vücut ve vücut açıklıklarına pamuklu çubuklarla dokunmayı ve saç, kasık kılı, genital salgılar, kan, idrar ve tükürük gibi vücut örneklerinin toplanmasını içereceği. Kıyafetlerin alınabileceği. Adli analizin tüm sonuçları hastaya sunulmayabilir.

Sağlık çalışanına anlatılan ve muayenede tespit edilen bulguların, hastanın yasal işlem başlatmaya karar vermesi durumunda veya bildirim zorunluluğu gereken yargı alanlarında, cezai soruşturma ve adaleti sağlamak için araştırmacılara iletileceğini hastaya bildirmek çok önemlidir.

Bu, sağlık çalışanına söylenen herhangi bir şeyin sadece hasta ile sağlık çalışanı arasında gizli tutulamayacağı, ileride açık bir mahkemede tartışılabileceği anlamına gelir.

Hastaya ayrıca fotoğrafların nasıl kullanılabileceği konusunda bir açıklama yapılmalıdır. Fotoğraflama mahkeme için yararlıdır ve genital bölgelerin görüntülerini İÇERMELİDİR.

Yukarıdaki bilgilerin tümü, hasta veya ebeveyni /vasisi tarafından kolayca anlaşılacak bir dilde sağlanmalıdır.

TIBBİ DANIŞMANLIK ONAYI¹

..... (sağlık çalışanının adını girin) bana muayene, delilleri toplama ve bulguların polise ve/veya mahkemelere iletilmesi prosedürlerini anlattı.

Ben, (hastanın adını girin) aşağıdaki hususları kabul ediyorum:

(Geçerli olanları işaretleyin)

- Genital bölge ve anüs muayenesi dahil muayene.
- Herhangi bir tıbbi sorunu tanılayacak tıbbi araştırmalar için örneklerin toplanması.
- Cezai soruşturma için örneklerin toplanması.
- Fotoğraflama.
- Polise veya diğer soruşturmacılara sözlü ve/veya yazılı bir rapor sunmak.
- Tespit edilen tıbbi durumların tedavisi.

Hastanın (veya ebeveynin/vasisinin) imzası

Tanığın imzası

Tarih

¹Çocukları ilgilendiren durumlarda, çocuk adına bir ebeveyn veya vasi imza atabilir. Benzer şekilde, rıza veremeyecek bir yetişkinin en yakın akrabası veya velisi onun adına imzalamalıdır.

TIBBİ ÖYKÜ**1. TIBBİ / CERRAHİ / PSİKİYATRİK ÖYKÜ**

Çocuklar için şunları içerir:

- Doğum öncesi / doğum sonrası ve gelişimsel geçmiş;
- Davranışsal problemlerin geçmişi (iddialarla ilgili olduğu düşünülürse);
- Aile öyküsü.

2. JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Son normal adet döneminin ilk günü (GG / AA / YY):

Adet dönemleri arasındaki ortalama gün sayısı:

Menarş yaşı (çocuklar için):

Saldırı sırasında hasta adet görüyor muydu?

Evet Hayır Uygulanamaz

Hasta şu anda hamile mi?

Evet Hayır Uygulanamaz

Hamilelik geçmişi:

Halen kullanılan doğum kontrol yöntemleri:

Genital travma, ameliyat veya kanama öyküsü:

3. ALERJİLER**4. KULLANILAN İLAÇLAR / AŞILAMA DURUMU (örn. Hepatit B, tetanoz)**

SALDIRININ ÖYKÜSÜ**5. DİĞER TARAFLARDAN DETAYLAR (örneğin polis, aile, tanıklar)**

(İsim) tarafından sağlanan ayrıntılar:

6. HASTADAN ALINAN DETAYLAR

Saldırı tarihleri (veya saldırıların gerçekleştiği dönem, saldırı sayısı ve ve son saldırı tarihi):

Zaman:

Yer:

Saldırgan(lar) (varsa hasta sayısı ve ilişkisi):

Alkol kullanımı:

Madde kullanımı:

Kullanılan silahlar, tehditler:

Saldırının Detayları:

CİNSEL ŞİDDET MUAYENE KAYDI

İSİM:

MUAYENE TARİHİ:

7. MEVCUT SEMPTOMLAR

CİNSEL SALDIRININ ÖZETİ

VAGİNAL PENETRASYON	Saldırgan 1	Saldırgan 2	Saldırgan 3	Saldırgan 4	Saldırgan 5
Denendi/tamamlandı?					
Ejekülasyon Evet/Hayır?					

ANAL PENETRASYON	Saldırgan 1	Saldırgan 2	Saldırgan 3	Saldırgan 4	Saldırgan 5
Denendi/tamamlandı?					
Ejekülasyon Evet/Hayır?					

ORAL PENETRASYON	Saldırgan 1	Saldırgan 2	Saldırgan 3	Saldırgan 4	Saldırgan 5
Denendi/tamamlandı?					
Ejekülasyon Evet/Hayır?					

	Saldırgan 1	Saldırgan 2	Saldırgan 3	Saldırgan 4	Saldırgan 5
VÜCUTTA EJEKÜLASYON eğer varsa yerini belirt					
VÜCUTTA TÜKÜRÜK eğer varsa yerini belirt					
KONDOM KULLANILDI MI? (evet/hayır?)					
KAYGANLAŞTIRICI KULLANILDI MI? (evet/hayır?)					

PENETRASYON İÇİN KULLANILAN NESNELER ¹	Saldırgan 1	Saldırgan 2	Saldırgan 3	Saldırgan 4	Saldırgan 5
VAGİNA					
ANÜS					
AĞIZ					

¹ vücut bölümleri de dahildir (örn, penis, parmak)

8. SALDIRI SONRASI

Saldırı sırasında giyilen giysilerin detayı:

Kıyafetler değiştirildi	Evet	Hayır
Kıyafetler temizlendi	Evet	Hayır
Banyo / duş yapıldı	Evet	Hayır
Cinsel ilişkide bulundu mu	Evet	Hayır

9. SON CİNSEL İLİŞKİ

Geçen hafta cinsel ilişki	Evet	Hayır
---------------------------	------	-------

Ayrıntılar (tarih / saat / kiminle):

Prezervatif / sperm öldürücü / kayganlaştırıcı kullanıldı mı?	Evet	Hayır
--	------	-------

Ayrıntılar:

Adli muayene ile ilgili notlar

- Muayenenin kapsamı büyük ölçüde öyküye ve klinik gözlemlere göre belirlenecektir. Herhangi bir şüphe varsa, tam bir dış denetim tercih edilir.
- Yaraları tanımlarken şunları göz önünde bulundurun: bölge, boyut, şekil, çevre, renk, dış hatlar, seyir, içerik, yaş, sınırlar ve derinlik.
- Yaraları sınıflandırın:
 - Abrazyon/sıyrık;
 - Ekimoz/bere/çürük;
 - Yırtık/laserasyon;
 - Kesi/insizyon;
 - Kesici delici alet yarası.
- Yetişkinler veya adölesan cinsel olarak aktif çocuklar için spekulum (veya proktoskop) muayenesi gerekebilir (*Çevirenin notu*: kadın-doğum veya çocuk cerrahi uzman konsültasyonu gerekebilir). Endikasyonlar şunlardır:
 - genital ağrı;
 - kanama;
 - yabancı cisim (saldırı sırasında kullanılmış ve muhtemelen hala mevcut);
 - 24 saaten önceki saldırılar. Bu gibi durumlarda, bir servikal kanal spesmeni gereklidir.

Spekulum ılıtılmalı ve su ile kayganlaştırılmalıdır. Cinsel saldırı sonrası bimanuel muayene nadiren endikedir.

- Fotoğraflama (kolposkopik fotoğrafçılık dahil), yaraların belgelendirilmesine bir katkı sağlar. Aşağıdakileri göz önünde bulundurunuz:
 - kendisi veya hastane fotoğrafçıları uygun olabilir;
 - filmlerin / fotoğrafların dikkatlice etiketlenmesi çok önemlidir;
 - genital bölgenin fotoğraflanması hasta için önemli ölçüde utanç yaratabilir; yalnızca hasta özel onay verdiği ve vaka için gerekli olduğu düşünüldüğünde yapılmalıdır.

MUAYENE**10. MEVCUT KİŞİLER**

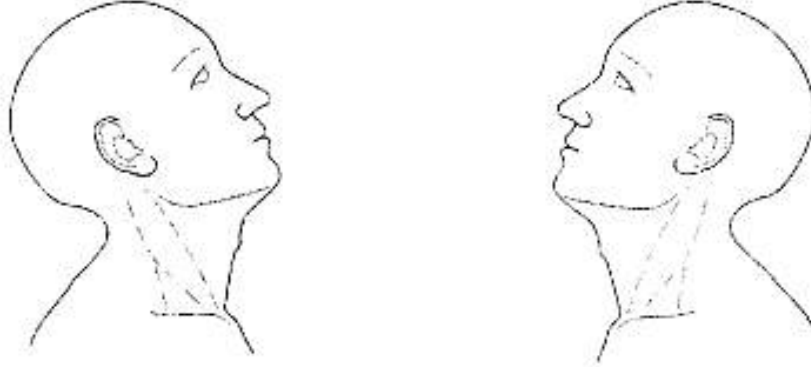
İsim (ler):

.....

.....

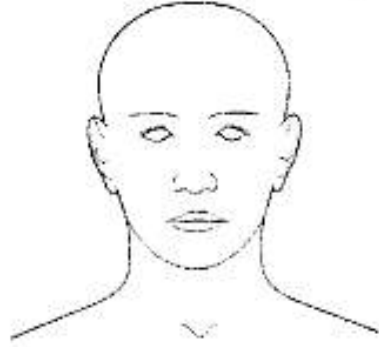
11. İLK İZLENİM (ör. zeka, fiziksel, cinsel gelişim, giyim, duygusal durum, alkol / madde etkileri)

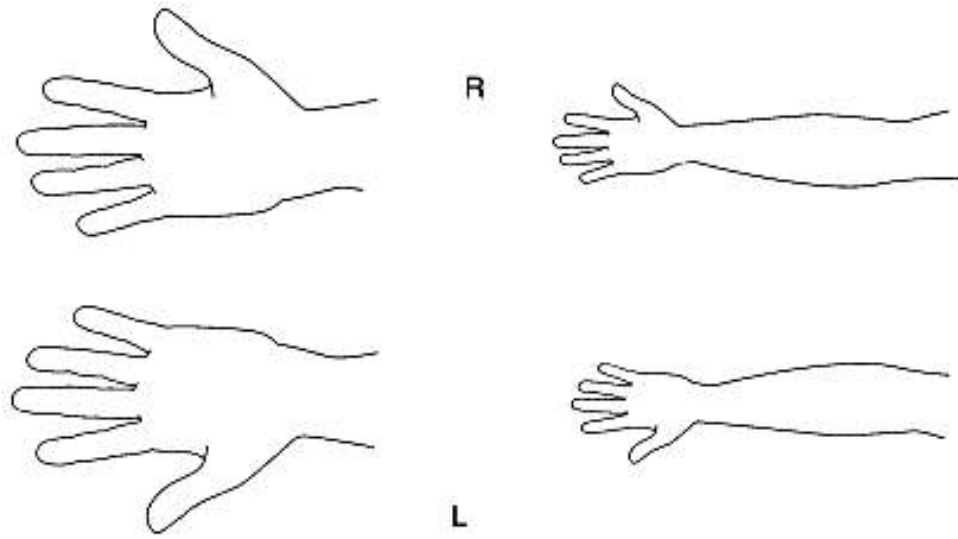
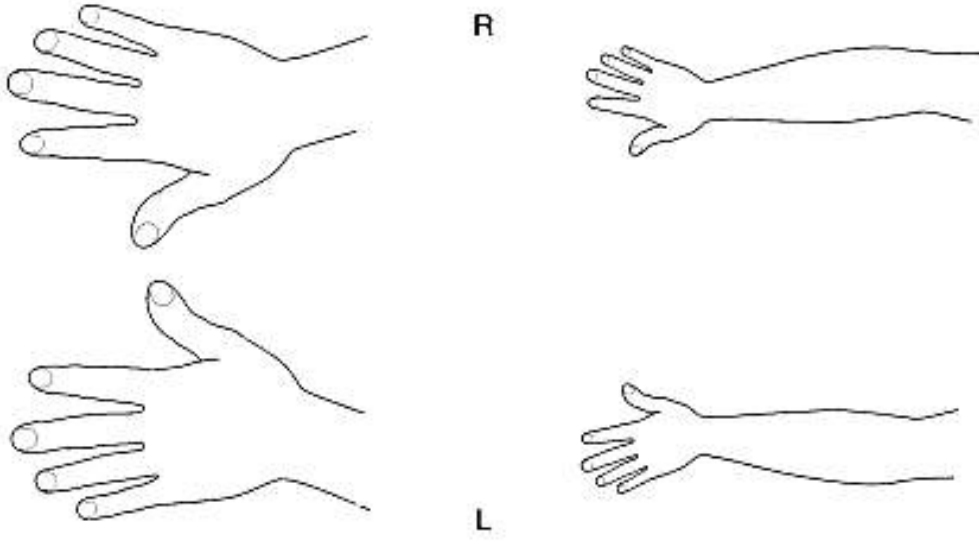
12. BULGULAR (notları buraya yazın ve vücut diyagramlarında işaretleyin)



Right

Left





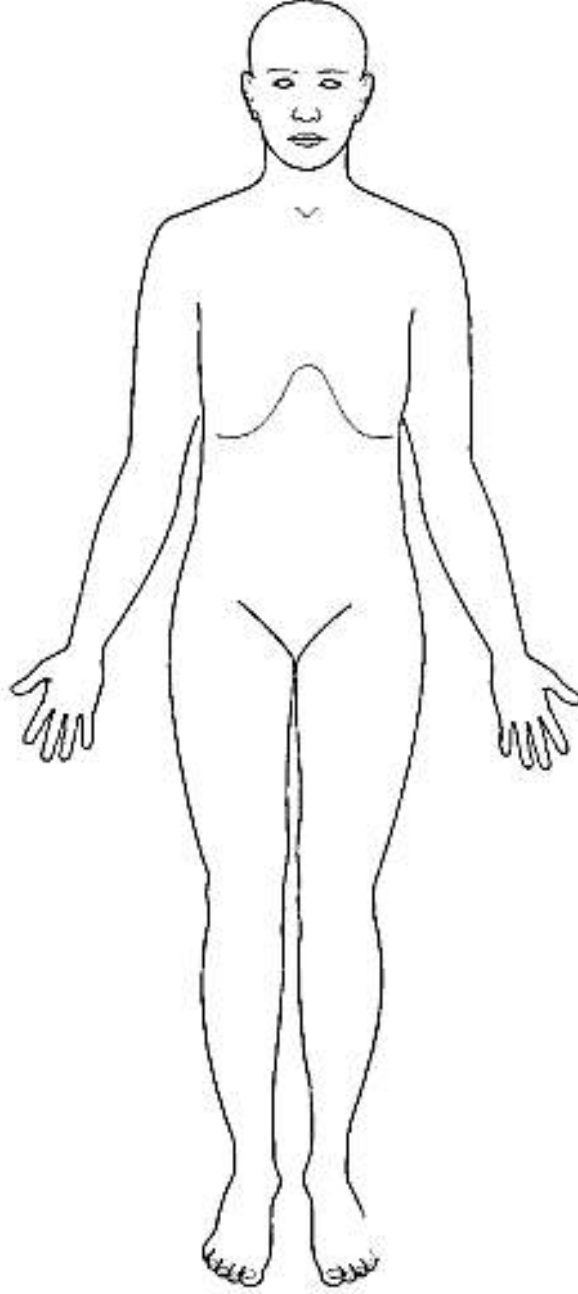
CİNSEL ŞİDDET MUAYENE KAYDI

İSİM:

MUAYENE TARİHİ:

Right

Left



GİZLİDİR

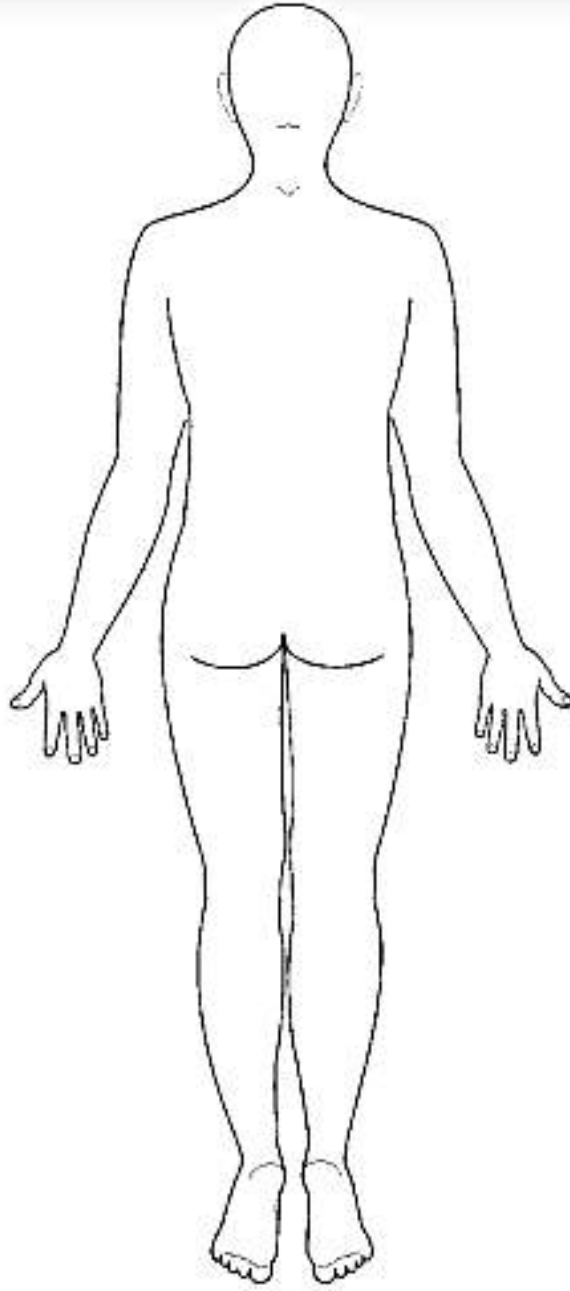
CİNSEL ŞİDDET MUAYENE KAYDI

İSİM:

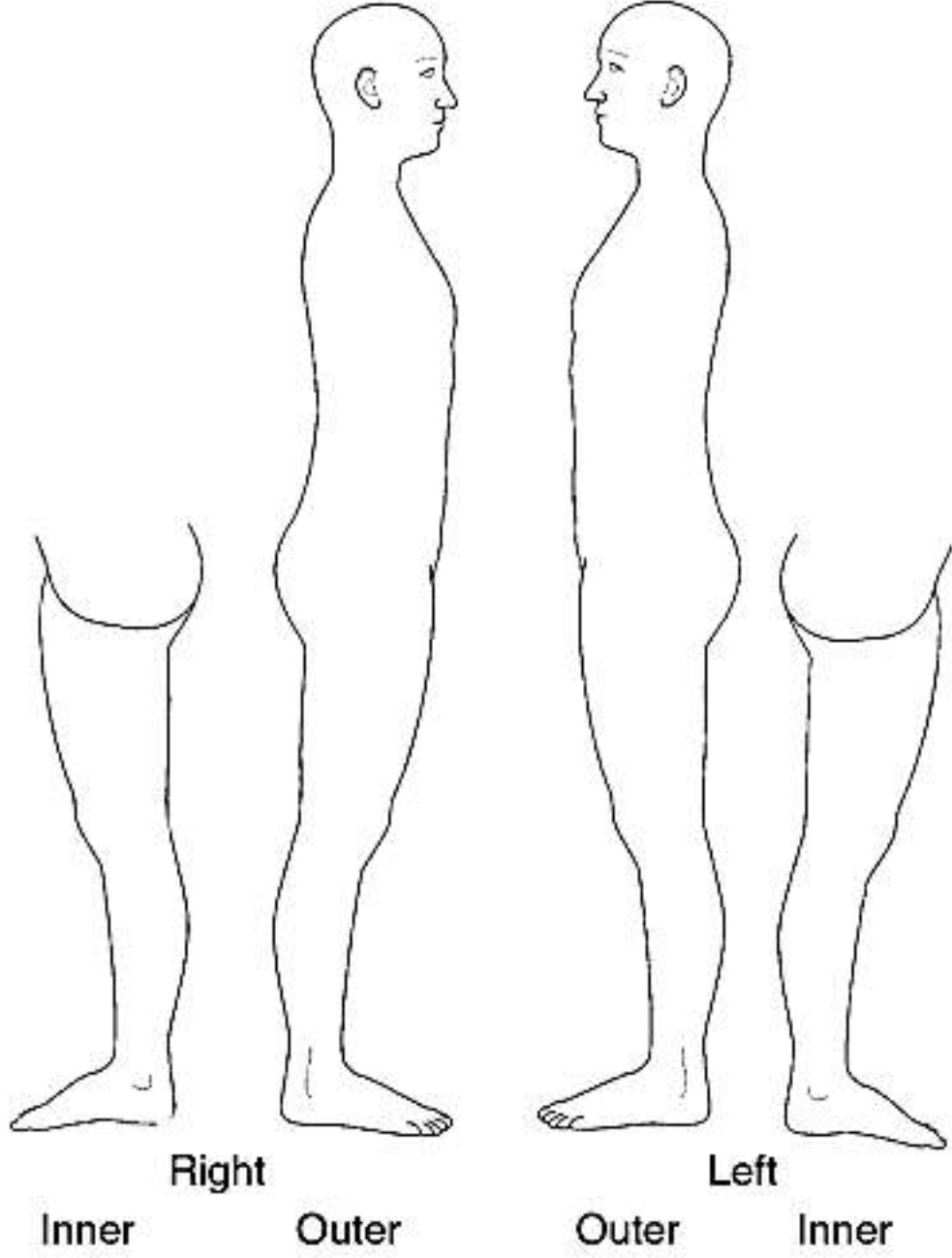
MUAYENE TARİHİ:

Left

Right

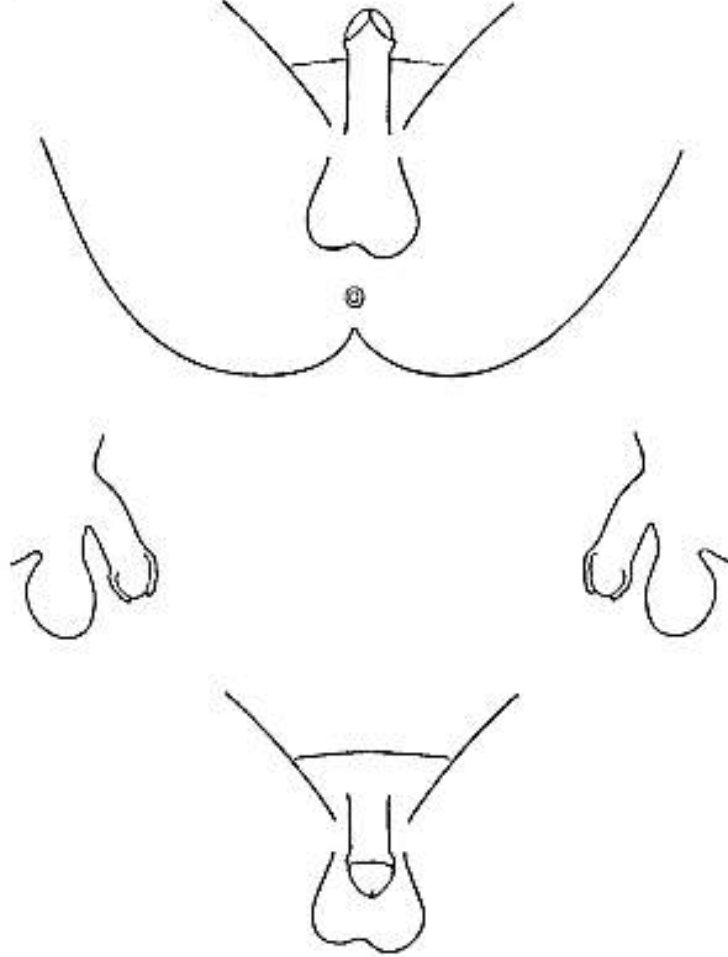


GİZLİDİR



Right

Left



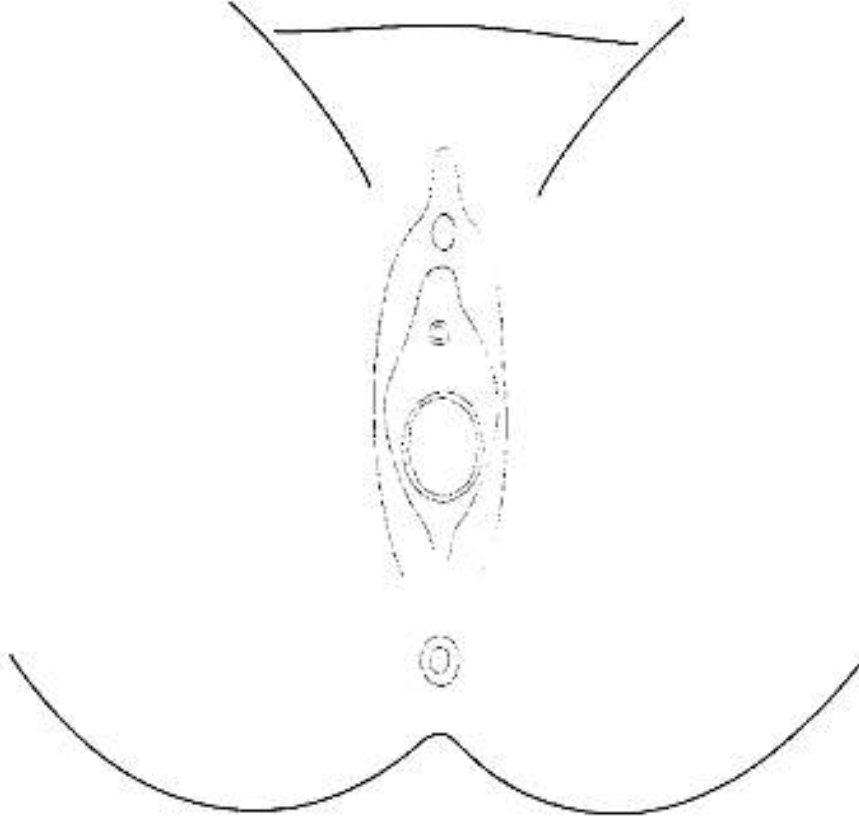
Proktoskop uygulandı mı?: Evet

Hayır

Bulgular:

Right

Left



Spekulum muayenesi yapıldı mı?: Evet Hayır

Proktoskop uygulandı mı?: Evet Hayır

Bulgular:

DİĞER DETAYLAR**13. FOTOĞRAF**

Hayır

Evet

Kim tarafından?

Tarih ve saat:

14. MEDİKASYON

Acil kontrasepsiyon

Hayır

Evet

Ayrıntılar:

.

CYBE profilaksisi

Hayır

Evet

Ayrıntılar:

.

HIV profilaksisi

Hayır

Evet

Ayrıntılar:

.

Diğer

Hayır

Evet

Ayrıntılar:

.

15. HASTANE PATOLOJİSİ

Hayır

Evet

Detaylar:

16. İZLEM DÜZENLEMELERİ (ör. Tıbbi, danışmanlık)**17. DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE YAPILAN İLETİŞİM**

Mail

Evet

Hayır

Telefon görüşmesi

Evet

Hayır

Detaylar:

ADLİ ÖRNEKLERİN TOPLANMASI

Özellikle örneklerin toplanması ve belgelenmesi için aydınlatılmış onam alınmalıdır. Yasal bir süreç başladıysa, örneklerin adalet sürecinde kullanılabileceğini açıklayın. Saldırıya ilişkin bir rapor verilmediyse (yani polise), örneklerin toplanmasında (ve bir süre saklanmasında) yarar vardır. Bu hastaya açıklanmalıdır.

Örneklerin uygun türleri ve kullanılmasıyla ilgili olarak yerel laboratuvarınıza danışın. Örneğin, laboratuvarınız eğer testi yapmıyorsa, DNA için materyal toplamayın. Örnekler alındıktan sonra polise teslim edilene kadar doktorun görüş alanı dışında bırakılmamalıdır. Bu sürece "kanıtın sürekliliği" denir ve örneğin tahrif edildiğine dair iddialardan kaçınmak için tasarlanmıştır. Örneklerin teslim edildiği polis memurunun adını ve transfer tarih-saatini bu formun ikinci ila son sayfasına kaydedin.

Hastaya talimatlar

Hasta ağız içine ejakülasyon ile oral penetrasyon olduğunu iddia ederse, ağız içinden örnekler alınana kadar içme ve diş fırçalama ertelenmelidir. Eğer susadıysa, öykü alma ve incelemeden önce ağız içinden örnek alınabilir. "Almak" ve "kazımak" yerine "toplamak" gibi kelimeler kullanın. Sakin bir tavır yardımcı olur.

Genel önlemler

Muayene ve numune toplama için eldiven giyin. Tüm swaplar kuru olmalıdır! Kurumuş eküvyonları yeniden kapatın ve varsa bir hasta etiketi ile kapatın. Spermatozoa bulmak için lam ve bir sürüntü çubuğuna ihtiyacı olacaktır. Sperm daha sonra DNA tiplemesi için çubuktan çıkarılır. Örnekler bir biyo-tehlike çantasına kapatılmalıdır. Her örnek, tanımlayıcı verilerle etiketlenmelidir (örneğe bakın).

Örnek etiket

Hasta adı: XY
Tarih-saat: 01.01.2021- 12.00
Örnek: Endoservikalsürüntü
Doktor adı: YZ

Toplama sırası

Giysiler

Hastaya büyük bir kâğıt üzerinde soyulmalıdır; dökülen eser kanıtlar kaybolmayacaktır. Giysiler çıkarılır, tek tek kâğıt poşetlere yerleştirilir. Hangi giysilerin toplandığına not edin. Polise hangi giysilerin gerekli olduğunu kontrol edin.

Toplama kağıdı

Kağıt üzerinde hastadan düşen kasık kılları, saç kılları ve giysi lifleri gibi kanıtlar, olay yerinden kum, lif veya bitki örtüsü gibi kanıtlar olabilir. İşlem bitince toplama kağıdı örnekler dökülmeyecek şekilde katlanır, bir kağıt torbaya yerleştirilir ve bir hasta etiketi ile mühürlenir.

Hijyenik ped / tampon

Bu ürünler kurutulmalı ve çift kağıt torba içinde ağzı kapatılmalıdır.

Tırnak kazıntıları

Hastanın tırnak altlarında yabancı DNA veya lifler olabilir. Tahta bir çubuk ikiye bölünerek tırnak altlarından materyal alınarak (her el için birer tane) ve kalıntılar steril bir idrar kavanozuna yerleştirilebilir. Alternatif olarak, tırnaklar kesilip kırıntılar kaba yerleştirilebilir.

Karşılaştırma amaçlı saç kılı

Yirmi temsili saç kılı, başın üzerinden kesilmeli, bir kağıt parçası üzerine yerleştirilmeli, katlanmalı, mühürlenmeli ve poşetlenmelidir.

Ağız içinden sürüntü

Ağızdaki sperm hücresi tükürük ile aynı yerlerde toplanır. Bu nedenle en iyi bölge, alt dişlerin ve dilin altındaki diş eti kenarlarından swapla sürüntüdür (son 12-24 saat içinde oral penetrasyon iddiası varsa). Alternatif olarak, 20-30 ml steril su ile hastaya ağızını çalkalatıp su steril bir kaba alınır.

Deriden tükürük

Çift sürüntü tekniği, (a) etkilenen bölgeyi musluk suyuyla nemlendirilmiş bir çubukla temizlemeyi ve ardından (b) kuru bir çubukla temizlemeyi içerir. Her iki çubuk da havada kurutulmalı ve teslim edilmelidir.

Deriden meni

Çift sürüntü tekniği, kurumuş semenin mevcut olabileceği deri bölgesi için kullanılabilir. Vulva ve anüs dahil olmak üzere ejakülasyonun meydana geldiği her yerde bu tekniği kullanın.

Kasık kılı tarama

Yabancı saç görüldüğünde tarayın, materyali steril bir kapta gönderin.

Vajinal sürüntü

Hasta / doktor tercihinine bağlı olarak spekulum kullanılır.

Endoservikalsürüntü

Serviksin doğrudan görselleştirilmesi için bir spekulum kullanılarak toplanabilir.

Ano-rektalsürüntü

Bir anoskop kullanılabilir.

Karşılaştırma için kurban / saldırgan DNA'sı

Ağızdan penetrasyon iddiası yoksa bukkal sürüntü, yoksa kan.

DNA için kan

Uygun bir tüp içine alınmalıdır.

Uyuşturucu için kan

Boş bir tüp kullanın.

Uyuşturucu için idrar

Hastaya tam steril bir idrar kabı sağlayın.

ADLİ ÖRNEKLER**Sağlık Görevlisinin Kopyası****ÖRNEKLER**

Giysiler:

Toplama kağıdı

Hijyenik ped / tampon

VÜCUTTAN ÖRNEKLER

Ağızdan sürüntü.....

Yabancı madde

Meni benzeri lekeler

Saçta meni benzeri materyal.....

Kasık kıllarında meni benzeri materyal

Kasık kıllarının taranması

Tırnak.....

Vücut sürüntüsü (tükürük için) (bölgesini yaz)

Diğer (belirtin)

GENİTO-ANAL ÖRNEKLER

Yabancı madde

Vajinal sürüntü ve yayma.....

Endoservikalsürüntü ve yayma.....

Anal sürüntü ve yayma.....

Rektalsürüntü ve yayma.....

Diğer (belirtin)

KARŞILAŞTIRMA ÖRNEKLERİ

Kasık kılı.....

Saç

DNA için bukkalsürüntü.....

Alkol ve uyuşturucu için kan (düz tüp veya florür / oksalat flakonu)

İdrar (madde kullanımı için)

DİĞER

Diğer örnekler (listeleyin)

.....

TOPLAM KAPALI ÇANTA SAYISI:

Listelenen örnekler şunlara verildi:

İsim: Sıra / numara:

İstasyon / kadro:

Tarih ve saat:

İmza:

ADLİ ÖRNEKLER**Laboratuvar Kopyası¹****ÖRNEKLER**

- Giysiler
- Toplama kağıdı
- Hijyenik ped / tampon

VÜCUTTAN ÖRNEKLER

- Ağızdan sürüntü.....
- Yabancı madde
- Meni benzeri lekeler
- Saçta meni benzeri materyal
- Kasık kıllarında meni benzeri materyal
- Kasık kıllarının taranması
- Tırnak
- Vücut sürüntüsü (tükürük için) (bölgesini yaz)
- Diğer (belirtin)
-

GENİTO-ANAL ÖRNEKLER

- Yabancı madde
- Vajinal sürüntü ve yayma.....
- Endoservikalsürüntü ve yayma.....
- Anal sürüntü ve yayma.....
- Rektalsürüntü ve yayma.....
- Diğer (belirtin)

KARŞILAŞTIRMA ÖRNEKLERİ

- Kasık kılı.....
- Saç
- DNA için bukkalsürüntü.....
- Alkol ve uyuşturucu için kan (düz tüp veya florür / oksalat flakonu)
- İdrar (madde kullanımı için)

DİĞER

- Diğer örnekler (listeleyin)
-

CİNSEL ŞİDDET MUAYENE KAYDI

İSİM:

MUAYENE TARİHİ:

SAĞLIK ÇALIŞANININ ADI:

.....

¹Bu nüsha örneklerle birlikte eklenecektir. Bunlar laboratuvara götürülmelidir.

EK 2. Tıbbi Konular ve Cinsel Şiddet

Kılavuzun bu bölümü, cinsel şiddete maruz bırakılanların bakımı ile ilgili arka plan tıbbi bilgileri sağlar. Konular arasında genito-anal anatomi ve kadın cinsel organını etkileyen durumlar (ör. patolojik durumlar, doğum, kadın sünneti vb.) bulunmaktadır. Burada yer alan konular bir giriş niteliğindedir; daha fazla bilgi için, ekli kaynakçada listelendiği gibi daha kapsamlı metinlere başvurunuz.

Genital yapılar ve fonksiyonları

Cinsel şiddete maruz bırakılan kişilere genito-anal muayene yapması gereken sağlık çalışanlarının normal anatomiye iyi anlamaları, bu bölgenin ana patolojileri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekir. İlk ve sürekli eğitim ve akran değerlendirmesi, bu alandaki becerilerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için çok önemlidir.

Çocuk

18 yaş altı çocuklarda genito-anal muayene yapmak, normal ve anormal anatomik varyantları belirlemek ve bulguları uygun şekilde tanımlamak için özel eğitim gereklidir.

Kadın cinsel organı

Pre-pubertal kız çocuklarda genital anatomi, yetişkinden farklıdır. Bebeklerde (yani 2 yaş altı), maternal östrojen mevcut olduğunda, hymen kalın, biraz kıvrımlı ve mumsu kıvamında olabilir. Mumsu görünüm tipik olarak yeni doğanlarda ve emzirilen çocuklarda görülür. Bu östrojen kaynağı ortadan kalktığında hymen çok ince ve vasküler hale gelir.

Puberte öncesi kadınlarda, genital bölge aşağıdaki özelliklere sahiptir:

- Labium majus düzdür ve labium minörler yetişkinlere göre incedir.
- Klitoris genellikle labium majuslar tarafından gizlenir.
- Labium minor, anterior komissürden (yani labia majorun anterior olarak birleştiği yer) sadece kısmen aşağıya uzanır ve arkadan orta noktaya ulaşmaz. Labia majorun posteriorda birleştiği alan posterior komissürdür. Posterior fourchette labia minörlerin arkadan birleştiği alandır. Bu nedenle posterior komissür hem puberte öncesi hem de erişkin kadınlarda mevcutken, posterior fourchette yalnızca erişkinlerde mevcuttur.
- Hymen orifisi genellikle düzgün, pürüzsüz ve yarı saydamdır ve dokunmaya karşı çok hassastır.

- Vajinanın mukozal membranları ince, pembe ve atrofiktir.
- Bu dokuların travma ve enfeksiyona karşı direnci azdır.

Daha sonraki çocukluk döneminde aşağıdaki değişiklikler ortaya çıkar:

- Dış genital bölge erken östrojen belirtileri göstermeye başlar.
- Mons pubis kalınlaşır.
- Labia majorlar dolgunlaşır, labia minorlar daha yuvarlak hale gelir ve posterior fourchette doğru uzanır.
- Hymen kalınlaşır ve açıklığın boyutu büyür.
- Vajina uzar ve vajinal mukoza kalınlaşır.

Puberte öncesinde hymenin şekli değişikdir ve şu şekilde tanımlanabilir:

- *Imperfore* (deliksiz): hymen açıklığının olmaması (çok nadir);
- *crenatic* (hilal): hymenin posterior kenarı saat 11 ve saat 1 konumuna eklenmiştir, yarım ay şeklindedir.
- *annuler* (dairesel): hymenal doku açıklığı 360 ° çevreler, yani dairesel bir şekil;
- *sleeve like* (manşon benzeri): dairesel hymen yapısı vardır ancak açıklığı vertikaldir;
- *septalı* (bölmeli): hymende 2 ya da 3 açıklık vardır;
- *kribiform*: hymende çok sayıda küçük açıklıklar vardır;
- *fimbrial*: hymen kenarlarının kurdeleye benzer şekilde kendi üzerine katlanması.

Hymen açıklığının şekli ayrıca; yarık, çıkıntı, çentik, eklentiler, kenar kalınlığı ve inceliği açısından da açıklanmalıdır.

Ergenlik, kadınlarda 8 ile 13 yaşları arasında başlar ve tamamlanması birkaç yıl sürer. Başlangıç, çocuğun genel sağlığı ve beslenme durumuna, sosyoekonomik faktörlere ve genetik faktörlere bağlı olarak değişecektir. Fiziksel aşamalar düzenli bir sırayla gerçekleşir (bkz.Şekil 1), dış genital bölge aşağıdaki gibi yavaş yavaş yetişkin bir görünüm alır:

- labium minorler tamamen posteriora doğru uzayarak posterior fourchette'i oluşturmak için buluşur;
- mons pubis kasık kılları ile kaplanmaya başlar;
- hymen kalınlaşır, kıvrımlar geliştirir, elastikiyetini arttırır ve ağrı duyarlılığı azalır;
- mukoza üretimi başlar;
- vajina 10-12 cm uzar, mukoza kalınlaşır ve nemlidir.

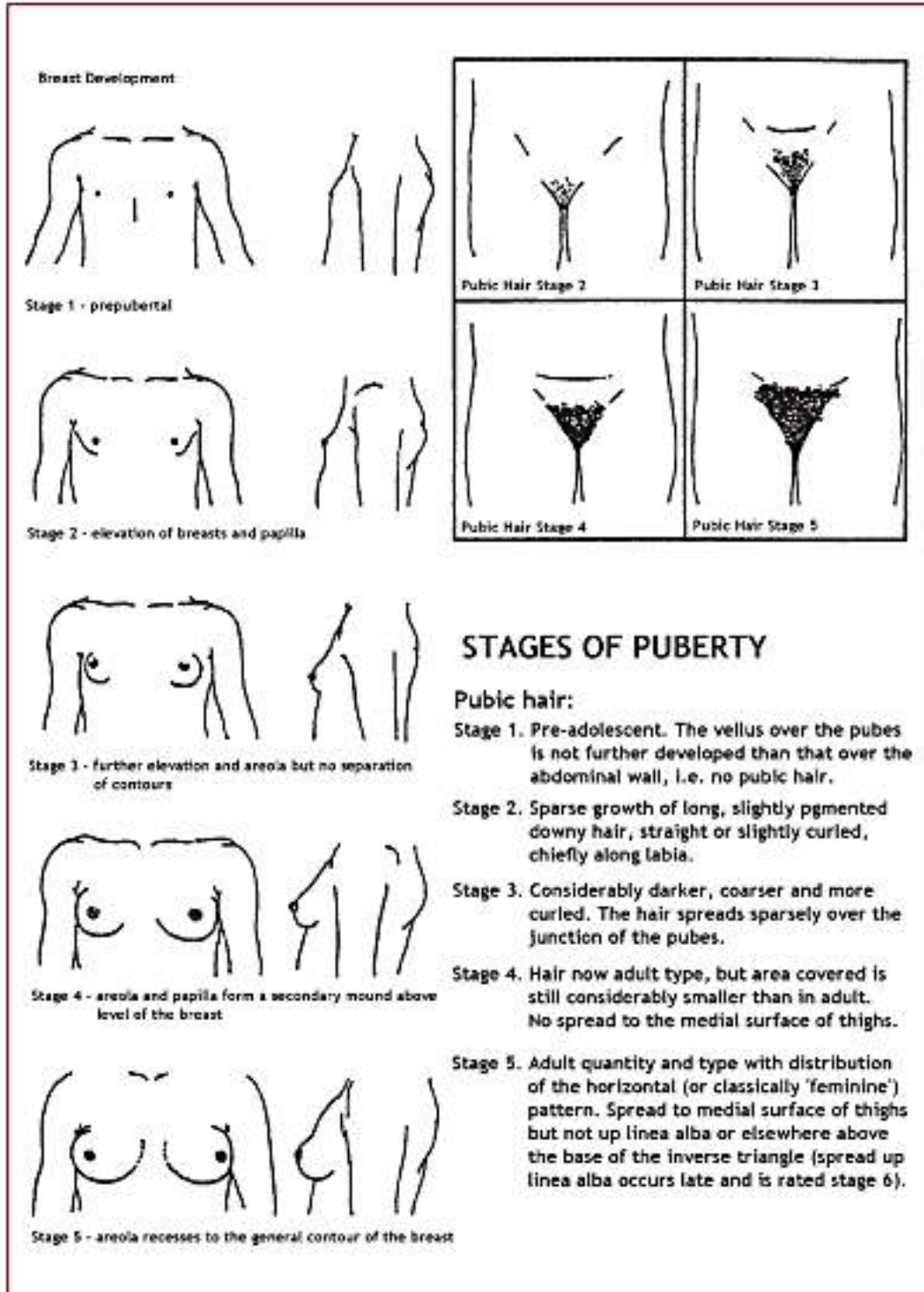
Erkek cinsel organı

Testisler normalde doğumda skrotuma iner ve çapı ergenlik öncesi erkek çocuklarda tipik olarak 2,2 cm'den küçüktür. Erkek çocuklarda ergenlik 9,5 ile 13,5 yaşları arasında başlar;

- testisler büyür;
- skrotum derisi incelik ve kırmızımsı renk alır;
- mons pubis kasık kılları ile kaplanmaya başlar.

Penis, doğumdan ergenliğe kadar kademeli olarak genişler, boyutta hafif bir artış gözlenir.

Şekil 1. Kadınlarda puberte evreleri



Kaynak: Adelaide Çocuk Hastanesi, 1989'dan uyarlanmıştır.

Anal anatomi (her iki cinsiyet için)

Anüs görünümünde, aşağıdakiler dahil, bireyler arasında önemli farklılıklar vardır:

- pigmentasyon derecesi;
- yapıların simetrisi;
- anal kıvrımlar;
- anal sfinkterin tonu;
- vasküler yapıların belirginliği ve dağılımı.

Anal anatomi puberte döneminde sadece dış anal dokuları çevreleyebilen kasık benzeri kıllar dışında değişmez.

Yetişkin kadınlar

Yetişkin kadında genital bölgenin ana anatomik özellikleri Şekil 2'de gösterilmektedir. Bu özellikler görünüş olarak bir kadından diğerine farklılık göstermektedir (37);

- kasık kıllarının miktarında ve dağılımında belirgin farklılıklar;
- labiumların boyutunda, pigmentasyonunda ve şeklinde değişiklik;
- klitorisin boyutunda ve görünürlüğünde değişiklik;
- üretral açıklığın ve vajinal açıklığın konumunda değişiklik.

Hymen, vajinal açıklığı çevreleyen yaka/yarım yaka gibi bir doku parçasıdır; vajinal açıklığı kapatan bir kapı değildir (32). Birçok normal konfigürasyona sahiptir. Cinsel olarak aktif kadınlarda, özellikle doğumdan sonra, hymen genellikle *carunculae* adı verilen bir doku kalıntıları halkasına indirgenir.

Uterus genellikle öndedir (antevert). Bununla birlikte, hamile olmayan kadınların % 15'inde retrovert pozisyonda oturur, bu da serviksin lokalizasyonunu spekulum ve bimanual muayenede zorlaştırabilir.

Genito-anal yapıları tanımlarken, sadece sağlık profesyonelleri için değil, aynı zamanda hukuk sistemi içinde de kullanılan terminolojide tutarlılık ve netliği hedeflemek önemlidir (38-40). Çoğu sağlık profesyonelince, hem çocuk hem de yetişkin kadın genital bölgesinin belirli yapılarını tanımlarken, yaygın olarak yanlış kullanılan anatomik terimler Kutu 1'de açıklanmıştır.

Gebelik

Hamile kadınlara yönelik cinsel şiddet nadir değildir. Çeşitli ülkelerden yapılan nüfus araştırmalarına göre, partneri olan kadınların % 6 ila% 15'i hamilelik sırasında cinsel ve/veya fiziksel olarak istismara uğramıştır (41).

Gebelik kadınlarda belirgin fizyolojik ve anatomik değişikliklere neden olur; cinsel olarak mağdur olmuş hamile bir kadının muayenesi yapılırken bunların dikkate alınması gerekecektir.

Hamilelik sırasında meydana gelen anatomik değişiklikler fetüsün gebelik süresine bağlıdır ve aşağıda özetlenmiştir:

- Birinci trimester (gebeliğin 13. haftasına kadar). Uterus büyür, ancak halen pelvis içinde batına yönelik darbelerden korunur. Uterus genellikle gebeliğin 12. haftasına kadar simfiz pubisin üzerinde ele gelmez. Vajinal kanalda artmış damarlanma ve artmış fizyolojik akıntı vardır.

- İkinci trimester (13. hafta ila 27. hafta). Uterus 20. haftada umbilicus üzerinde ele gelir. Bu nedenle fetüs ve plasenta batın travmasına karşı savunmasızdır.

- Üçüncü trimester (28. hafta ila 40. hafta veya term). Serviks vajinal axise girer, böylece serviks ile doğrudan zorlu temas kanamaya ve hatta doğum eyleminin başlamasına neden olabilir. Fetüs, plasental abruption ve fetal ölüme neden olabilecek abdominal travmaya karşı savunmasızdır. Vulval varisler oluşabilir ve fizyolojik mukusta belirgin bir artış vardır.

Doğumdan sonra, başka fizyolojik değişiklikler oluşur, özellikle emziren kadınlarda östrojen seviyeleri düşük, prolaktin seviyeleri yüksektir. Bunun vajinal kayganlık ve genişlemede azaltma etkisi vardır. Vajina duvarları ince olabilir ve pembe kıvrımlı patern kaybolabilir (37). Vajinal doğum bazen, özellikle müdahale durumunda (forseps doğumları, epizyotomi gibi) genital bölgede travmaya neden olabilir. Bu perineal laserasyonlar (Şekil 3) ve epizyotomi skar bırakarak iyileşecektir (ayrıca bkz. Bölüm 3.2.4 Travmatik yaralanmalar).

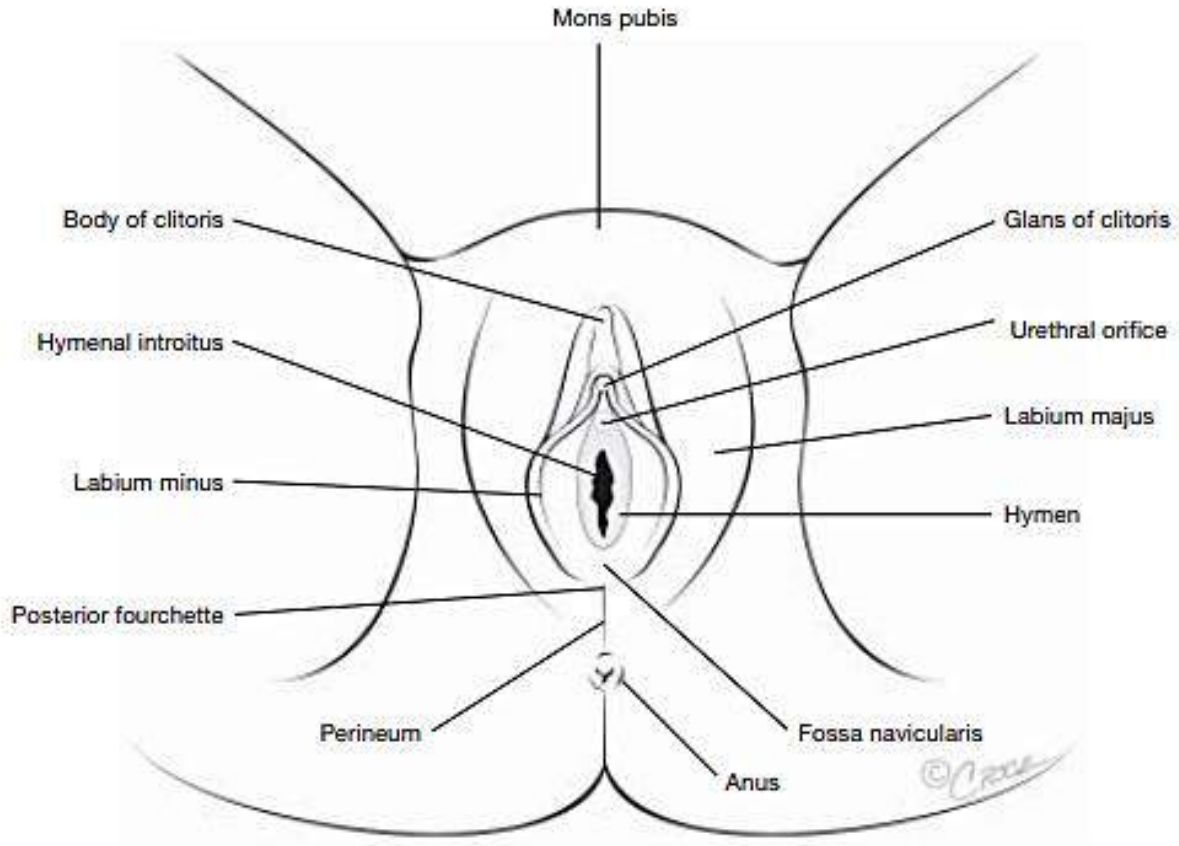
Menopoz sonrası kadınlar

Menopoz, bir kadının hayatında östrojen seviyelerinin düştüğü ve menstruasyonun durduğu dönemdir ve menopozla birlikte meydana gelen anatomik değişiklikler şunları içerir (bkz. Şekil 3):

- mons pubis ve labia majorlar üzerindeki kıllarda incelme;
- deri altı yağ dokusunda azalma;
- labia minorların iç yüzeyleri soluk ve kuru hale gelir;
- vajinal açıklık küçülebilir (çok küçük speküllerin kullanılması gerekebilir);
- vajinal açıklık esneyebilir ve rektocel, sistocel veya uterus prolapsusu görülebilir;
- vajina duvarları pürüzsüz, ince, parlak ve daha az elastik hale gelir;
- daha az mukus üretilir.

Yaşlı kadında vaginal kayganlığın azalması ve dokuların frajilliliğinin artması cinsel saldırılarda genital yaralanma olasılığını artırmaktadır (42).

Şekil 2. Yetişkin bir kadının dış genital organındaki anatomik bölgeler



KUTU 1

Kadın genital anatomisi ve önerilen terminoloji

- **Vajinal vestibül**, labium minörlerce çevrelenen hymenal membranın önündeki alandır. Bu bazen yanlış bir şekilde introitus olarak adlandırılır.
- Hymenal açıklığa atıfta bulunurken karışıklığı önlemek için "introitus" değil "**hymenal orifis**" terimi kullanılmalıdır.
- **Fossa navicularis**, hymenin vajina duvarına posterior yapışıklığı ile posterior fourchette (veya komissür) arasındaki konkav alandır.
- **Posterior fourchette**, labium minörlerin arkada buluştuğu ve birbirine kaynaştığı noktadır. Sadece puberte sonrası mevcuttur, ancak bu terim genellikle ergenlik öncesi muayenelerde de yanlış olarak kullanılmaktadır.
- **Posterior komissür**, labium majörlerin buluştuğu ve birbirine kaynaştığı noktadır, hem puberte öncesi hem de puberte sonrası mevcuttur.

Kadın genital organını etkileyen durumlar

Kadın cinsel organını etkileyen bir dizi tıbbi durum vardır ve bunlar arasında cinsel şiddet nedeniyle tıbbi tedavi arayan hastalar da olabilecektir.

Sağlık çalışanlarının tanıyıp tedavi edebilmesi veya tedavi için sevk etmesi gereken tıbbi durumlar aşağıdakileri içerir:

- enfektif durumlar (cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar);
- neoplastik hastalıklar (kanserler);
- enflamatuar durumlar (örn. Liken skleroz).

Sık görülen enfektif, neoplastik ve enflamatuar durumlar aşağıda kısaca açıklanmış ve bazıları gösterilmiştir (bkz. Şekil 4-8). Bununla birlikte, tüm bu tür hastalıkların semptom ve patolojilerinin detaylı tanımı bu belgenin kapsamı dışındadır. Sağlık çalışanları bu nedenle ekli bibliyografyada sıralanan konuyla ilgili metinlere yönlendirilir ve bu alandaki teşhis ve yönetim becerilerini geliştirmeye şiddetle teşvik edilir.

Yukarıda belirtilen tıbbi durumlara ek olarak, hastalar bir cinsel saldırı olmadan genito-anal bölgede gözle görülür yaralanma veya travma belirtileri ile başvurabilirler. Tipik olarak bunlar doğumla ilgili olabilir. Bu nitelikteki yaralanmaların özellikleri, kadın sünneti uygulamasıyla ilişkili anatomik değişikliklerin bir açıklamasıyla birlikte aşağıda özetlenmiştir.

Sağlık uygulayıcılarının, genito-anal muayenede karşılaşılan çeşitli tıbbi durumların farkında olmaları ve son cinsel şiddetin neden olduğu yaralanma ile geçmiş olayların neden olduğu yaralanmaları (ör. doğum, kadın sünneti) ayırt edebilmeleri önemlidir. Mevcut enfektif, neoplastik ve inflamatuvar durumlarla başvuran hastalar, gerektiği şekilde tedavi edilmeli veya tedavi için sevk edilmelidir.

Şekil 3 Menopoz sonrası yaşlı kadının dış genital bölgesi, doğumdan sonra iyileşmiş perineal laserasyon.



Enfektif durumlar

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE), cinsel temas yoluyla edinilen patojenik organizmalar neden olur. CYBE'ler, hastanın ve cinsel temaslılarının tedavisini gerektirir, önemli halk sağlığı sorunları taşır ve genellikle bildirilmesi gereken hastalıklardır.

CYBE'ler genellikle asemptomatiktir ve yalnızca fiziksel muayene ve laboratuvar testleri ile tespit edilecektir. Sağlık çalışanları, aşağıdaki CYBE'lerin her birinin patolojik özelliklerine temel bir aşinalık geliştirmelidir:

- Genital herpes (bkz. Şekil 4);
- Human papilloma virüsü enfeksiyonları (bkz. Şekil 5);
- Gonore;
- Klamidya trachomatis;
- Trichomoniasis;
- Sifiliz (bkz. Şekil 6);
- Granüloma inguinale (donovanosis);
- Şankroid;
- Lenfogranuloma venerum;

— Kasık biti ve uyuz

CYBE'ler ve cinsel yolla bulaşmayan enfeksiyonlar genellikle bir arada bulunur. Kandidiyazis ve bakteriyel vajinoz gibi farkında olunması gereken çok sayıda CSBE olmayan genital enfeksiyon vardır. Genital ülserler bazı CYBE'lerin göstergesi olsa da, piyojenik enfeksiyonların, ilaç reaksiyonlarının, sekonder enfekte uyuzların veya Behçet hastalığının göstergesi olabileceğini de akılda tutulmalıdır.

Neoplastik hastalıklar

Vulvanın karsinomatöz durumları genital ülserle neden olur (Şekil 7 ve 8). Karsinomatöz durumlardan şüpheleniliyorsa, hastalar kasık bölgesindeki lokal lenf düğümlerine yayılma açısından incelenmelidir.

Enflamatuvar hastalıklar

Liken skleroz, vulvanın distrofik değişiminin en yaygın nedenidir.

Travmatik yaralanmalar

Doğum

Doğum sırasında genital sistemde travma meydana gelebilir. Kontrolsüz veya enstrüman kullanımını içeren müdahaleler (örneğin forseps ile doğumlarında, vakum ekstraksiyonlarında) perine ve anüs ve / veya klitoris ve anterior yapılarda yaralanma olabilir.

Epizyotomi, çocuğun doğumuna izin vermek için perineye tıbbi olarak yapılan bir insizyondur. Enstrüman kullanılan doğumlarda yardımcı olmak için de yapılır. Epizyotomi genellikle orta hatta lateral olarak yapılır. Orta hat yırtığı oluşursa, anal sfinktere uzanabilir ve bu rekto-vajinal fistül ile sonuçlanabilir.

Figure 4 Herpes simplex ulceration of the vulva



Figure 5 Widespread warts of the vulva, perineum and perianal area



Figure 6 Secondary syphilis of the vulva with characteristic condylomata



Figure 7 Vulval intraepithelial neoplasia



Figure 8 Vulval invasive carcinoma



Kadın sünneti

Kadın sünneti veya mutilasyonu, yani kadın cinsel organının kısmen veya tamamen çıkarılması, değişmiş bir genito-anal anatomiye neden olacaktır. Cinsel saldırı hastaları geçmişlerinde bir dereceye kadar kadın sünneti geçirmiş olabileceğinden veya bu tür prosedürlerin tersine çevrilmiş olabileceğinden, sağlık çalışanları bu uygulamalar hakkında makul bir bilgiye sahip olmalıdır.

DSÖ, kadın sünnetini (KS), "kültürel veya diğer terapötik olmayan nedenlerle kadın dış cinsel organlarının kısmen veya tamamen çıkarılmasını veya kadın genital organlarının başka şekilde yaralanmasını içeren tüm prosedürler" olarak tanımlamaktadır (43). Dört farklı KS derecesi veya tipi tanınır; bunlar Kutu 2'de anlatılmış ve Şekil 9'da gösterilmiştir.

KUTU 2

DSÖ kadın sünneti sınıflandırması

Tip I Klitoris bir kısmının veya tamamının eksizyonu ile birlikte ya da değil, klitoris derisinin eksizyonu (Şekil 9b). Tip I KS prosedürlerini tanımlamak için kullanılan diğer terimler; sünnet, ritüel sünnet, sunna ve klitoridektomi.

Tip II Klitoris eksizyonu ile birlikte labia minörlerin parsiyel ya da total eksizyonu (Şekil 9c ve d). Tip II KS prosedürlerini tanımlamak için kullanılan diğer terimler; sünnet, eksizyon, klitoridektomi ve sunna.

Tip III Dış genital bölgenin bir kısmının veya tamamının eksizyonu ve vajinal açıklığın dikilmesi / daraltılması (Şekil 9e ve f). Tip III KS prosedürlerini tanımlamak için kullanılan diğer terimler; infibülasyon, Firavunlara sünnet ve Somalili sünnet yer alır.

Tip IV Sınıflandırılmamış ya da tip IV formları şunları içerir:

- klitoris ve / veya labiumlarda delik, piercing;
- klitoris ve / veya labiumların gerilmesi;
- klitoris ve çevresindeki dokunun yakma yoluyla koterizasyonu;
- vajinal açıklığı çevreleyen dokunun kazınması (angurya kesikleri) veya vajinanın kesilmesi (gishiri kesikleri);
- kanamaya neden olmak veya sıkılaştırmak veya daraltmak amacıyla vajinaya aşındırıcı maddeler veya şifalı bitkiler sokulması;
- DSÖ'nün yukarıda verilen kadın sünneti tanımına giren diğer prosedürler.

Figure 9 WHO classification of FGM

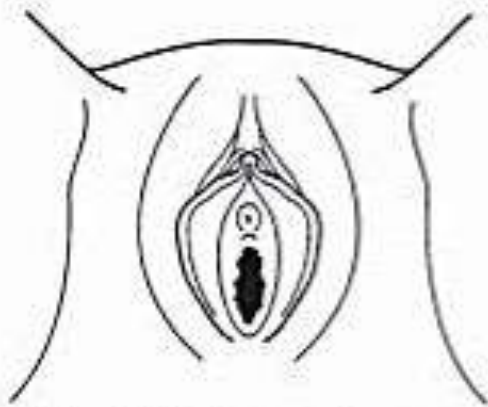


Figure 9A: Unaltered female genitalia

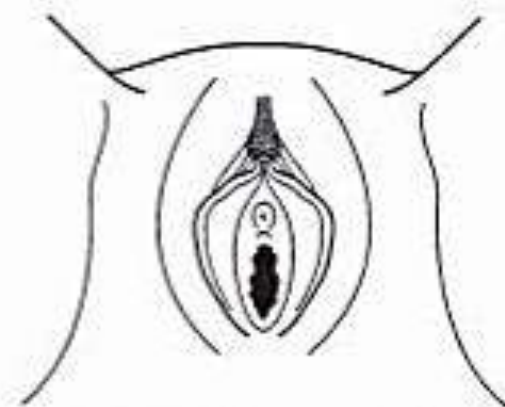


Figure 9B: Area of tissue removed – Type I FGM

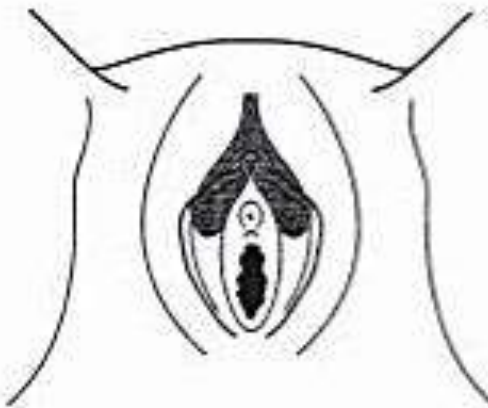


Figure 9C : Area of tissue removed – Type II FGM

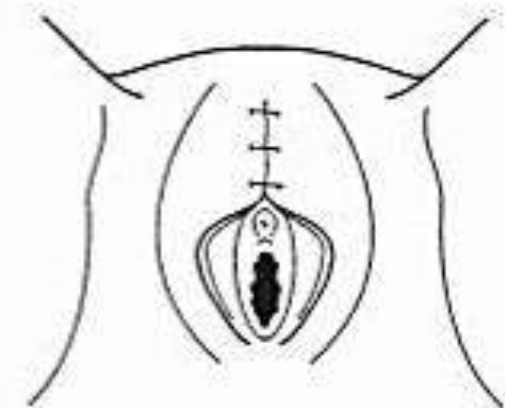


Figure 9D : Appearance of Type II after suture

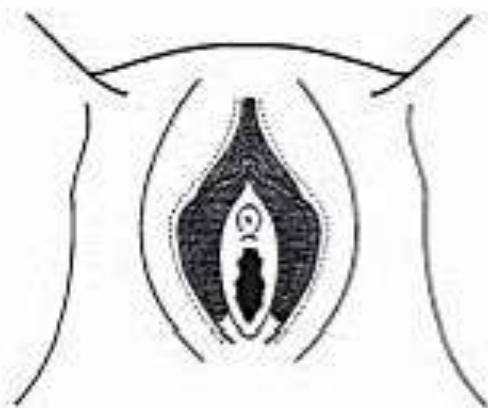


Figure 9E : Area of tissue removed – Type III FGM

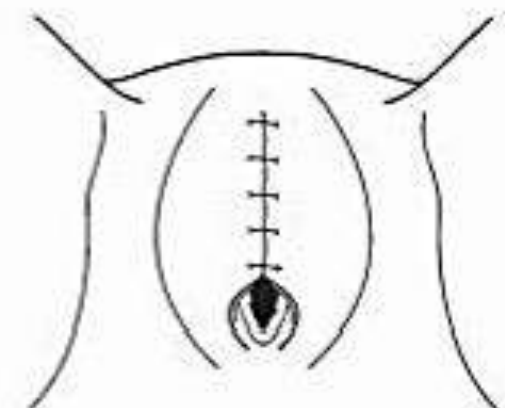


Figure 9F : Appearance of Type III after suture

Source: reference (43)

EK 3. Sağlık Çalışanının Eğitimi

ACEP / IAFN programı

Amerikan Acil Hekimler Koleji (ACEP) ve Uluslararası Adli Hemşireler Birliği (IAFN) aracılığıyla ortaklaşa sağlanan program, sağlık uygulayıcılarına (doktorlar ve hemşireler) yöneliktir ve cinsel saldırıya maruz bırakılanlara sağlık hizmetleri sunan sağlık profesyonellerinin ihtiyaç duyduğu temel yetkinlikleri geliştirmek için tasarlanmıştır (1,2).

Kurs, 40 saatlik didaktik içerik ve 40-96 saatlik ek klinik uygulamadan oluşur. İlk eğitime ek olarak, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, cinsel şiddet mağdurlarının tedavisi ve yönetimini kapsayan yıllık hizmet içi veya sürekli eğitim kurslarına katılmaları önerilir.

ACEP / IAFN müfredatı aşağıda özetlenmiştir; uygun olduğu şekilde yerel ihtiyaçlara, kaynaklara, yasalara ve uygulama yönetmeliklerine uyacak şekilde değiştirilebilir.

Minimum çekirdek müfredat

Önerilen minimum çekirdek müfredat aşağıdakileri modülleri içerir:

1. Multidisipliner ekip kavramı

- Kanun uygulayıcı personel, ceza adaleti, tecavüz kriz ajansları, diğer toplum kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları (STK'lar) ile işbirliği.
- Tecavüz kriz savunucusunun, kolluk kuvvetlerinin, adli tıp uzmanının, savcının ve diğer toplum kurumu personelinin rolleri ve sorumlulukları.

2. Tecavüzün dinamikleri

- Cinsel şiddetin tanımları.
- Tecavüz mitleri/inanışları ve gerçekleri.
- Tecavüz travması sendromu.
- Travma sonrası stres bozukluğu.

3. Cinsel saldırının adli muayenesi

Not: Bu modül yalnızca adli muayeneyi yapacak olan doktor ve hemşireler için gereklidir.

- İletişim becerileri.
- Adli ve tıbbi öyküyü alma.
- Normal anatomi ve fizyoloji.

- iv. Normal cinsel tepki.
- v. Yaraların tanımlanması ve değerlendirilmesi.
- vi. Ayrıntılı genital muayene (varsa kolposkop kullanımı dahil).
- vii. Uygun adli delillerin toplanması.
- viii. Koruma ve Gözetim Zinciri
- ix. Belgeleme.

4. Hasta yönetimi

- i. Yaraların tedavisi.
- ii. Krize müdahale.
- iii. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları tarama ve tedavisi.
- iv. Gebelik taraması ve profilaksisi.
- v. Tahliye planlama konuları
- vi. Tavsiyeler

5. Ceza adaleti sistemi

Not: Bu modül yalnızca adli muayene yapacak hekimler ve hemşireler için gereklidir.

- i. Cinsel şiddet ve delil toplama ile ilgili yasalar (cinsel şiddet mağdurları ile çalışan tüm personel, bu alandaki yerel, bölgesel, eyalet ve federal tüzükler ve gereklilikler hakkında bilgi sahibi olmalıdır).
- ii. Mahkeme salonu personelinin rolleri.
- iii. Kovuşturma ve savunma stratejileri.
- iv. Ceza adaleti süreci.
- v. Mahkeme salonu tanıklığı.

6. Etik konular

- i. Aydınlatılmış onam.
- ii. Gizlilik.
- iii. Sorunları bildirme.
- iv. Kişisel değerler ve inançlar.

7. Program değerlendirilmesi

Klinik uygulama

Klinik uygulama, yalnızca adli tıp muayenesi yapacak olan hekimler ve hemşireler için gereklidir. Hekim veya hemşirenin asgari yeterlilik düzeyine ulaşması için mümkünse bir uygulama merkezi müfredatın parçasını oluşturmalıdır. Stajyer öğrenciler, cinsel saldırı konusunda özel olarak eğitilmiş, deneyimli bir adli tıp uzmanı tarafından denetlenmelidir (supervision).

Klinik uygulamanın bir parçası olarak öğrenciler şunları yapmalıdır:

- i. Ayrıntılı genital muayeneler gerçekleştirin (bu bir aile planlaması kliniğinde, kadın-doğum kliniğinde yapılabilir).
- ii. Spekulomla ve bimanuel muayeneler yapın.
- iii. Kolposkopu (varsa) ve diğer ekipmanı nasıl kullanacağınızı öğrenin.
- iv. Deneyimli bir uzmanın cinsel saldırı adli muayenelerini gözlemleyin ve eşliğinde gerçekleştirin (uzmanlığa ulaşmak yaklaşık olarak ortalama 20 muayene gerektirir).
- v. Mümkünse ve izin verildiğinde tecavüz davalarının mahkeme salonundaki işlemlerini izleyin.

İsteğe bağlı müfredat

Aşağıdaki modüller ve pratik deneyim, çekirdek müfredata eklenebilir:

1. Adli fotoğrafçılık.
2. İzin veriliyorsa polis criminal laboratuvarının gözlemlenmesi ve gezilmesi.
3. İzin verilen yerlerde kolluk kuvvetleri üyeleriyle birlikte gezinti.
4. Tecavüz kriz programlarına ve diğer toplum kuruluşlarına ziyaretler.

Eğitim programının sonunda sağlık profesyonelleri şunları yapabilmelidir:

- multidisipliner bir ekibin üyesi olarak çalışmak;
- başvuranla görüşmek;
- kriz müdahale stratejilerini başlatmak;
- Cinsel saldırı adli muayenelerini yapmak;
- gerekirse, inceleme bulgularıyla ilgili olarak mahkemede ifade vermek;
- CYBE'lar ve gebelik testleri ve profilaksisini yönetmek;
- yaralanmaları tedavi etmek (mesleki beceri ve eğitim seviyesine uygun şekilde);
- hasta gizliliğini korumak;
- devam eden program değerlendirmeleriyle yüksek kalitede bir bakım sağlamak.

Diğer programlar

Cinsel şiddet mağdurlarına hizmet sunumu alanında, sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için fırsatlar sunan bir dizi kısa, informal kurslar, konferans atölyeler ve üniversite programları mevcuttur.

Sunulan programların ayrıntıları genellikle ilgili bilimsel dergilerde, örneğin *Journal of clinical forensic medicine* veya internette bulunabilir.

Kaynaklar

1. Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient. Dallas, TX, American College of Emergency Physicians, 1999.
2. Sexual assault nurse examiner education guidelines. Pitman, NJ, International Association of Forensic Nurses, 1997.