

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

2015 OCAK-2016 HAZİRAN TARİHLERİ ARASINDA TRABZON
ÇOCUK KORUMA VE İZLEM MERKEZİNE BAŞVURAN
ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARI OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Güven Seçkin KIRCI

TRABZON-2017

T.C
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

2015 OCAK-2016 HAZİRAN TARİHLERİ ARASINDA TRABZON
ÇOCUK KORUMA VE İZLEM MERKEZİNE BAŞVURAN
ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARI OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Güven Seçkin KIRCI

Tez Danışmanı: Doç. Dr. ERDAL ÖZER

TRABZON-2017

ÖNSÖZ

Bir üniversite hocası olmanın çok daha ötesinde, küçük adımlar atmaya gayret ettiğim bu akademik yolda, bana cesaret veren, her konuda tereddütsüz desteği ile beni onurlandıran, hayata bakışı ve akademik duruşundan feyz aldığım çok kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Erdal ÖZER'e, bu çalışmanın Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezinde yürütülmesine her açıdan destek olan saygıdeğer Merkez Müdürüm ve Dekan Yardımcım Sayın Prof. Dr. Mustafa İMAMOĞLU'na ve tüm merkez çalışanlarına, asistanı olmak ve kendisi ile çalışmak fırsatına erdiğim, tecrübeleri ile mesleki hayatıma yön veren değerli hocalarım Sayın Doç Dr İsmail BİRİNCİOĞLU ve Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER'e, çalışmamın İstatiksel yükünü taşımamı sağlayan, bu konudaki engin bilgisiyle katkısını en derinden hissettiren hocam Sayın Prof. Dr. Murat TOPBAŞ'a, asistanlık hayatım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarım Hasan OKUMUŞ, Halil İlhan AYDOĞDU ve Mehmet ASKAY'a, bu günlere ulaşmamda hiç şüphesiz her türlü fedakarlıklarıyla yanımda olan sevgili annem, babam ve kardeşime, çalışma süresince istemeden ihmal ettiğim ancak sabır ve anlayışıyla beni karşılayan, hayatı birlikte yürüdüğüm sevgili eşim Dilek ve biricik oğlum Ata'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Güven Seçkin KIRCI

ÖZET

2015 Ocak-2016 Haziran Tarihleri Arasında Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezine Başvuran Çocuğun Cinsel İstismarı Olgularının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Çocuk istismarı, kaza dışı ve önlenabilir bir sebeple çocuğun; yetişkin bir kimse tarafından fiziki, ruhsal ya da her iki açıdan birden zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızın amacı; merkeze başvuran mağdur çocukların özellikleri üzerinden çocuk istismarının bölgemiz profiline ulaşmak, bölgemiz özelliklerini literatür ile karşılaştırarak mevcut olabilecek farklılıkları ortaya koyabilmek, literatürce bilinen risk faktörlerine ilave risk faktörleri belirlemek olarak sıralanabilmektedir.

Materyal ve Method: Çalışmamız KTÜ (Karadeniz Teknik Üniversitesi) Tıp Fakültesi bünyesinde kurulu ÇOKİM'de (Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi) yürütülmüş olup, Ocak-2015 ile Haziran-2016 yılları arasında geçen bir buçuk yıllık sürede başvuran çocuklar dahil edilmiştir. Çalışma merkez tarafından tutulan kayıtların retrospektif değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Bulgular: Değerlendirdiğimiz 103 çocuğun cinsiyetine bakıldığında; 86 sının (%83,5) kız, 17 sinin (%16,5) erkek olduğu, erkek/kız oranının 0.19 olduğu görülmüştür. Olguların yaş gruplarına bakıldığında; 19 unun (%18,4) 9 yaş ve daha küçük, 37 sinin (%35,9) 10 ve 14 yaşları arasında, 47 (%45,6) çocuğun ise 15 yaş ve daha büyük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda tespit edilen en küçük çocuk yaşı 4 iken, en büyük çocuk yaşı 18 dir. Yaş ortalaması ise 13.11 ± 3.817 dir.

Tartışma ve Sonuç: Çocuğun cinsel istismarı, istismar tiplerinin arasında hem en zor tanı konulanıdır. Bu nedenle kronik vakaların sıkça görüldüğü tiptir. Çocuğun cinsel istismarında istismar mağduru çocuk, korku, tehdit, söylediklerine inanılmayacağı ve utanç verici duruma düşeceği inancıyla, maruz kaldığı istismarı yıllarca saklamakta, bu nedenle çok uzun yıllar boyunca yineleyen istismarlara maruz kalan mağdurlar ortaya çıkmaktadır. Bahsedilen be sebeplerden ötürü çocuğun cinsel istismarı, toplumsal farkındalığın oluşturularak, birçok meslek örgütünün birlikte üzerinde durması gereken bir konu olmalıdır.

SUMMARY

Evaluation of Child Sexual Abuse Cases Aplied to Trabzon Child Protection and Monitoring Center Between January-2015 to June 2016

Introduction: Child abuse is defined as the child's being harmed by an adult physically, psychologically or both with a deliberate and preventable reason. The purpose of our study is to reach the profile of our region in terms of child abuse through the features of the victims applying to the centre, to reveal the possible differences by comparing the literature and the properties of our region, to define the additional risk factors to the ones known by the literature.

Material and Method: Our study has been carried out in Trabzon Child Protection And Monitoring Centre and the children applying during one and a half year, between January 2015 and June 2016, have been included. The study involves the retrospective evaluation of the records kept by the centre.

Results: Considering the gender of 103 children we evaluated, it is seen that 86 (83,5%) of them are girls; 17 (16,5%) of them are boys and the girl/boy ratio is 0.19. Considering the age groups, 19 (18,4%) of them are 9 or younger; 37 (35,9%) of them are between 10 and 14; 47 (45,6 %) of them are 15 and older. While the youngest age identified in our study is 4, the oldest child age is 18. The average of age is 13.11 ± 3.817 .

Discussion: Child abuse is the most difficult of all abuse types to be diagnosed. For this reason, it is the type that the chronic cases are seen the most. In child abuse, the victim hides the abuse for years due to fear, threat or believing not to be relied on and be humiliated, therefore, victims who suffer from recurrent abuses for long years come out. Because of the reasons mentioned, child abuse is to be the issue on which various professional associations have to put emphasis by raising the public awareness.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMA LİSTESİ.....	vi
TABLOLAR DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuk Tanımı	4
2.2. Çocuğun Gelişim Evreleri	4
2.1.1. Bebeklik Dönemi	4
2.2.2. Erken Çocukluk Dönemi (Anal Dönem)	5
2.2.3. Oyun Çağı (Fallik Dönem)	6
2.2.4. Okul Çağı (Latans Dönem).....	7
2.2.5. Ergenlik Dönemi.....	9
2.3. Çocuk İstismarı.....	11
2.3.1. Tanımı.....	11
2.3.2. Tarihçesi.....	12
2.3.3. Türleri	13
2.4. Çocuğun Cinsel İstismarı	15
2.4.1. Tanımı.....	15
2.4.2. Türleri	16
2.4.3. Etiyolojisi.....	19
2.4.4. Epidemiyolojisi	19
2.4.5. Risk Faktörleri	20
2.4.6. Cinsel İstismarda Görülen Klinik Bulgular	21
2.4.7. Tıbbi Değerlendirme.....	22
2.4.8. Cinsel İstismarın Önlenmesi.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Yöntem	31

3.2. Verilerin İstatiksel Analizi	32
3.3. Kısıtlılıklar.....	31
4. BULGULAR.....	33
4.1. Mağdurlara Ait Bulgular	33
4.2. Ebeveynlere Ait Bulgular	35
4.3. İstismara ait Özellikler	38
4.4. İstismarın Failine ait Özellikler.....	41
4.5. İstismarın Yeri, Mekanı ve Zamanı ile İlgili Özellikler.....	43
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR	55

KISALTMALAR LİSTESİ

B-HCG	Beta Human Koryonik Gonodotropin
CYBH	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
ÇOKİM	Çocuk Koruma Ve İzlem Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GGT	Gama glutamil transpeptidaz
ISPCAN	Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği
PAP	Prostatik asit fosfataz
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCK	Türk Ceza Kanunu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USG	Ultrasonografi

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Adams Sınıflandırması Anogenital Muayene Bulguları	28
Tablo 2. Adam's Sınıflandırması İstismar Olasılığının Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 3. Yaş Grupları.....	33
Tablo 4. Mağdur Çocukların Eğitim Durumları.....	34
Tablo 5. Mağdur Çocukların Tıbbi Özgeçmişleri	35
Tablo 6. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Tıbbi Özgeçmişleri.....	36
Tablo 7. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Eğitim Düzeyleri	37
Tablo 8. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Birliktelik Durumu	37
Tablo 9. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Akrabalık Durumu.....	38
Tablo 10. İstismar Tipinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	38
Tablo 11. Mağdur Çocukların Maruz Kaldığı İstismar Sayıları.....	39
Tablo 12. İstismarın İhbar Şekli.....	40
Tablo 13. İstismar ile Merkeze Başvuru Arasında Geçen Süre.....	41
Tablo 14. Mağdur Çocuk ile Fail Arasındaki Yakınlık Durumu.....	42
Tablo 15. Mağdur Çocuk ile Failin Tanışıklık Sebebi.....	43
Tablo 16. İstismarın Yeri, Mekânı ve Zamanı ile İlgili Özellikler	43

1. GİRİŞ

Çocuk istismarı, kaza dışı ve önlenabilir bir sebeple çocuğun; yetişkin bir kimse tarafından fiziki, ruhsal ya da her iki açıdan birden zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır (1). İnsanlık tarihi boyunca ilk çağlardan günümüze, her coğrafyada ve her kültürde izlerine rastladığımız çocuk istismarı ilk kez 1800'lü yıllarda tanımlanmış, günümüzde ise bu konuyla ilgilenen uzmanların sayıca artışı ve özel merkezlerin yaygınlaştırılması ile önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olduğu ortaya konmuştur.

Yasalarımıza göre 18 yaşını doldurmamış her birey çocuktur. Ülke nüfusumuza bakıldığında, nüfus yoğunluğumuzun büyük kısmını 18 yaşın altında çocuk olarak nitelendirdiğimiz bireylerin oluşturduğunu görmekteyiz. Bu sebeple çocuğa yönelik olup, tüm toplumu direk etkileyen çocuk istismarı kavramı tüm yönleriyle araştırmaya ve öğrenilmeye açıktır.

Çocuk istismarı esasen, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere 4 ana başlıkta incelenmektedir. Adı geçen bu istismar türleri içerisinde cinsel istismar; hem hekimlerce tanınması en zor, hem de toplumsal etkileri en fazla olan tür olması nedeniyle diğerlerinden ayrılmaktadır (2). Literatüre bakıldığında cinsel istismara yönelik birçok tanım bulunmakla birlikte, çocuğun herhangi bir şekilde bir erişkinin cinsel stimülasyonu için kullanılması olarak özetlenebilir (3). Toplumda hiç te azımsanmayacak sayılarda görülen cinsel istismar, tespit edilemeyen olgu sayısının, tespit edilenden çok daha fazla olduğu düşünüldüğünden, toplumsal huzur ve halk sağlığı açılarından ciddi boyutlarda bir tehlikedir. Çalışmalar incelendiğinde çocuklara yapılan cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. Çalışmalarda çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığının %10-40 olduğu bildirilmektedir (4-8).

Cinsel tacizden penetrasyonun olduğu nitelikli saldırılara, çocuk pornografisinden, çocuğun fuhuşa zorlanmasına kadar geniş bir yelpazede ele aldığımız bu konu, adli tıp, çocuk psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, kadın doğum vb. gibi birçok tıp uzmanlık alanının birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Ayrıca cinsel istismar mağduru çocuğun adli süreçte, hakim, savcı, avukat, psikolog ve sosyal

inceleme uzmanı gibi birçok farklı disiplin ile temas halinde olması gerektiği de düşünülürken çocuk istismarının bildirim, tanı, adli süreç ve rehabilitasyon/tedavi aşamalarında çok kapsamlı ve multidisipliner bir çalışma grubuna ihtiyaç duyduğu açıkça anlaşılmaktadır.

Ülkemizde bu konuyla ilgili rutin uygulamalara bakıldığında, hekimler adli mercilerce gönderilmiş, cinsel istismara maruz kaldığı iddia olunan çocuklar ile karşılaşmaktadırlar. Ayrıca başka bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurup, tesadüfen veya hekimin ön değerlendirmesi sonucunda cinsel istismara maruz kaldığından şüphelenilen olgularla da karşılaşır. Böyle bir durumda bir sağlık çalışanı olarak hekimin, bu durumu adli mercilere bildirmesi bir zorunluluktur. Gerek olguların bildirimini ile başlayan süreç, gerekse adli makamlarca bilirkişi değerlendirilmesi talep edilen olguların değerlendirme süreci, tıbbi, hukuki ve sosyal hizmet alanında çalışan kişilerin uyum, işbirliği ve koordinasyon içinde çalışmalarını gerekli kılar. Olgular hakkında düzenlenen adli raporlara gerekçeli veya gerekçesiz çeşitli nedenlerle itiraz edilmesi adli sürecin uzamasına neden olan en önemli faktörlerden bir tanesidir. Değerlendirme sürecinin uzaması çocuğun, tekrar tekrar sorgulanmasına, tekrar tekrar muayene edilmesine, dolayısıyla olayı hatırlamasına ve daha fazla örselenmesine neden olur.

Son zamanlarda bu konu üzerinde çalışan hem tıbbi hem de hukuki alanda birçok uzman, çocuğun adli ve medikal süreçte iyatrojenik olarak örselenmesini en aza indirmek için multidisipliner bir yaklaşıma sahip merkezlerin kurulmasına dikkat çekmiş ve bu çalışmaların sonucunda ülkemizde çocuğun cinsel istismarına maruz kalan mağdur çocuklara yönelik hizmet vermek üzere çocuk koruma ve çocuk izlem merkezleri kurulmuştur (9). İstismar mağduru çocuk gerek kolluk kuvvetiyle gerek sağlık birimlerince gerekse de kendi ailesi tarafından bu merkezlere getirildiğinde, konunun uzmanları tarafından karşılanmakta, tüm adli ve medikal süreçler bu merkezler içerisinde tek seferde gerçekleştirilmekte ve bu sayede mağdur çocuk süreçten en az düzeyde etkilenmektedir. Bu merkezler bünyesinde hukuki sürece dair ifade ve tanıya yönelik muayene işlemleri tatbik edilmesinin yanında çocuğa tıbbi ve sosyal destek te sağlanmakta ve mağdur çocuk en kısa zamanda rehabilitasyon sürecine dahil edilmektedir.

Trabzon Çocuk Koruma Ve İzlem Merkezi (ÇOKİM) anlatmaya çalıştığımız amaçlarla 2014 yılında KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi bünyesinde kurulmuş ve 2015 yılında fiilen faaliyetlerine başlamıştır. Bu kurum, bünyesinde bulunan doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, adli görüşmeciler ve psikologlar sayesinde mağdur çocuk ile en iyi ilişkiyi kurmak, adli süreci hızlandırmak ve çocuğun süreçle ilgili olarak tekrarlayan örselenmesini engellemeyi amaçlayan ve bu yönde hizmet veren bir kurumdur.

Bu kuruma 2015 Ocak, 2016 Haziran ayları arasında başvuran çocuğun cinsel istismarı olgularını incelediğimiz çalışmamızda mağdur çocuğun sosyodemografik, kültürel, sosyal, ailesel özelliklerinin yanında faile yönelik özellikleri de ele almaya çalıştık.

Çalışmamızın amacı; merkeze başvuran mağdur çocukların özellikleri üzerinden çocuk istismarının bölgemiz profiline ulaşmak, bölgemiz özelliklerini literatür ile karşılaştırarak mevcut olabilecek farklılıkları ortaya koyabilmek, literatürce bilinen risk faktörlerine ilave risk faktörleri belirlemek olarak sıralanabilmektedir.

Ayrıca bir başka hedef olarak ortaya koymaya çalıştığımız bu farklılıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine yansımalarını değerlendirerek merkezin ve bu konuyla uğraşan profesyonellerin çalışma rutinlerini gözden geçirmek sayılabilir.

Bir başka açıdan bakıldığında ise olayların oluş öyküleri ve fail özellikleri üzerinden toplumun ışığı olan çocukların istismara maruz kaldığı yerin, zamanın, tanışıklığın özellikleri belirlenerek istismardan korunma yolları olup olmadığı belirlemeyi de ikincil amaç olarak düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Tanımı

Çocuğun sözlük anlamına bakıldığında bebeklik ile ergenlik dönemi arasında geçen süre zarfında insana verilen ad olduğunu görmekteyiz. Bu dönem genellikle yürüme ve konuşmanın tamamen öğrenilmesi ile başlarken, cinselliğe ait fiziksel ve ruhsal özelliklerin belirmeye başladığı sıralarda son bulur (10).

Ancak esasen hukuksal anlamda çocuk terimi, birçok farklı yasaya göre, değişik zaman dilimleri için kullanılmaktadır. Örneğin Türk Ceza Kanunu Madde 6 b bendinde çocuk deyiminden 18 yaşını doldurmamış kişi olarak bahsedilir. Medeni Kanun ise madde 11 de erginliğin 18 yaşını doldurmakla başlayacağı ancak evliliğin kişiyi ergin kılacağına hükmeder. Çocuk Koruma Kanununda ise daha erken yaşta ergin kılınmış olsa dahi 18 yaşını doldurmamış her bireyden çocuk diye bahsedilir (11).

Esasen, görülen bu farklı tanımlamalar çocuk teriminin bir insanın yaşamı dahilindeki gelişim basamaklarından biri olmakla birlikte, aynı anda hukuki sonuçları olan bir ifade olduğunun da göstergesidir.

2.2. Çocuğun Gelişim Evreleri

2.2.1. Bebeklik Dönemi (Oral Dönem)

Psikanalist kurama göre, bebeklerin kendilerini ifade ettikleri en önemli bölge ağızdır. Merak ettikleri her nesneyi ağızlarına alarak ve ısrarak tanımak isterler. Bundan dolayı bu evre “*oral dönem*” olarak adlandırılır.

2.2.1.1. Fiziksel gelişim

İnsanın gebelikten sonra en hızlı büyümesi bu dönemde olur. Doğum sonrası ilk 4 hafta “yenidoğan” dönemi olarak adlandırılır. Yenidoğan bir bebek yaklaşık 50 cm ve 3500 gr dir. Yenidoğan ilk aylarda ayda yaklaşık 500-600 gr kilo alırken,

boyu ayda 2-3 cm uzar. Bir yaşındaki bir bebek ilk 6 ayda doğum kilosunu 2 ye katlar ve boyu yaklaşık 15-20 cm uzama gösterir. Doğan bir bebek bir yaşına ulaştığında ağırlığı ortalama 10 kg, boyu yaklaşık 76 cm olur (8,12). Bebekler ilk aylarında günün büyük kısmını uyuyarak geçirirler. Işığı farkeder ve görür, sesleri de işitirler fakat, henüz yeterli sinir ve kas gelişimine ulaşamadıklarından tepkisel davranışları yoktur. Yenidoğan döneminde ellerini yumruk şeklinde kapalı tutan bebekler, 4. aydan itibaren kendisine uzatılan nesnelere tutarken, 5-6. aydan itibaren nesnelere uzanmaya başlar. Bebeklerin birçoğu 5-11. aylarda emeklemeye, 9-15. aylarda yürümeye başlar (12).

2.2.1.2. Ruhsal gelişim

Bu dönemde tamamen bakıma muhtaçtırlar. Bu sebeple bakım verenin kişinin uzaklaşması bu dönemde bebeklerde kaygı ve ağlama sebebidir. Annesi veya bakım vereni ile bebek arasında kurulan bağlar bebeğin ilerleyen zaman içerisinde sosyal varlık olmasını sağlayacaktır. Anneleri ile güvenli bağlanan bebeklerin, ihmal edilen veya istismar edilen bebeklere göre birçok açıdan daha iyi bir gelişim gösterdikleri bilinmektedir (2,8).

2.2.2. Erken Çocukluk Dönemi (Anal Dönem)

Bu dönem, 1-3 yaşları arasındaki dönemdir ve esasen çocuğun bebeklikten çocukluğa geçiş dönemidir. Çocukların tuvalet alışkanlıklarına kazandıkları bu döneme “*anal dönem*” de denir. Bu dönem, kendilerine ait isteklere sahip bir birey olduklarını gösterme gayretleri sebebiyle birçok yönden ergenlik dönemine benzetilmekle özerklik dönemi olarak ta adlandırılmaktadır (12).

2.2.2.1. Fiziksel gelişim

Birinci yılın sonunda ağırlığı 10 kg, boyu 76 cm, baş çevresi 46 cm'ye ulaşan çocuğun, yaşamın ikinci yılında büyüme hızı ilk yıla nazaran daha yavaşlar. Yürümeyi, konuşmayı ve tuvalet eğitimini bu dönemde kazanılacaktır. Birinci yaş

sonunda destek alarak ayağa kalkan ve yürümeye başlayan çocuk, ikinci yaşı içerisinde merdiven çıkabilecek kadar gelişir. Bebeklik döneminde annesine tam bağımlı olan bebeğin hareket kazanması, kontrol edilmek istememe ve çevreyi tanıma arzusu kazalara sebep olabilir. Bu dönemde bebeklerin iştahı azalacak, bebeklik döneminde olduğu gibi uzun süre uyumayacaktır. Ancak bu dönemde çocuklar henüz yönlendirilmek konusunda yeterli değildir, bu sebeple yaşlılarıyla oynamayı ve paylaşmayı pek beceremezler (12).

2.2.2.2. Ruhsal gelişim

Konunu uzmanlarınca “*erken çocukluk*” olarak adlandırılan bu dönem sfinkter kontrolünün gelişmesi ile başlar. Doyum gereksinimleri anal bölge çevresindedir. Çocuklarda bu döneme özgü çiş, kaka yapma, tutma bulaştırma gibi doyum davranışları izlenir. Bu dönemde oral döneme göre büyüme hızı yavaşlamış, zihinsel gelişim hız kazanmıştır. Artık işittiğini anlayabilecek kadar sözcük dağarcığına erişmişlerdir, ancak 2 veya daha fazla kelime ihtiva eden cümle kurmaları ikinci yılın sonuna dek beklenir (12,13). Bu dönem, çocuğun çok bencil, sinirli, inatçı olduğu istekleri yerine getirilmediğinde aileyi çok zorlayabildiği bir süreçtir.

2.2.3. Oyun Çağı (Fallik Dönem)

Bir çocuğun 3 yaşı ile okula başlaması arasında geçen süredir. Bu döneme oyun çağı adı da verilmektedir. Bu dönemin en tipik özelliği çocuğun kendi cinsiyetinin farkına varması, başka bir söyleyişle cinsiyet organlarının farklılığını anlamalarıdır. Bu nedenle bu döneme fallik dönem ya da genital dönem de denilir. Bu dönemde merak sadece cinsiyetle sınırlı değildir. Yaşamın tüm alanlarıyla ilgili, soru sorarlar, araştırırlar ve keşfetmeye çalışırlar.

2.2.3.1. Fiziksel gelişim

Bu dönemde fiziksel gelişim, zihinsel gelişim ve motor gelişim göre daha yavaş ilerler. Kaba ve ince motor kabiliyetler hızla gelişir. Kağıtları katlamak, kesmek, yapıştırmak, resim çizmek, boyamak konusunda becerileri artar. Yaşadıklarını resim çizerek aktarabilir. Basit insan resimleri çizebilir. Kurallı oyunlara katılabilir. Dans edebilir, şarkı söyleyebilir. Kendi yemeğini kendisi yiyebilir, dişlerini fırçalayabilir. Dönemin sonlarına doğru kendi başlarına kıyafetlerini çıkartıp, giyinebilirler (13,14). Bu dönemde iletişim kurma yeteneği iyice gelişir. Konuşmaları sırasında cümleler uzundur, kullandıkları sözcük sayısı artmıştır. Aile dışındaki kişilerle oyun oynamaya daha isteklidir. Akrabalarına, arkadaşlarının anne babasına, öğretmenlerine ve çevredeki diğer kişilere ilgileri artar. Özellikle bu sebeple istismarın görülmeye başlama yaşı sıklıkla bu dönemdedir (12).

2.2.3.2. Ruhsal Gelişim

Bu dönemde, çocukların zihinsel gelişimi, konuşması hızla ilerlemeye ve manaca derinlik kazanmaya başlar. Soyut kavramların ayrımı bu dönemde başlar. Nesnelere benzerliklerine göre ayırabilir. Renkleri bilir. Bu dönemde çocuklarda algılayıcı ve ifade edici dil gelişmeye başladığından istismar mağduru çocukların ifadelerinde dile getirdikleri “kötü dokunma” dikkat çekicidir, ancak bu dönemdeki çocukların istismara karşı koymaları mümkün değildir. İfadelerine güvenilir olmaya başlar. Hikaye ve masallarda yer alan kahramanlar gibi konulara aşırı ilgi duyarlar. Kandırılabilirler. Konulan kuralları anlar ve kurallara gereksinim duyarlar (12,13).

2.2.4. Okul Çağı (Latans Dönem)

Okula başlayan bir çocuğun başlama yaşı olan 6 yaşından kızlarda 11-12, erkeklerde ise 12-13 yaşlarına kadar sürecektir. Çocuğun gelecek yaşamı üzerinde oldukça etkilidir. Psikanalistlerce bu dönem “latans dönem” olarak adlandırılır. Çocuğun oyun çağı boyunca ön planda tuttuğu cinsel ilgi okul

yaşantısının başlamasıyla yeni sosyal çevre ve akademik kaygı oluşması nedenleriyle sessiz kalır. Bu dönemde cinsel dürtülerin bir yerlerde saklı kaldığı kabul edilir.

2.2.4.1. Fiziksel gelişim

Bu dönemde fiziksel gelişim önceki dönemlere kıyasla oldukça yavaştır. Normal sağlıklı büyüme gösteren bir çocuğun ağırlığında 3-3,5 kg artış, boyunda 6-7 cm uzama, baş çevresinde ancak 2-3 cm'lik büyüme olur. Süt dişleri dökülür, kalıcı dişleri çıkmaya başlar (13). Fiziksel gelişimdeki bu yavaşlamaya karşın yüzme, koşma, bisiklete binme gibi kabiliyetlerde belirgin bir gelişim gözlenir. Yazı yazma, boyama, resim yapma, makas kullanma gibi genellikle ilköğretim 1. sınıfta kazanılan ince motor hareketlerde düzenli ve sürekli bir gelişme vardır. Puberte öncesinde hipotalamus duyarlılığı ve hipofiz değişiklikleri gonadotropin yapımında artışa neden olur. Boy uzamasında hızlanma, tüylenmede artış görülür. Cinsel organlarda değişim yeni başlamıştır. Bu dönemde çocukların bedensel değişim hızları, cinsiyete, ailesel özelliklere, beslenme gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, puberte öncesinde temel vücut değişiklikleri kızlarda meme ve kalça yağ dokusunda artış, erkeklerde kas dokusunda belirginleşme şeklindedir (12).

2.2.4.2. Ruhsal gelişim

Bu dönemde çocuk dışında daha uzun zaman geçirir. Aile bireylerinden başka, yeni arkadaşlar, öğretmenler, diğer çocukların aileleri gibi yeni ve geniş bir sosyal çevresi vardır. Farklı sosyal kurallar öğrenmeye ve yeni ilişkiler kurmaya başlar (12). Arkadaş seçimini kendisi yapar, karşı cinsle arkadaşlık yapmak bu dönemde her iki cinsiyetinde pek hoşuna gitmez. Erkek çocuklar, erkelerle, kız çocuklar kızlarla arkadaşlık kurar. Ancak mastürbasyon görülebilen bir davranıştır (13). Okulla ilk kez tanışan çocuklar, yeni toplumsal kurallara uyum göstermekte zorlanabilirler. İçine kapanık ya da saldırgan davranışlar sergileyebilirler. Çocukta var olan dikkat sorunları, aşırı hareketlilik, öğrenme güçlüğü, zeka geriliği gibi durumlar nedeniyle öğrenmede güçlük yaşayabilirler. Sıkıntının erken dönemde fark

edilmesi ve çözüm yolları aranması önemlidir (12). Okul çağında öğretmenin istek ve kuralları ön plandadır. Başta öğretmeni olmak üzere, onaylanmak, beğenilmek, sevilme için çabalar ve onaylandığında gurur duyar. Bu dönemde kazandığı sosyal ve eğitim ile ilgili beceriler, yaşamı boyunca kullanacağı beceriler olduğundan bu dönemde doğru eğitim ve öğretimin özel bir önemi vardır. Okul çağının sonlarına doğru çocuklarda büyüsel ve kendine dönük düşüncenin yerini çok boyutlu düşünme alır. Zaman ve mekanı doğru algılar ve tanımlayabilirler. İyiyi kötüden, doğruyu yanlıştan ayırt edebilirler, yaşına uygun konuları yorumlayabilir, tartışabilir ve görüş bildirebilirler (12,13).

2.2.5. Ergenlik Dönemi

Kelime anlamı olarak ergenlik büyüme anlamına gelir. Çocuğun ortalama 12-13 yaşlarında başlayıp erişkinliğe kadar sürecek olan bir zamanı kapsar. Bu dönemde çocuk, fiziksel, cinsel ve ruhsal anlamda hızlı bir gelişim gösterir (12).

2.2.5.1. Fiziksel Gelişim

Önceki dönemlerde yavaşlayan fiziksel gelişim, bu dönemde yeniden sürat kazanır. Bu dönemin sonunda bir çocuk erişkinlik boyuna ulaşacak buna bağlı olarak kilo artışı gözlenecektir. Kızların fiziksel gelişimi erkeklerden önce başlar. Bu dönemde salınmaya başlayan hormanlar, sekonder seks karakterlerinin ortaya çıkmasına neden olur. Kızlarda omuzlar ovalleşir, göğüsler ve göğüs uçları olgunlaşır. Erkeklerde göğüs kafesi ve omuzlar genişler, kol ve bacak kasları gelişir, sakal ve bıyık gibi sekonder seks karakterleri ortaya çıkar. Her iki cinsiyette de aksiller ve pubik tüylenme meydana gelir (2,15). Kızlarda ergenlik gelişiminin başlamasından yaklaşık 1,5 yıl sonra menstrual kanama başlar, bu kanamanın süresi genetik faktörlerin etkisinde değişkenlik göstermektedir (13).

2.2.5.2. Ruhsal Gelişim

Ergenlik dönemindeki çocuğun psikososyal gelişimi, fiziksel ve cinsel gelişiminde olduğu gibi hızlı seyretmez. Soyut düşünce kavramı daha gelişmemiş olup, problemleri somuta indirgeyerek çözüm ararlar. Ergenlik dönemi, çocuğun toplumsal, mesleki, cinsel alanlarda “kimlik” arayışı içinde olduğu dönemdir. Kişiliğinin oluştuğu bu dönemde uygun rol model ve güven duyacağı kişileri ararlar. Toplum içinde kabul edilebilir bir yer belirleme uğraşı içerisinde olan ergen aldığı rol modele göre mafya lideri ya da iyilik meleği gibi davranabilir (12). Cinsel kimlik arayışının da olduğu ergenlik döneminde, çocuk kadın ya da erkek gibi davranışlar sergileyebilirler. Ne olduğu, ne olmak istediği konusunda dönem kafa karışıklığı yaşaması bu dönem için normal kabul edilir. Klinikte kız çocukların erkek çocuklar gibi davranması daha fazla karşılaşılan bir durumdur. Ancak erkek çocukların kız çocuk gibi davranmasının sosyal bir çatışma sonucu olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle “cinsel kimlik bozukluğu” erkeklerde daha fazla görülen bir problemdir. Okul çağından latent durumdaki cinsel ilgi tekrar ortaya çıkmaya başlar. Dürtü kontrolünün zayıf olduğu ergenlik döneminde cinsel ilgidaki bu artış ergeni risklere karşı açık hedef haline getirmektedir. Cinsel dürtülerin artmasına bağlı olarak ergenin cinsel konular hakkında merakı artar. Bu dönemde çocuğun gelişim düzeyi ile ilgili bilgiler aile içinde ve eğitim kurumlarında açık ve öğretici biçimde çocuğa verilmelidir (16). Bu dönemde de okul çağına olduğu gibi arkadaşlık ön plandadır. Kızlar kızlarla, erkekler erkeklerle arkadaşlık yapmayı tercih ederler. Ancak karşı cins tarafından beğenilmek için yoğun çaba sarf ederler (17). Öz güvenini geliştirme çabası içinde bulunan ergenin, hoşlandığı karşı cins tarafından reddedilmek hemen herkese karşı genel bir güvensizlik duygusuna kapılarak toplumdan soyutlanmasına neden olabileceği gibi fiziksel ceza veya cinsel içerikli bir şaka veya sarkıntılık gencin yaşamında unutamayacağı bir iz bırakabilir (13,18). Bu dönemde ergenin kendi düşünce ve fikirlerini ön planda tutması, başkalarına ait fikirlere ve tavsiyelere karşı gelmesi nedeniyle toplumsal kurallarla ve otorite ile çatışır. Ergenliğin sonlarına doğru soyut düşünme yeteneği gelişir. Doğru ve yanlış ayırt edebilme, tek başlarına karar verme, gerçekçi hedefler belirleyebilme yetenekleri gelişir. Aile ve

çevre ile olan çatışmalar azalır ve sorumluluk almaya başlarlar. Dürtülerini kontrol edebilmeyi başarır (19).

2.3. Çocuk İstismarı

Çocuk istismarı yüzyıllardır var olan ve ne yazık ki yaşadığımız dünyada yüzyıllarca var olmaya devam edecek, ciddi ve daima üzerinde çalışılması gereken hem sosyal hem de sonuçları itibariyle tıbbi ve adli bir konudur. Her toplumda, her millette, her çağda ve dinde görülüyor olmasına rağmen konu ile ilgili bilimsel çalışmalar insanlık tarihi açısından geç zamanlara denk düşer. Bu durum konunun insanlık açısından ileri düzeyde hassasiyet içermesi nedeniyle paradoksal bir kaçınma refleksi olabileceği fikri, bu bakış açısıyla araştırılmalıdır.

2.3.1. Tanımı

Uzun yıllar boyunca üzerinde ciddi çalışmalar olmayan bu konuda bilimsel çalışmalar yapılmaya başlamasının ardından çocuk istismarı birçok bilimsel araştırmacı tarafından tanımlanmıştır. Bu tanımlara topluca bakacak olursak; Avery ve First (1989) yaptıkları tanımda çocuk istismarını çocuklara karşı yapılan her türlü kötü tutum olarak ifade etmiştir. Helfer ise 1987 yılında yaptığı tanımlamada; aile bireyleri arasındaki iletişimin ya da iletişimsizliğin çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimlerine zarar vermesi olarak sınırlamıştır. Schmitt ve Krugman ise 1992 de çocuk istismarını çocukların ya da ergenlik dönemindeki genç bireylerin anne ve babaları ya da kendilerine bakmakla yükümlü olan bireyler tarafından kötü muamele ve tutum uygulanması olarak özetler (20).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını, "bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak tanımlamıştır. Tanım çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine alır (21).

Çocuk ihmali ise, çocuğun sağlıklı gelişimi için sağlanması beslenme, barınma, sağlık, giyim, korunma, gözetim gibi temel gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (14).

Çocuk istismarı, esasen iki değişkene bağımlıdır. Bunlardan biri zaman diğeri ise kültürdür. Çocuk istismarı gerçekten de zamana ve çağa bağımlı olarak değişkenlikler gösterebilmektedir. İkinci faktör ise kültürdür. Bir kültürce istismar kabul edilen bir davranış, diğeri için normal karşılanabilmektedir. Bu bağlamda yapılacak en geniş tanım; belli bir zaman dilimi içinde, bir yetişkin tarafından çocuğa o kültürde kabul edilmeyen bir davranışı uygulamasıdır (20).

2.3.2. Tarihçesi

Çocuk istismarının tarihçesi bilinen en eski çağlara uzanır. Geçmişe ışık tutan bir çok efsane, destan ve masalda çocuk istismarının izlerine rastlamak mümkündür. Kocasına olan kıskançlığı ve nefreti nedeniyle çocuklarını öldüren Medea, tahtını kaybetmek korkusuyla çocuklarını yiyen Kronos, babası Zeus tarafından Olimpostan aşağı atılıp topal kalan Çirkin Hefaestos, ve taht uğruna çocuklarını boğdurtan sayısız hükümdarlar en bilinenlerden bazılarıdır (22).

Tıbbi literatürde çocuk istismarı konusunda ilk bilimsel tanımlama ise, 1860 yılında bir Adli Tıp Profesörü olan Ambroise Tardieu tarafından yapılmıştır. Çocukların otopsi bulgularının derlenmesinden oluşan çalışması fiziksel ve cinsel istismar konusunda yapılan ilk çalışma olarak kabul edilmektedir (23). Bu çalışmanın ardından konu ile ilgili çalışmalar yine bir süre kesintiye uğramış, bu alanda yeni bir çalışma olmamıştır.

Ambroise Tardieu'nün çalışmasından tam 86 yıl sonra, Dr. Caffey incelediği 6 yenidoğanda, travma ve hastalık öyküsüyle örtüşmeyen, şüpheli ve düşündürücü, farklı zamanlara ait kemik kırıkları ve subdural hematomlar fark etmiş ve bu çalışması ile çocuk istismarına vurgu yapmıştır (24).

Bu alandaki asıl sistemik bilimsel çalışmalar ise 1961 yılında Amerikan Pediatri Akademisi tarafından düzenlenen bir sempozyumda söz alan pediatrik doktor Henry Kempe'nin dövülmüş ve saldırıya maruz kalmış çocukları 'dövülmüş-hırpalanmış çocuk' (Battered Child Sendrom) olarak tanımlamasıyla başlar (25).

Kempe'nin bu tanımı sonrasında yapılacak birçok çalışma ile gelişecek ve çocuk istismarı adını alacaktır (13).

Çocuk istismarı konusu, son yıllarda gerek bu alanda çalışan araştırmacıların gerekse devletlerin hep gündeminde olmuş, bu konu ile ilgili birçok önlem niteliğinde kanun ve bilgilendirmeler yapılmıştır. Tüm bu girişimlere rağmen istatistiklere bakıldığında istismar mağduru çocukların sayısı yıllar içinde artış göstermektedir. Bu durumu toplumsal farkındalığın artışına bağlı olarak ihbar ve tanı sürecinde yaşanan pozitif gelişimin bir sonucu olarak düşünmek akılcı yaklaşım olacaktır.

2.3.3. Türleri

DSÖ'ne göre çocuğa karşı kötü muamele fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik istismar ve ihmal olarak beş ayrı alt başlıkta değerlendirilebilir (26). İhmal, çocuğa karşı kötü muamele sayılan davranışlardan en genel olanıdır. İhmalden sonra sırası ile fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar suçları gelmektedir. Zoroglu ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada ihmalin (%16.5) en sık bildirilen ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (%15.9), fiziksel (%13.5), cinsel (%10.7) istismarın takip ettiğini tespit edilmiştir (27).

2.3.3.1. Fiziksel İstismar

Çocuğun kaza dışı nedenlerle yaralanmasına bağlı gelişir ve çocuğa zarar veren her türlü fiziki şiddet türünü içerir. Belirlenmesi en kolay istismar türüdür. Tanısı fiziksel bulgular üzerinden konulduğundan klinisyenlerce tanı koymak bu istismar tipinde nispeten kolaydır. Kaza dışı travmalar genellikle çocuğun anne babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde veya anne baba kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkar. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır (21).

Fiziksel istismarda meydana gelebilecek fiziksel bulguları basit bir kızarıklıktan, hayati organlarda meydana gelebilecek yaralanmalara kadar geniş bir yelpazede değerlendirmek gerekir. Şüphesiz ki fiziksel istismarın en ciddi sonucu

olarak kalıcı vasıflı sakatlıklar ve ölüm düşünölmelidir. Fiziksel istismarda en sık görölen ölüm nedeni ise kafaiçi kanamalardır (21).

2.3.3.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olan, çoğunlukla bildirilmeyen ve gizli kalan, kısa ve uzun dönemli etkileri açısından önemli bir olaydır. Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi'nin 1991'deki tanımına göre "Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel uyarımı için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Yeni Türk Ceza Yasası'na göre çocuklara yönelik cinsel amaçlı saldırılar "Cinsel İstismar" olarak adlandırılmaktadır (28).

2.3.3.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, istismar türleri arasında ihmal ile birlikte en sık rastlanan tiptir. En önemli özelliği diğer istismar tiplerine hemen hemen her zaman eşlik eder (21). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu duygusal istismarı ve ihmali çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (29).

2.3.3.4. Ekonomik İstismar

DSÖ'nün yaptığı tanımlama ile yeni kaynaklarda yerini almaya başlayan çocuk istismarının bu tipi, fiziksel ve psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, herhangi bir iş kolunda çalışması ya da çalıştırılmasını kapsar (26). Eski kaynaklara göre 4 tipe ayrılan çocuk istismarı konusu, dünyanın hızla artan nüfusuna paralel artan insan ve iş gücü gereksiniminin bir sonucu olarak, ucuz iş gücü

sayılabilecek çocukların birçok farklı sektörde kar amaçlı çalıştırılmalarına sebep olmuştur. Bu istismar türüne bakıldığında karşılaştığımız birçok istismar biçimi diğer istismar tiplerini de kapsayacaktır. Şöyle ki, çocuğun fuhuşa zorlanması aynı zamanda nitelikli bir cinsel istismar biçimidir.

2.3.3.5. İhmal

Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından, daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında bulunduran devlet tarafından karşılanmaması anlamına gelir. Fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi ihmal olarak karşımıza çıkabilir. Büyüme-gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla fiziksel ihmal söz konusudur. Fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme olasılığı fazladır, çünkü fiziksel ve cinsel istismara göre tanısı çok daha soyuttur. Fiziksel istismara göre daha az dramatik olmakla birlikte çocukta yarattığı hasar benzerdir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır (21).

2.4. Çocuğun Cinsel İstismarı

2.4.1. Tanım

Cinsel istismar, fiziksel ve psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir erişkinin cinsel doyumunu sağlamak amacıyla, bir takım çeşitli cinsel aktivitelerde yer almasıdır (30). Eğer erişkin birey çocukla kan bağı taşıyor ya da çocuğu bakmakla yükümlü ise bu duruma da ensest adı verilmektedir (31). Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN) çocukların cinsel istismarını “rıza yaşının altındaki çocuğun yetişkin kişinin cinsel doyumuna yol açacak davranım içinde bulunması veya duruma göz yumulması ve bu davranım sırasında herhangi bir nesne veya şiddet kullanılması, fiziksel veya genital temas

içermesi, çocuk tarafından başlatılıp başlatılmaması ve kısa dönemde zararlı sonuçların ortaya çıkıp çıkmaması ile ilgilenmez” şeklinde tanımlamaktadır (18).

Çocuk istismarında mağdur hep çocuk iken, fail her zaman erişkin değildir. Birçok olguda istismar faili çocuklara rastlamak mümkündür. Bu durumda yaşanan olayı istismar olarak değerlendirmek için çocuklardan birinin diğerinden fiziksel ve psikososyal açıdan olgun olması gerekir. Bazı kaynaklarda ise aralarında en az 5 yaş fark olması gerektiği de belirtilmektedir (18). Aralarında yaş farkı veya fiziksel ya da psikososyal olgunluk farkı bulunmayan iki çocuğun, kendi istekleri ile birbirlerinin çıplak vücutlarını izlemesi, genital bölgelerine dokunması gibi faaliyetleri cinsel oyun olarak değerlendirmek daha doğru yaklaşım olacaktır (18).

Cinsel istismar tanı koymanın en zor olduğu istismar tipi olması nedeniyle olgular çoğunlukla uzun yıllar sessiz kalmış ve tanı konamamış olgulardır (28). Bu durum mağdur olan çocuğun hem kısa hem de uzun dönemde ortaya çıkabilecek birçok ruhsal problemin odağı haline getirir. Toplumsal yapıyı derinden yaralar, ahlaki ve hukuki sonuçlar doğurur. Bu açıdan değerlendirildiğinde çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir.

Ayrıca cinsel istismar konusu içeriğinde iki önemli değişkeni barındırdığı da unutulmamalıdır. Cinsel istismar birincil olarak kültürler arası değişkenliklere açıktır. Müslüman toplumların geleneksel ve dini temalarla erkek çocuklara uyguladığı sünnet, Müslüman toplumlarda normal karşılanırken, batılı toplumların dönem dönem bu uygulamayı istismar kapsamında değerlendirdiği görülmüştür (18). İkinci değişken olarak da zaman kabul edilmektedir. Geçen zaman içinde gelişen teknoloji ve bilim insanoğlunun geçmiş çağlarda çocuklara uyguladığı bir takım davranış biçimini etkilemiş ve değiştirmiştir (18).

2.4.2. Türleri

Çocuğun cinsel istismarını farklı şekillerde sınıflandırmak mümkün olsa da; literatüre bakıldığında en sık karşılaşılan sınıflandırmalar; cinsel aktivite sırasında gerçekleşen eyleme göre sınıflandırma, cinsel istismarın aile içi (ensest) ya da dışı olarak sınıflandırılması, birden fazla istismar türünün bir arada olduğu durumlar ve çocuğun cinsel sömürüsü şeklinde özetlenebilir. Cinsel istismar, yalnızca temasa

dayalı eylemler olmayıp, çocuğa cinsel içerikli bir takım şeyler söylemekten, penisin vajinaya tam penetrasyonuna kadar giden geniş bir yelpazeyi içermesi bu konuda bir sınıflandırma yapmayı hem zorunlu hem de zor kılmıştır.

2.4.2.1. Temas İçermeyen Aktivitelere Bulunmak Suretiyle Cinsel İstismar

Bu tür cinsel istismarı 4 maddede özetlemek mümkündür. Teşhir, istismarcının çocuğa cinsel anlamda özel kabul edilen bölgelerini gösterdiği istismar şeklidir. Çocukla seks içerikli konuşma ve çocuğa seks içerikli görüntüler izletilmesi diğer iki istismar türüdür. Temas içermeyen cinsel istismar aktivitelerinden sonuncusu da röntgencilik olarak adlandırılan çocuğu özellikle çıplak olduğu vakitlerde gizlice ve ya açıkça izlemektir (32).

2.4.2.2. Temas İçeren Aktivitelere Bulunmak Suretiyle Cinsel İstismar

- **Cinsel Dokunma**

Vücudun özel bölgelerine dokunmayı içeren istismar biçimidir. İstismar faili mağduru kendine dokundurmaya zorlayabilir. Fail ya da mağdur giyinik ve ya çıplakken de gerçekleşmesi mümkündür (32).

- **Frotaj**

Mağdurun özel vücut bölgelerine istismarcının kendi vücut bölgelerini sürmek suretiyle cinsel doyuma ulaştığı istismar şeklidir (32).

- **Oral Genital Seks**

İstismarcının cinsel doyuma ulaşmak için mağdurun oral bölgesiyle cinsel birleşme sağlaması ya da mağdurun genital bölgesini öpmesi, yalaması, ısırması şeklinde gelişen istismar türüdür. En sık karşılaşılanı ağız-penis (fellatio) şeklindedir (32).

- **İnterfemoral İlişki**

İstismarcının penisini çocuğun bacakları arasına sürterek penetrasyon olmaksızın doyuma ulaştığı istismar türüdür (32).

- **Cinsel Amaçlı Penetrasyon**

İstismarcının kurbanın herhangi bir orifisine (ağız, vajina, anüs) cinsel doyum amacıyla cinsel organını, parmağını ya da herhangi başka bir yabancı cismi sokmasıyla meydana gelir (32).

2.4.2.3. Ensest

Çocuk ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü kişiler tarafından gerçekleştirilen istismar türü ensest olarak değerlendirilir (14). Ayrıca çocuğun üzerinde otoritesi olan üvey anne, baba veya akrabalarından herhangi biri ve aynı evde birlikte yaşadığı diğer kişilerin gerçekleştirdiği istismarı da ensest olarak değerlendirmek gereklidir (14).

Ensest vakaları gerek toplumun daha yüksek tepkisine neden olması gerekse failin aile yapısına dahil biri olması nedeniyle ortaya çıkması daha zor vakalardır. Bu nedenle ensest olgularda kronik istismar hali ile daha sık karşılaşılır (14). Ensest, toplumun tüm kesimlerinde olabileceği gibi kapalı, kalabalık ve birlikte yaşayanların fazla olduğu, sosyoekonomik açıdan düşük seviyeli kesimlerde daha sık karşılaşıldığı ve baba-kız ensestinin en sık karşılaşılan form olduğu iddia edilmektedir (32,33).

Enseste vurgulanması gereken bir noktada; mağdurdan alınan ilk ifadenin önemi olmalıdır. Uzayan yargı uygulamalarında, mağdurun ve failinin aynı aile içerisinde olması nedeniyle, ailesel baskı ve korkutmalar ile mağdur ifadelerinde zıt yönde değişikliklere çok sık rastlanır. Burada unutulmaması gereken mağdurdan alınan ilk ifadenin en gerçek ifade olma olasılığının çok daha yüksek olduğudur (13,32).

2.4.2.4. Birden Fazla İstismar Türünün Bir Arada Olduğu Durumlar

Anlatılan cinsel istismar şekillerinin varyasyonları ve kombinasyonları vardır. Çocuğun cinsel istismar sırasında fiziksel yönden şiddete maruz bırakıldığı, uyuşturucu ve alkol kullanmaya zorlandığı, küçük düşürücü aşağılayıcı sözlere maruz bırakıldığı, defekasyon ve ürinyasyon gibi aşağılayıcı yöntemler kullanıldığı,

ayinsel, törensel tipte çok sayıda istismarcının yer aldığı cinsel istismar türleri de görülmektedir (18,32).

2.4.2.5. Çocuğun Cinsel Sömürüsü

Çocuk cinsel açıdan iki türlü sömürüye uğrayabilir. Bunlardan ilki çocuğun gerçek ya da kurgulanmış biçimde herhangi bir cinsel aktivite içinde gösterilmesi, resimlerinin çekilmesi ve dağıtılmasını içeren çocuk pornografisidir (34). Diğeri ise çocukların para karşılığında cinsel ilişkiye zorlandıkları veya nadiren evden kaçan çocukların kolay yoldan para elde edebilmek için zaman zaman başvurabildikleri ve böylece kurban olabildikleri bir istismar türü olan çocuk fuhuşudur (18).

2.4.3. Etiyoloji

Çocuk istismarının etiyolojisi, diğer istismar türlerinde olduğu gibi kesin olarak bilinmemektedir. Toplumsal farkındalığın artışına paralel, vaka sayıları artıyor olsa da birçok çalışmada ortaya konan rakamlar bir buzdağının ancak görünebilen kısmıdır.

2.4.4. Epidemiyoloji

Çocuğun cinsel istismarı, her yaş grubu çocuklarda görülür. Çok küçük yaş gruplarını da içerir. Hem erkek hem de kız çocuklarının kurban olabildiği bu istismar türü üzerine yapılan çalışmaların neredeyse tümünde kız çocuklar sayıca erkek çocuklardan fazladır. Toplumun tüm kesimlerinde görülmesinin yanında, kapalı toplumlarda daha sık karşılaşıldığı düşünülmektedir.

Ancak sıklığı hakkında yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Gerek istismarın bu türünün bir ayıp olarak düşünülerek gizlenmesi, gerekse istismar mağdurlarının bu durumu açıklamaktan ciddi düzeyde duydukları endişe ve çekince, istismarı gizlenen ve zor tanı konan bir istismar türü yapmaktadır.

DSÖ'nün 1996 yılındaki araştırmasına göre ise cinsel istismar yaygınlığı %10 ile %20 arasında tahmin edilmekte ve bu olguların % 43'ünün aile üyelerinin

tacizine uğradığı bildirilmektedir (35). Literatürdeki diğer yerli ve yabancı çalışmalar ise farklılıklar göstermektedir.

Oral ve ark.'nın istismar mağduru çocukları değerlendirdikleri çok merkezli çalışmada tüm istismar türleri içinde cinsel istismar %26 olarak gösterilmiştir (36).

Soriola, 15 yaş grubundaki 900 genç kız üzerinde yaptığı araştırmada ensest sıklığını %5 olarak göstermiştir (37).

Tahiroğlu ve ark.'nın 2008 yılında Adana'da yaptıkları çalışmada, rapor düzenlenmek üzere adli tıp anabilim dalına gönderilen istismar olgularının içinde en sık karşılaşılan istismar türünün cinsel istismar olduğu bildirilmiştir (19).

Göker ve ark.'nın, yaptığı çalışmada, cinsel istismar'a maruz kaldıkları iddia edilen olguların, cinsel istismar'ın şekli bakımından incelenmesinde, olguların %47,5'inde anal ya da vajinal penetrasyon, %26,3'ünde dokunma, %10'unda interfemoral ilişki, %8,7'sinde öpme, %2,5'inde öpme ve dokunma şeklinde gerçekleştiği bildirilmiştir (38).

Çolak ve ark. tarafından benzer şekilde yapılan çalışmada, olguların %26'sında cinsel istismar'ın temas içerdiği, %34'ünde anal ya da vajinal penetrasyonun gerçekleştiği gösterilmiştir (39).

Araştırmalarda istismarın başlangıç yaşı için en yüksek riskin, 6-7 yaş grubu olduğu, bunu 8-12 yaş grubunun izlediği bildirilmiştir (40).

2.4.5. Risk Faktörleri

Cinsel istismarın risk faktörlerini değerlendirmek bir açıdan hangi profillerdeki çocukların cinsel istismarın daha sıklıkla mağduru olduğunu ortaya koyarken, cinsel istismar ile mücadele eden tüm kesimlerin hangi çocuklara yönelik daha kapsamlı koruma politikaları geliştireceğine de yön verecektir.

Bu bağlamda yapılan çalışmalara bakıldığında; kronik bir tıbbi hastalığının bulunması, ruhsal, fiziksel, gelişimsel bozuklukları nedeniyle özel bakıma ihtiyaç duyuluyor olması, sosyal olarak yalnız, daha kolay itaat eden, bağlanma sorunları yaşayan ve ilgi görme gereksinimi olan çocukların, okul öncesi yaş dönemindeki çocukların ve erken yaşta cinsel olgunluğa erişmiş ve fiziksel olarak gelişmiş çocukların cinsel istismar açısından daha fazla risk taşıdıkları gösterilmiştir (16).

Ayrıca çocuğun bulunduğu toplum, yaşadığı çevre ve ebeveyn özelliklerinin de bazı riskler içerdiği birçok çalışmada vurgulanmaktadır. Aile içinde evlilik sorunları, aile içi çatışma, ana babalık görevini yerine getirememesi, sosyal izolasyon, ebeveyn çocuk ilişkisinde bozukluk, ailenin parçalanmış olması, ebeveynlerde ruhsal ya da fiziksel hastalık olması, fazla sayıda çocuk sahibi olmanın cinsel istismar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Geçmişte istismar öyküsü olan, çocuklarla ilgili olumsuz algısı olan, empati zorluğu yaşayan ve çocuğun gelişimsel dönemiyle uygunsuz gerçek dışı beklentileri olan ebeveynlerin riski artırdığı ileri sürülmüştür (41). Yapılan bazı çalışmalar ise Annenin eğitim düzeyi düşüklüğü ile cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki olduğu göstermektedir (42).

2.4.6.Cinsel İstismarda Görülen Klinik Bulgular

Cinsel İstismar mağduru çocukların, yaşadıkları bu derin travmanın klinik yansıması çok geniş bir yelpazede, mağdurdan mağdura farklılıklar gösterir. Genellikle ilk beklenen ve gözlenen bulgular korku, kaygı, kaçınma, çökkünlük, öfke, kızgınlık ve uygunsuz cinsel söz ve davranışlardır (31).

Cinsel istismarın türü, süresi ve failinin kimliğine bağlı olarak mağdurda meydana klinik bulgular farklılık gösterdiği gibi, mağdurun yaş grubuna göre de klinik belirtiler ve karşılaşılan davranış biçimlerini sıralamak mümkündür (31).

2.4.6.1. Küçük Yaş Grubunun (10 Yaş Altı) Verdiği Tepkiler

- Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
- Resimlerde, oyunlarda ve davranışlarda cinsel içerikli temaların olması
- Sık veya ortalık yerde yapılan mastürbasyon
- Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
- Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif tepkiler
- Fobik kaçınmalar (örneğin istismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku)

- Özellikle erkek çocuklarda daha sık olarak ateş çıkarma davranışı, hayvanlara kötü davranma
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri

2.4.6.2. Daha Büyük Yaş Grubunun (10 Yaş Üstü) Tepkileri

- Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar daha azdır
- Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır
- Yeme bozuklukları (anoreksiya, bulimiya)
- Kaçıp gitme, dissosiyatif belirtiler
- Madde kötüye kullanımı
- Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar
- Depresyon, sosyal geri çekilme
- Suça yönelme
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri (31).

2.4.7. Tıbbi Değerlendirme

Çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve rehabilitasyon süreçleri multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılar. Hekimler başta olmak üzere, diğer sağlık çalışanları, adli merciler, kolluk görevlileri, öğretmenler, aile ve sosyal hizmet çalışanları bu sürecin bir parçası olmalıdır. İş birliği içinde gerçekleştirilecek, hızlı ve etkili bir çalışma ile istismar mağduru çocukların tıbbi ve adli süreçteki ikincil örselenmelerinin önüne geçilebileceği gibi rehabilitasyon süreci çok daha hızlı ve etkili hale getirilecektir.

İstismar mağduru olduğu bilinen ya da bu yönde kuvvetli şüphe duyulan bir çocuğun muayenesi genel tıbbi özgeçmişinin alınması, çevresel ortamı hakkında

detaylı bilgi, davranışlarındaki değişikliklerin kaydedilmesi ile başlanabilir. Hekim, çocuğa yönlendirici sorular sormaktan kaçınmalı, olayı çocuğun kendi ifadeleri ile duymaya çaba göstermelidir. Cinsel istismar olgularının çoğunda fiziksel bulgu elde etmek oldukça zor olduğundan, çocuğun neler olduğuna dair anlattıkları ve anlatırken gösterdiği davranışlar ve duygusal tepkiler tanıya ulaşmakta en önemli bulgulardır (32)

Cinsel istismar mağduru çocuğu muayene eden hekim, çocuklarla iyi iletişim kurmayı bilen, konuyla ilgili özel eğitimli ve yetenekli olmalıdır. Mağdur için oldukça travmatik sayılabilecek muayene, bu sayede tekrarlanmamış olacaktır. Mümkün olan durumlarda ise iki hekimin birlikte çalışması, muayeneyi ve gerekli hallerde örnek almayı kolaylaştıracağından önerilir (32).

Cinsel istismara yönelik yapılacak muayene öncesinde çocuğun yaşı ve anlama kapasitesi uygun ise Çocuk Hakları Sözleşmesine bağlı olarak kendisinden onam alınmalıdır. Bu durum sağlanamıyorsa onam ebeveynlerden ya da çocuktan sorumlu olan kişiden alınabilir (32).

Muayene ortamı çocuk için rahatlatıcı ve ferah olmalıdır, ürkütücü ve izbe koşullarda muayene yapmak birçok fiziksel olmayan bulgunun gizli kalmasına neden olabilir. Cinsel istismara yönelik yapılacak genital muayene genel bir muayenenin parçası olması ve genellikle en son yapılmalıdır. Muayene çocuğun boyu, kilosu, davranışsal ve bilişsel gelişimini içerecek nitelikte olmalı, genital bölge ile sınırlı kalınmadan çocuğun bedeninde gözlenen tüm izler belirlenmelidir (32).

İstismarın son 72 saat- 6 gün içinde olması, akut travma hikayesi bulunması ve post pubertal kız çocuklarında gebelik ihtimali düşünülmesi halinde muayene geciktirilmeden yapılmalıdır (32).

Muayene, tüm tıbbi muayenelerde olduğu gibi hasta kapıdan girince başlamalı, hasta tepeden tırnağa önce üzerindeki elbiseler ile ve sonra elbiseleri çıkarılarak değerlendirilmeli, elbiselerin durumu, yırtık olup olmadığı, herhangi bir leke olup olmadığı dahil kaydedilmeli, öykü ile uyumu ve ya uyumsuzluğu değerlendirilmelidir.

2.4.7.1. Anal Muayene

Çocuğun cinsel istismarı olgularında cinsiyet ayırt edilmeksizin anal muayene yapılması gerektiği belirtilmektedir (13). Ancak anal penetrasyona ait bulgular olguların bir çoğunda tespit edilemeyen bulgulardır. Bu bulgular failin kullandığı güç miktarına, fail ile mağdurun anatomik durumuna, istismar sırasında kayganlaştırıcı ya da herhangi bir enstürüman kullanımına, istismarın kronik olup olmamasına ve muayene ile eylem arasında geçen süreye göre değişiklik gösterecektir (43).

Diz dirsek pozisyonunda yapılan anal muayenede bazı çocuklarda ortaya çıkan venöz dolgunluğun ekimoz ile karışabileceği düşünüldüğünden, çocuğun sol lateral pozisyonunda, diz ve kalçalarının serbest olduğu bir durumda muayene yapılması önerilmektedir (32). Hekimin her iki eliyle çocuğun kaba etlerini ayırarak anal açıklığı değerlendirdiği bu yönteme buttock seperasyonu adı verilmektedir (32).

Anal muayene sırasında; anüs mukozasında hassasiyet, kızarıklık, şişlik, fissür, mühür tarzı ekimoz gözlenmesi, anal sürüntüde spermatozoa tespiti, anüs sfinkterlerinin gevşek olması, anüsün açık kalması, anal kanalda rektum mukozasında bulunan pililerin silinmiş olması, dış sfinkter cildinde ve anal kenar mukozasında skar oluşumu anal penetrasyonun kuvvetli delilleri olarak ifade edilmektedir (16,32). Bunların dışında anüs ağzının normalden daha geniş ve derin bir görünümde olduğu ve “Huni şeklinde anüs” diye adlandırılan görünümünün zayıf çocuklarda normalin bir varyasyonu olduğu bilindiğinden anal penetrasyona ait bir bulgu olarak fazla dikkate alınmadığı ifade edilmektedir (44). Anal sfinkter kaslarında belirli genişliğin üstünde ani açılması durumunun da cinsel istismarın kanıtı olup olmadığının net olmadığı, çocuğun yaşı, rektal ampulla da feçes varlığı veya muayene tekniği ile de meydana gelebileceği ifade edilmektedir (32).

2.4.7.2. Penis ve Scrotum Muayenesi

Çocuklarda, penis ve scrotum yaralanmaları nadiren de olsa görülebilen yaralanmalardandır. Ancak bu yaralanmalar sıklıkla kaza nedeniyle meydana gelmektedir. Kaza dışı olmayan yaralanmalar ise genellikle fiziksel istismara bağlı

görülür. Yine de cinsel istismar muayenesi sırasında scrotum ve penis dikkatlice muayene edilmeli, sünnetsiz çocuklarda prepisyum yukarı doğru çekilerek glans penis te kontrol edilmedir (32).

2.4.7.3. Genital Muayene

Her iki cinsiyette de genital muayene perineal muayene ile başlamalıdır. Öncelikle tercih edilen muayene pozisyonu, çocuğun sırtüstü olarak yere yattığı ve kalçaların serbest olduğu litotomi pozisyonudur. Daha sonra ise diz-dirsek pozisyonuna geçilmesi gerekir (13,32). Her iki cinsiyet için de perineal bölgede var olan tüm bulgular değerlendirmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Dış genital organlar iyi bir ışıkta kızarıklık, ödem, ekimoz, abrazyonlar açısından değerlendirilmesinin ardından sırasıyla labialar, üretra, posterior fourşet, vestibul, hymen ve vajina yeni ve eski yaralar açısından değerlendirilir (13).

Kız çocuklarında hymen değerlendirilirken vulvar bölgeye ait labium majorlar hekim tarafından baş parmak ve işaret parmağı ile tululup kendine doğru çekilmeli ve bu işlem birkaç tekrarlanarak hymenal membran için en iyi görüntü oluşturmalıdır. Ancak işlem sırasında nazik ve yavaş davranılmalı, cinsel istismar gibi ağır bir travmaya maruz kişiye acı vermekten kaçınılmalıdır. Hymen değerlendirilirken öncelikle hymenin tipi, açıklığı ve kenar özellikleri belirlenmelidir. Hymende incelleme, skar, hymenin vajinaya yapışıklığı, eski ve yeni yırtık, doku kaybı, ekimoz, abrazyon gibi görülebilen tüm lezyonlar saat kadranına göre lokalizasyonu belirtilerek tarif edilmelidir (32,45). Hymende kaideye inen yırtık, laserasyon, doku kaybı, hymeni de içine alacak şekilde uzanan posterior furşette yırtık, hymeni kapsamayacak şekilde vestibul ya da labiumda taze laserasyon ya da abrazyonların penetrasyonun güçlü delilleri olduğu ifade edilmektedir (46). Ancak hymende herhangi bir bulgu görülmemesi penetrasyonun olmadığı anlamına gelmediği unutulmamalıdır.

Genital muayene sırasında kullanılan bir cihaz olan kolposkopun, inspeksiyondan daha etkili olup olmadığına dair veriler tartışmalıdır. Ancak kolposkop kullanımının genital bölgeye dair fotoğraflama yapılabilmesi ve gerekli

durumlarda yeni değerlendirmelerin bu fotoğraflar üzerinden yapılabilmesi, çocuğun yeniden muayene edilmesinin önüne geçebilecek bir kolaylık olacaktır (13).

2.4.7.4. Laboratuvar İncelemeleri

Çocuğun cinsel istismarı olgularında, olguların niteliği, mağdurun cinsiyeti, muayeneye geliş zamanı gibi faktörlere bağlı olarak, elbise incelemeleri, kıl, vücut sıvısı, sperm aranması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebelik değerlendirmeleri yapılabilmektedir (13).

Çocuğun merkeze geliş zamanı ile tariflenen istismar arasında geçen süre 72 saatten daha az olan olgulara akut olgu denilirken, bu olgulardan inceleme yapılması tanı ve fail kimliklendirilmesi açısından önem arz eder. Bu gibi olgularda mağdurun giysileri istismar sırasında üzerinde bulunan giysiler olduğu ifade edilirse, çocuk beyaz bir kağıt üzerinde giysilerinden arındırılmalı, giysiler üzerinde olabilecek, kıl, semen, tırnak gibi deliller toplanmalı, uygun kaplar içerisine konularak, kaplar üzerine gerekli kimlik bilgileri kaydedilmeli ve tutanak altında ilgili laboratuvarlara gönderilmek üzere yetkililere teslim edilmelidir. Ayrıca çıkarılan elbiseler ıslak ise kurutulup, uygun şekilde katlanarak kağıt poşetlere konulmalı, üzerine gerekli bilgiler kaydedilerek yine tutanak altına alıp incelenecek merkezlere gönderilmek üzere yetkililere teslim edilmelidir. Bu gibi akut olgularda ayrıca muayene sırasında oral, anal ve vajinal sürüntüler alınarak incelenmek üzere gerekli merkezlere ivedilikle gönderilmelidir.

Cinsel temastan sonraki 72 saat içinde vücut boşluklarında spermatazoa ve seminal sıvı tespit edilmesi cinsel istismarın güçlü bir göstergesidir (47). Özellikle istismarcının azospermi (ejekülatında sperm olmaması) olduğu olgularda sperm sıvısında bulunan Prostat spesifik antijen (p30), Prostatik asit fosfataz (PAP), Gamaglutamil transpeptidaz (GGT), çinko tespitine yönelik analizler önem taşıır (44). Spermatazoanın ve seminal sıvının, vücut dışında ve vücut bölgelerinde saldırıdan sonra ne zamana kadar tespit edilebileceği yönünde yapılan araştırmalarda, spermatazoanın servikte 10 gün, vajende 6 gün, anüste 3 gün, ağız içi sürüntü örneklerinde ve tükürükte 31 saat süre ile, seminal sıvının ise vajinada 12-18 saat, anüsten 3 saat süre içinde örnekler alındığı taktirde saptanabildiği

belirtilmiştir (13). Yirmidört saat içinde başvuran olguların tamamına yakınında adli delil saptanabilirken, delillerin özellikle iç çamaşırlarından elde edildiğini, daha geç dönemlerde yapılan analizlerin sonuçlarının ise anlamlı olmadığı belirtilmektedir (47).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) denildiğinde sayılabilecek etkenler ve hastalıklar Gonorrhoea, Klamidya, Herpes Simpleks Virus, Papillomavirüs, Hepatit B,C, Sifiliz ve HIV olarak sayıla bilinir. Ancak CYBH lar tek başına cinsel istismarı kanıtlayacak deliller değil, beraberinde var olabilecek bulguları destekleyecek delillerdir (13). N. Gonorrhoea ve C.Trochomatis tedavi edilmediklerinde kısırlığa neden olabildikleri bilindiğinden, cinsel istismar vakalarının hepsinde taranması, CYBH ın erken teşhis ve tedavisi açısından önem arz etmektedir (13). CYBH'a yönelik profilaksi tedavisinin bazı olgularda psikolojik iyileşme sürecini desteklediği bildirilmektedir (13).

Cinsel istismara maruz kalmış tüm ergenlere gebelik testi uygulanmalıdır. Menstrüel siklusun ortasında gerçekleşmiş cinsel istismar olgularında, gebelik insidansı %10 olarak belirlenirken, rastgele yapılan örnekleme %1 olduğu bildirilmektedir Gebelik profilaksisi post-menerheal akut olgularda, gebelik yok ise post-koital 72 saat içinde uygulanmalıdır. Daha uzun süre geçtikten sonra başvuran olgulara gebelik açısından takibi gereklidir (13).

2.4.7.5. Cinsel İstismar Muayenesinde Tespit Edilen Bulguların Değerlendirilmesi

Adams tarafından yapılan ve daha sonra revize edilen sınıflandırma sistemi, cinsel istismardan şüphelenilen çocukların görüşme bulguları, fiziksel muayene bulguları ve labaratuvar bulgularına göre istismarın olasılığını sistematik bir şekilde belirlemeyi amaçlamaktadır (48).

Tablo 1. Adams Sınıflandırması Anogenital Muayene Bulguları

1-Anogenital Muayene Bulguları		
a)Normal Yenidoğanda Görülen	b)Doğal Değişiklikler	c)Diğer Durumlar
1. Hymende saçaksı yapı	1. Septalı Hymen	1. Perianal Hemanjiomlar
2.Hymende şişlik veya yükseklik	2. Orta Hat Füzyon Defekti	2. Liken Skleroz
3.Hymen dış yüzünde kabarıklık	3. Distiasis Ani	3. Behçet Hastalığı
4.Hymende yarık veya çatlak (Supin pozisyonda 3-9 çizgisinin üzerinde kalan bölümde)	4. Perianal deri çıkıntısı	4. Perianal Streptokokal Sellilüt
5-Artmış perianal pigmentasyon	5. Dikey intravajinal kabarıklık	5. Molluscum Contagiosum
6-Perianal bölgede konjesyon	6. Linea vestibularis	6. Verruca Vulgaris
7.Periüretal veya vestibüler	7. Streptokokal vajinit	
	8. Üretral prolapsus	
	9. Vajinada yabancı cisim çizgilenme	
2. Nonspesifik Bulgular (Cinsel istismara bağlı oluşabilen, muayene zamanına kadar değişebilen, diğer nedenlere de bağlı oluşabilen)		
1. Vajen, penis, skrotumda eritem 2. Vajen girişinde vazodilatasyon 3. Labial yapışıklık 4. Vajinal akıntı 5. Genital, anal veziküler lezyonlar 6. Genital anal siğil benzeri lezyonlar 7. Labium majörlerin arka komissüründe frajilite artışı 8. Hymende kalınlaşma 9. Anal fissürler 10. Anal katlantılarda yassılaşma 11. Anal dilatasyon 12. Vajinal kanama		
3. İstismar ya da travmayı düşündüren bulgular (Muhtemel istismarın olduğu ancak tek neden olmadığı vakalar. Ayrım için anamnez önem taşır.)		
1. Dizdirsek pozisyonunda anüste belirgin ve ani dilatasyon 2. Posterior segmentte hymenal açıklığın %50'sinden fazla olan yarık ya da çatlak 3. Genital bölgelerde akut abrazyon, laserasyon ve ekimoz 4. Genital bölge veya uyluk iç yüzde ısırık ya da emme izleri 5. Labia majörlerin arka komissüründe, hymeni içermeyen skar ya da yeni laserasyon 6. Perianal skar		
4. Künt ya da penetran travmayı kuvvetle düşündüren bulgular (Himen ya da perianal dokularda travmadan başka bir şekilde açıklanamayanlar)		
1. Himende akut laserasyon 2. Himende ekimoz 3. Eksternal anal sfinktere uzanan perianal laserasyonlar 4. Himende iyileşmiş yırtık, tabana kadar yırtıldığı "komplet yırtık" 5. Hymen doku yokluğu		

Tablo 2. Adam'ın Sınıflandırması İstismar Olasılığının Değerlendirilmesi

İstismar Olasılığının Değerlendirilmesi
1. İstismar ihtimali yok
<ul style="list-style-type: none">• Negatif anamnez, davranış değişikliği yok, doğal muayene bulguları, tanık yok• Negatif anamnez, davranış değişikliği yok, açıklanamayan nonspesifik bulgular,• Negatif anamnez, davranış değişiklikleri mevcut (nonspesifik), cinsel istismar riski var,• Kaza sonucu yaralanma öyküsü ile tutarlı ve inandırıcı fizik muayene bulguları
2. Olası istismar
<ul style="list-style-type: none">• 1 ve 2. alt sınır bulgularıyla birlikte,• Cinsel davranış değişiklikleri var, istismar öyküsü vermekten yoksun• Anogenital HSV tip I lezyonları var, istismar öyküsü yok, muayene bulgusu yok• Condyloma Accuminata var, CYBH bulguları yok, istismar öyküsü yok, muayene bulgusu yok• (3-5 yaşından büyük çocuklarda Condyloma görülmesi durumunda cinsel istismar araştırılmalıdır)• Ayrıntılı olmayan ve normal gelişimiyle tutarlılık göstermeyen öykü mevcut, muayene bulgusu yok
3. Artmış istismar olasılığı
<ul style="list-style-type: none">• Tutarlı ve ayrıntılı taciz öyküsü olması (<i>anormal fiziksel muayene bulgusu var ya da yok</i>)• Genital ya da anal kültürlerde HSV tip II üremesi• Clamidia Trachomatisin kültürde üremesi• Trichomonas enfeksiyonu (<i>mikroskopta görülmesi ya da kültürde üremesi</i>)
4. Cinsel temas ya da istismarın kuvvetli bulguları
Mevcut, kaza öyküsü yok <ul style="list-style-type: none">• İstismarı belgeleyen fotoğraf ya da video varlığı• Vücut üzerinde ya da içinde sperm veya seminal sıvı tespiti• Gebelik• Neisseria Gonorrhea üremesi, Akkiz sfiliz bulguları, HIV enfeksiyonu

2.4.8. Cinsel İstismarın Önlenmesi

Cinsel istismarı bir çocuğun tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde en önemli unsurların başında çocuğun yeniden travmatize olmasını engellemek olmalıdır. Bunun yanında istismarın önlenmesine yönelik atılacak adımlar, istismar sayılarının azaltacağı gibi, istismar mağduru çocukların rehabilitasyon süreçlerine de katkı sağlayacaktır. Korunma önlemlerini birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemi olarak ele alınmaktadır. Birincil koruma şiddetin ortaya çıkışını önlemeye yönelik çalışmaları, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış kişinin rehabilitasyonu çabalarını kapsar (29).

Koruma önlemlerinin uygulanmasında başarılı olunabilmesi için başta uygulayıcılar olmak üzere, çocuk ve ergenlerin ebeveynlerin, öğretmenlerin, çocukla ilişkide olan diğer erişkinlerin, hekimler başta olmak üzere konuyla çalışan profesyonellerin ve toplumun istismar konusunda eğitilmeleri, bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (31).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Yöntem

Çalışmamız Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde kurulu ÇOKİM’de yürütülmüş olup, çalışmaya bu merkeze çocuk istismarı mağduru olduğu iddiasıyla Ocak-2015 ile Haziran-2016 yılları arasında geçen bir buçuk yıllık sürede başvuran çocuklar dahil edilmiştir. Çalışma merkez tarafından tutulan kayıtların retrospektif değerlendirilmesini kapsamaktadır. Merkez tarafından her çocuk için ayrı ayrı tutulan ve gizli şekilde arşivlenen dosya kapsamında ‘Aile Görüşme Formları, Adli Görüşme Formları, Aile Tanıtım Formu, mağdur, tanık ve fail ifade tutanakları ve Adli Muayene Raporu evrakları incelenmiş, veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)-23 programına kayıt edilmiştir.

Değerlendirme sonucu elde edilen bulgular; Mağdurun sosyodemografik bulguları, mağdurun ebeveynlerinin sosyodemografik bulguları, istismara ait bulgular, istismarcıya ait bulgular ve istismarın meydana geldiği yerin özellikleri olarak beş grupta toplanmıştır.

Mağdura ait bulgular; mağdurun yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, eğitim durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişi sayısı, fiziksel ve ruhsal tıbbi özgeçmişi olarak belirlenmiştir.

Mağdurun ebeveynlerinin sosyodemografik bulguları; annenin ve babanın yaşı, özlük durumu, fiziki ya da ruhsal tıbbi özgeçmişi, eğitim durumu ve işi olarak belirlenmiştir. Ayrıca anne ve babanın birliktelik durumları, akrabalık durumları ayrıntılı olarak incelenmiş ve bulgular kaydedilmiştir.

İstismara ait bulgular başlığı altında; istismarın tipi, istismarın türü ve sayısı, istismarın ihbar şekli ve ihbar eden kişi, istismara bağlı gerçekleşen adli muayene sayısı ve muayene sırasında gözlenen bulgular, gönderilen tetkikler ve istenen konsültasyonlar, istismar ile muayene arasında geçen süre ve istismar mağduru çocuk sayısı değerlendirilmiştir.

İstismarcıya ait özellikler ve bulgular ise istismarcı sayısı, cinsiyeti, yaşı ve medeni hali ayrıca mağdur ile yakınlık düzeyi ve tanışıklık sebebi araştırılmıştır.

Son olarak ise istismarın meydana geldiği yer, ev içi ya da ev dışı, kentte ya da kırsalda oluşu açısından ve istismarın gerçekleştiği zamanın gündüz ya da gece oluşu açısından irdelenmiştir.

3.2. Verilerin İstatistiksel Analizi

Yapılan değerlendirmeler sonrasında elde edilen veriler SPSS-23.0 programı ile analiz edilerek sunulmuştur.

Olgulara ait kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.3. Kısıtlılıklar

Çalışma sırasında değerlendirmeye dahil edilen bazı vakaların, ebeveyn ve istismarcıya ait bilgilerden yoksun olması, bu vakalarda eksik bilgi elde edilmesine neden olmuştur. Bu durum çalışmamızın bir kısıtlılığı iken, ayrıca değerlendirme sonrası olguların mahkeme süreçlerinin takip edilememesi ve mağdurların sağlık hizmetini farklı birimlerde alması nedeni ile rapor sonrasına ait değerlendirme yapılamaması çalışmanın bir diğer kısıtlılığını oluşturmaktadır.

4.BULGULAR

Çalışma 2015 yılı Ocak ayı ile 2016 yılı Haziran yılları arasındaki 1.5 yıllık sürede Trabzon ÇOKİM'e çocuğun cinsel istismarı iddiasıyla başvuran ya da adli mercilerce getirilen 103 çocuğu kapsamaktadır.

4.1. Mağdurlara Ait Bulgular

Değerlendirdiğimiz 103 çocuğun cinsiyetine bakıldığında; 86 sının (%83,5) kız, 17 sinin (%16,5) erkek olduğu, erkek/kız oranınının 0.19 olduğu görülmüştür.

Olguların yaş gruplarına bakıldığında; 19 unun (%18,4) 9 yaş ve daha küçük, 37 sinin (%35,9) 10 ve 14 yaşları arasında, 47 (%45,6) çocuğun ise 15 yaş ve daha büyük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda tespit edilen en küçük çocuk yaşı 4 iken, en büyük çocuk yaşı 18 dir. Yaş ortalaması ise 13.11 ± 3.817 dir. Yaş grupları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Yaş Grupları

Yaş Grupları	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
<10 yaş	19	18,4
10-14 yaş	37	35,9
>15 yaş	47	45,6

Mağdur çocukların doğum yerlerine bakıldığında; 69 (%67) çocuğun il merkezinde yaşadığı, 29 (%28,2) çocuğun ilçe merkezlerinde yaşadığı, 5 (%4,9) çocuğun ise köylerde yaşadığı tespit edilmiştir.

Merkeze başvuran çocukların eğitim durumları gözden geçirildiğinde 32 (%31.1) olgu ile en fazla olgunun ilköğretim öğrencisi olduğu, bunu 23 (%22.3) olgu ile lise öğrencisinin takip ettiği, 2 (%1,9) çocuğun ise dosya kapsamında eğitim durumu bilgisine ulaşılamadığı görülmektedir. Mağdur çocukların eğitim durumu bilgileri Tablo 4'de gösterilmiştir. Mağdur çocukların eğitim durumları incelendiğinde; çocukların 76 sı (%75.2) adli ve tıbbi değerlendirmenin yapıldığı

esnada örgün bir eğitim kurumunda öğrenci iken, 25 inin (%24.8) örgün eğitimlerine devam etmediği görülmüştür.

Tablo 4. Mağdur Çocukların Eğitim Durumları

Eğitim Durumları	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Bilinmiyor	2	1.9
Eğitim yok	3	2.9
Okul Öncesi	5	4.9
İlkokul	16	15.5
İlkokul Terk	2	1.9
Ortaokul	32	31.1
Ortaokul Terk	9	8.7
Lise	23	22.3
Lise Terk	11	10.7

Merkeze getirilen ya da başvuran çocukların nerede yaşadıklarına bakıldığında; 87 (%84.5) çocuğun kendi evinde ebeveynleri ya da ebeveynlerinden en az birisi ile birlikte yaşadığı, 15 (%14.6) inin ise ebeveynleri ile birlikte yaşamadığı görülmüştür.

Mağdur çocukların, yaşadıkları hanede birlikte yaşadıkları kişi sayıları, 2014 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde belirtilen ortalama hane halkı büyüklüğüne göre (3.7) gruplandırıldığında; mağdurların 57 sinin (%55,3) 4 ve daha az sayıda kişiyle birlikte yaşadığı, 46 sının (%44.7) ise 5 ve daha kalabalık hanelerde yaşadığı tespit edilmiştir.

Mağdur çocukların; tıbbi özgeçmişini incelenmiş, 80 (%77,7) mağdur çocukta herhangi bir fiziki ya da ruhsal hastalık gözlenmemiştir. Tespit edilen hastalıklar arasında en sık karşılaşılanı ise 8 (%7.8) olgu ile mental retardasyon olmuştur. Çocuklarda tespit edilen hastalıklar Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Mağdur Çocukların Tıbbi Özgeçmişleri

Hastalık Adı	Kişi Sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Hastalık Yok	80	77.7
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	4	3.9
Down Sendromu	2	1.9
Çölyak Hastalığı	1	1
Astım Bronşiale	1	1
Mental Reterdasyon	8	7.8
Alopesi Areata	1	1
Major Depresyon	2	1.9
Anemi	1	1
Entüresis Nokturna	2	1.9
Epilepsi	1	1

4.2 Ebeveynlere Ait Bulgular

Mağdur çocukların anne ve babalarına ait özellikleri değerlendirdiğimizde; en genç anne 22 yaşında iken, en yaşlı anne 57 yaşında idi. Mağdur çocukların annelerinin yaş ortalaması 39.86 ± 7.018 bulundu. En genç baba 29 yaşında iken, en yaşlı baba 60 yaşında idi. Babaların yaş ortalaması ise 43.86 ± 6.442 bulundu.

Mağdur çocukların annelerinin tıbbi özgeçmişleri değerlendirildiğinde; 80 (%77.7) olguda herhangi bir fiziki ya da ruhsal hastalık gözlenmezken, en sık gözlenen hastalık 4 (%3.9) olgu ile nevroitik tipte psikiyatrik hastalıklar bulundu. 3 (%2.9) olgunun ise tıbbi özgeçmişine ulaşılamadı.

Mağdur çocukların babalarının tıbbi özgeçmişleri değerlendirildiğinde; 82 (%79.6) olguda herhangi bir fiziki ya da ruhsal hastalık gözlenmezken, en sık gözlenen hastalık 4 (%3.9) olgu ile nevroitik tipte psikiyatrik hastalıklar bulundu. 4 (%3.8) olgunun ise tıbbi özgeçmişine ulaşılamadı. Mağdur çocukların ebeveynlerinin tıbbi özgeçmişleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Tıbbi Özgeçmişleri

Anne Hastalık	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Baba Hastalık	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Hastalık Yok	80	77.7	Hastalık Yok	82	79.6
Görme Engelli	1	1	Alkol Bağ.	2	1.9
Diabetes Mellitus	2	1.9	Vefat	1	1
Parkinson Hast.	1	1	Kanser	1	1
Behçet Hast.	1	1	Mental Retardasyon	1	1
Kalp Kapak Hast.	2	1.9	Nevrotik Hast.	4	3.8
Kanser	1	1	KOAH	1	1
Vefat	2	1.9	KAH	2	1.9
Tiroid Hast.	1	1	Hepatit B	2	1.9
Nevrotik Hast.	4	3.8	Şizofreni	1	1
Esansiyel HT	3	2.8	Esansiyel HT	1	1
SLE	2	1.9	HIV	1	1

Merkeze başvuran ya da getirilen mağdur çocukların annelerinin eğitim düzeylerine bakıldığında; 17 (%16.5) olgunun herhangi bir eğitim görmediği, 55 (%53.4) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 14 (13.6) olgunun ortaokula kadar eğitim gördüğü, 10 (%9.7) olgunun lise mezunu olduğu, 3 (%2.9) olgunun ise üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Merkeze başvuran ya da getirilen mağdur çocukların babalarının eğitim düzeylerine bakıldığında; 4 (%3.8) olgunun herhangi bir eğitim görmediği, 57 (%55.3) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 17 (%16.5) olgunun ortaokula kadar eğitim gördüğü, 16 (%15.5) olgunun lise mezunu olduğu, 5 (%4.9) olgunun ise üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Mağdurların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Eğitim Düzeyleri

Eğitim Düzeyi	Anne		Baba	
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Eğitim yok	17	16.5	4	3.8
İlkokul	55	53.4	57	55.3
Ortaokul	14	13.6	17	16.5
Lise	10	9.7	16	15.5
Üniversite	3	2.9	5	4.9

Mağdurların ebeveynlerinin çalıştıkları işler değerlendirildiğinde; istismar iddiasıyla merkeze başvuran mağdur çocukların annelerinin yüksek oranda herhangi bir işte çalışmadıkları görülmüştür, buna göre mağdur çocuk annelerinden 79 u (%76.7) gelir getiren herhangi bir işe sahip değilken, 10 (%9.7) anne düzenli geliri olmayan işlerle meşgul, yalnızca 10 (%9.7) annenin ise düzenli gelir getiren bir işe sahip olduğu görülmüştür.

Mağdur çocukların babalarının meşgul oldukları işlere baktığımızda; 6 (%5.8) kişinin herhangi bir işle uğraşmadığı, 46 sının (%44.7) düzenli geliri olmayan işlerle meşgul olduğu, 46 sının (%44.7) ise düzenli gelir getiren bir işe sahip olduğu görülmektedir.

Mağdur çocukların ebeveynlerinin birliktelik durumlarını incelediğimizde; 25 (%24.3) olgunun anne ve babasının çeşitli nedenlerle ayrı yaşadığı görülmüştür.

Mağdur çocukların ebeveynlerinin akrabalık düzeyleri değerlendirildiğinde; 18 (% 17.5) olgunun akraba evliliği olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin birliktelik ve akrabalık oranları Tablo 8 ve 9'da gösterilmiştir.

Tablo 8. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Birliktelik Durumu

Ebeveyn Birliktelik	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Birlikte	76	73.8
Ayrı	25	24.3

Tablo 9. Mağdur Çocukların Ebeveynlerinin Akrabalık Durumu

Akrabalık Durumu	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Akraba Değil	83	80.6
Akraba	18	17.5

4.3 İstismara ait Özellikler

Çalışmamızda istismar sırasında vücuda organ ya da sair cisim sokulması suretiyle gerçekleşen nitelikli istismarlar ile, vücuda organ ya da sair cisim sokulması durumu olmayan niteliksiz istismarlara bakıldığında; toplam 103 olgumuzdan 64 ü (%62.1) nitelikli iken, 39 (%37.9) olgunun niteliksiz istismar olarak değerlendirildiği, bunlardan nitelikli vakaların 57 (%55.3) sinin kız çocuk, 7 sinin (%6.8) ise erkek çocuk olduğu, niteliksiz vakaların 30 (%29.1) unun kız çocuk iken, 9 (%8.7) unun erkek çocuk olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetlere göre vakaların nitelikli ve niteliksiz olma durumu Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. İstismar Tipinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kız		Erkek	
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Nitelikli	57	55,3	7	6,8
Niteliksiz	30	29.1	9	8.7

Yaş gruplarına göre istismarın tipine baktığımızda ise; 10 yaş ve altı gruptaki vakaların %58.8 i nitelikli iken, %41.2 si niteliksiz, 10-14 yaş aralığındaki vakaların %13.8 i nitelikli iken %86.2 si niteliksiz, 15 yaş ve üstü olan grupta %63.3 nitelikli iken %36.7 si niteliksiz bulunmuştur. Yaş gruplarına göre istismarın tipi arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (value:16.845, $p<0.001$)

Çalışmamızda mağdur çocuklarla yapılan görüşmeler sırasında alınan bilgilere göre değerlendirme yapıldığında; 60 (%58.3) olguda dokunma, 16 (%15.5) olguda öpme, 3 (%2.9) olguda teşhir, 10 (%9.7) sözel taciz gibi hukuken niteliksiz kabul edilen istismar türlerine rastlanıldığı, 32 (%31.1) olguda vajinal penetrasyon,

21 (%20.4) olguda anal penetrasyon, 6 (%5.8) olguda ise oral (ağız-penis) temas olduğu kayıtlarda görülmüştür.

Çalışmamızda mağdur çocukların istismar açısından tıbbi geçmişlerine bakıldığında; 50 (%48.5) olguda değerlendirmesi yapılan istismar olayının çocuğun başından geçen tek hadise olduğu görünürken, 53 (%51.5) olgunun başından en az 2 ve daha çok istismar olayı geçtiği tespit edilmiştir. Hayatı boyunca bir kez istismara maruz kalan 50 çocuğun 42 si kız iken, 8 kişisi erkek, daha önce başından 2 ve daha fazla istismar olayı geçmiş olan çocukların ise 44 ü kız iken 9 u erkek olduğu görülmüştür. Mağdur çocukların maruz kaldığı istismar sayıları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Mağdur Çocukların Maruz Kaldığı İstismar Sayıları

İstismar Sayısı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
1 kez	50	48.5
2 kez	15	14.6
3 kez	4	3.9
4 kez	4	3.9
4 ve daha fazla	30	29.1

Çalışmamızda istismar olayının nasıl ve kimler tarafından ihbar edilip ortaya çıkarıldığı hususunda vaka dosyaları dahilinde yaptığımız taramada; istismarın büyük çoğunluğunun mağdur çocuk tarafından kendi ebeveynine anlatılması sonucu ebeveynlerden herhangi birinin ya da ikisinin birden ihbarı ile ortaya çıktığı, bunu çocuğun öğretmene anlatması sonucu öğretmenin ilgili yasal mercie ihbarı sonucu ortaya çıkmasının takip ettiği görülmüştür. Çalışmamızda 57 (%55.3) olgunun mağdur çocuğun ebeveynleri tarafından ihbar edildiği, 11 (%10.7) olgunun ise öğretmenleri tarafından ihbar edildiği, bir olguda ise ihbarın nasıl ve kim tarafından yapıldığının bilgisine ulaşamadığı görülmüştür. İstismar olayının nasıl ve kimler tarafından ihbar edilip ortaya çıkarıldığı bilgisi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. İstismarın İhbar Şekli

İstismarın İhbar Nedeni	İhbar Eden Kişi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Ebeveyne anlatma	Anne-Baba	57	55.3
Öğretmene anlatma	Öğretmen*	11	10.7
Gebelik nedeniyle	Sağlık Personeli	9	8.7
Tanık şikayetiyle	Tanık	9	8.7
Kayıp İhbarı	Anne-Baba	4	3.9
Herhangi bir akrabaya anlatma	Akraba**	4	3.9
Emniyete Başvuru	Kendi	3	2.9
Kamusal alanda kolluğun yakalaması	Kolluk	2	1.9
Cezaevi görevlisine anlatma	Cezaevi Görevlisi	2	1.9
Arkadaşa anlatma	Arkadaş	1	1
Bilinmiyor	--	1	1

* olayın ihbar edildiği öğretmenlerin branşlarına bakıldığında; 11 öğretmenden 7 sinin Rehberlik ve Danışmanlık öğretmeni olduğu, 2 sinin sınıf öğretmeni olduğu, 1 inin okul idarecisi, 1 inin ise branşının tespit edilemediği görülmüştür.
** olayın ihbar edildiği akrabalarından 2 sinin mağdurun kuzeni, biri teyzesi, birinin ise amcasının eşi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda istismar olayının ihbar edildiği kurumlara baktığımızda; olgularımızın 83 ünün (%80.6) polise ihbar edildiği, 9 unun (%8.7) bir sağlık kuruluşuna ihbar edildiği, 6 sının (%5.8) savcılığa, 5 inin (%4.9) ise merkezimize ihbar edildiği görülmektedir.

Genital muayene sayısına bakıldığında ise 51 (%49.5) olguda genital muayene yapılmadığı, 51 (%49.5) olguda bir kez merkezde olmak üzere genital muayene yapıldığı, 1 (%1) olguda ise mağdur çocuğa 2 kez genital muayene yapıldığı görülmüştür.

Yapılan muayenelerde tespit edilen fiziki bulgulara bakıldığında; 20 (%19.4) vakada hymenal laserasyon tespit edildiği, bunların 18 inin eski, 2 sinin yeni vasıfta olduğu, 6 (%5.8) vakada ekstragenital ekimoz görüldüğü, 2 (%1.9) vakada genital ekimoz, 2 (%1.9) vakada anal bölgede fissür olduğu, anal fissür tespit edilen 2 vakanın da erkek çocuk olduğu, 2 (%1.9) vakada hymenal peteşi, 2 (%1.9) vakada da genital kanama tespit edildiği görülmüştür.

Yapılan muayene sırasında gönderilen tetkikler ve istenen konsültasyonlara bakıldığında; 23 (%22.3) vakadan Bhcg istendiği ve 9 unda (%8.7) pozitif olarak değerlendirildiği, 15 (%14.6) vakadan CYBH'lara yönelik tetkik istendiği, 1 vakada

bu amaçla gönderilen anal bölge sürüntü örneğinin Kondulama Akumulata olarak değerlendirildiği, 14 (%13.6) vakadan sperm incelemesi için sürüntü örnekleri gönderildiği, 1 vakada bu amaçla gönderilen örnekte sperme rastlanıldığı, 9 (%8.7) vakada ustrasonografi istendiği, 1 (%1) vakada ise tükürük örneği gönderildiği, 33 (%32) vakada muayene ardından çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istendiği, 9 (%8.7) vakadan ise Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünden konsültasyon istendiği tespit edildi.

Mağdur çocuğun merkeze başvurusuna neden olan istismar ile, merkezde yapılan muayene arasında geçen süreye bakıldığında; toplam 66 (%64.1) olgunun istismar olayı ile merkezde yapılan değerlendirmesi arasında 1 haftadan uzun süre olduğu, 28 (%28.2) olgunun 1 gün ile 7 gün arasında değerlendirildiği, yalnızca 8 (%7.8) olgunun tarafımıza 24 saatten kısa bir sürede başvurduğu ya da getirildiği tespit edilmiştir. İstismar ile mağdur çocuğun merkeze başvuru arasındaki süre Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. İstismar ile Merkeze Başvuru Arasında Geçen Süre

Geçen Süre	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
>1 hafta	66	64.1
1 gün-1 hafta	28	28.2
<24 saat	8	7.8

4.4. İstismarın Failine ait Özellikler

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz istismar vakalarının fail sayılarına baktığımızda; 97 (%94.2) olgunun failinin 1 kişi olduğu, 1 (%1) olguda failin 2 kişi olduğu, 2 (%1.9) olguda failin 3 kişi olduğu ve 3 (%2.9) olguda failin 4 kişi olduğu tespit edilmiştir. İstismarcıların tamamının erkek cinsiyete mensup olduğu görülmüştür. İstismarcıların medeni haline bakıldığında; 52 (%50.5) olgunun bekar, 50 (%48.5) olgunun evli olduğu, 1 (%1) olguda ise istismarcının medeni hali bilgisine ulaşılamadığı tespit edilmiştir.

İstismar mağduru olduğu iddia edilen çocuk ile istismarcı olduğu iddia edilen failin arasındaki yakınlık ve akrabalık ilişkileri değerlendirildiğinde; olguların 94

(%91.3) ünün, çocuğun herhangi bir şekilde tanıdığı olduğu, olguların yalnızca 9 (%8.7) unun bir yabancı tarafından meydana geldiği görülmüştür.

Çalışmamızda olgularımızın 21 (%20.4) sinde failin aile içinde olduğu görülmekte iken, 19 (%18.4) olguda failin çocuğun sevgili olduğu, 3 (%2.9) olguda ise imam nikahlı eşi olduğu tespit edilmiştir. Mağdur çocuk ile fail arasındaki yakınlık durumu Tablo 14 te gösterilmiştir.

Tablo 14. Mağdur Çocuk ile Fail Arasındaki Yakınlık Durumu

			Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Tanıdık	Aile içi	Kuzen	6	5.8
		Baba	5	4.9
		Dayı	2	1.9
		Enişte	6	5.8
		Amca	2	1.9
	Aile dışı	Arkadaş	20	19.4
		Sevgili	19	18.4
		İmam nikahlı eş	3	2.9
		Öğretmen	7	6.8
		Diğer	24	23.3
Yabancı			9	8.7

Çalışmamızda mağdur ile fail arasındaki tanışıklığın sebebine baktığımızda ise; 9 (%8.7) vakada tanışıklık olmadığı, 21 (%20.4) vakadan tanışıklığın aile içinden kaynaklandığı, 44 (%42.6) vakada failin mağdur çocuğun sosyal çevresinden tanıdığı biri olduğu, 16 (%15.5) vakada tanışıklığın çocuğun eğitim gördüğü okul nedeniyle gerçekleştiği, 13 (%12.6) vakada ise mağdur çocuk ile failin internet sayesinde tanıştığı görülmüştür. Mağdur çocuk ile failin tanışıklık sebebi Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Mağdur Çocuk ile Failin Tanışıklık Sebebi

Tanışıklık Sebebi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Tanışıklık Yok	9	8.7
Aile	21	20.4
Sosyal Çevre	44	42.6
Okul Çevresi	16	15.5
İnternet	13	12.6

4.5. İstismarın Yeri, Mekanı ve Zamanı ile İlgili Özellikler

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz istismar olgularının 76 (%73.8) sının gündüz meydana geldiği, 57 (%55.3) sinin kapalı bir mekanda olduğu ve 82 (%76.9) sinin de kentte meydana geldiği görülmüştür. İstismarın yeri, mekanı ve zamanı ile ilgili özellikler Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. İstismarın Yeri, Mekanı ve Zamanı ile İlgili Özellikler

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yeri	Kent	82	76.9
	Kırsal	21	20.4
Mekanı	Ev içi	57	55.3
	Ev dışı	46	44.7
Zamanı	Gündüz	76	73.8
	Gece	27	26.2

5. TARTIŞMA

Çocuk istismarı, çocuğun kaza dışı ve önlenabilir bir sebeple yetişkin bir kimse tarafından fiziki, ruhsal ya da her iki açıdan birden zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca ilk çağlardan günümüze, her coğrafyada ve her kültürde izlerine rastladığımız çocuk istismarı ilk kez 1800'lü yıllarda tanımlanmış, günümüzde ise bu konuyla ilgilenen uzmanların sayıca artışı ve özel merkezlerin yaygınlaştırılması ile önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olduğu ortaya konmuştur.

DSÖ tarafından yapılan bir araştırmada, yaklaşık olarak araştırmaya katılan kadınların yüzde yirmisi ve erkeklerin yüzde beşi çocukken cinsel istismara, çocukların ise yüzde yirmi beşi ile ellisi arasında bir rakamın fiziksel şiddete maruz kaldığını rapor etmişlerdir. Çocuklarda yaşam boyu olumsuz etkiler bırakan kötü muamelenin çocukların fiziksel, duygusal gelişimini olumsuz etkilediği, okul başarısını düşürdüğü, iş ve aile yaşamında iletişim sorunlarına neden olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, çocuklara karşı kötü muamele tüm insanlığın yaşam kalitesini düşüren, ekonomik ve sosyal gelişmesini olumsuz olarak etkileyen yaygın bir sorundur (26).

Çocuğun cinsel istismarı ise, istismar tiplerinin arasında hem en zor tanı konulanı hem de tanı konulup ortaya çıkarmak güç olduğundan, kronik vakaların sıkça görüldüğü tiptir. Çocuğun cinsel istismarında istismar mağduru çocuk, korku, tehdit, söylediklerine inanılmayacağı ve utanç verici duruma düşeceği inancıyla, maruz kaldığı istismarı yıllarca saklamakta, bu nedenle çok uzun yıllar boyunca yineleyen istismarlara maruz kalan mağdurlar ortaya çıkmaktadır. Bahsedilen be sebeplerden ötürü çocuğun cinsel istismarı, toplumsal farkındalığın oluşturularak, birçok meslek örgütünün birlikte üzerinde durması gereken bir konu olmalıdır.

Bu farkındalık ve bilinç ile yaptığımız çalışmamızda, merkezimize başvuran istismar mağduru olduğu iddia edilen 103 çocuk değerlendirilmiştir. Verilere bakıldığında 103 çocuktan 86 sının (%83,5) kız, 17 sinin (%16,5) erkek olduğu, erkek/kız oranınının 0.19 olduğu görülmüştür. Bu konuda yapılan birçok çalışma da kızların erkeklere oranla daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmektedir (35,49). Demirci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %22.2 si erkek iken

%77.8 inin kızı olduğu, Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise olgularının %26 sinin erkek %74 ünün kız olduğu, Koçak ve arkadaşlarının 158 olgu ile yaptığı çalışmada olguların %17.7 si erkek %82.3 ünün kız olduğu tespit edilmiştir (50-52). Diğer çalışmalara da baktığımızda çalışmamızda bulunan oran literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Her yaş grubundan çocuğun cinsel istismarın mağduru olduğu bilinmekte ise de, ortalama olarak bildirilen yaş 8-11 dir (53). Tırtıl'ın yaptığı çalışmada ise bu yaş aralığı 7-11 olarak belirtilmiştir (54). Kültür ve Çuhadaroğlu'nun çalışmasında cinsel istismara maruziyet yaşının ortalaması 10,9 olarak belirlenirken, Öztop ve Özcan'ın çalışmasında yaş ortalaması 11,4 olarak gösterilmiştir (28,55). Çengel ve ark.'nın 42 olguyu değerlendirdikleri çalışmada; erkeklerin en sık 7-11 yaş grubunda (%39,1), kızların ise en sık 12-18 yaş grubunda (%62,5) cinsel istismara uğradıkları bildirilmiştir (55). Koçak ve Alparslan'ın çalışmasında ise yaş ortalamasının 13.94 olduğu bildirilmektedir (52). Çalışmamızda incelemeye dahil ettiğimiz 103 çocuk olgunun yaş ortalaması 13.11 ± 3.817 dir. Olguların yaş gruplarına bakıldığında; 19 unun (%18,4) 9 yaş ve daha küçük, 37 sinin (%35,9) 10 ve 14 yaşları arasında, 47 (%45,6) çocuğun ise 15 yaş ve daha büyük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda tespit edilen en küçük çocuk yaşı 4 iken, en büyük çocuk yaşı 18 dir. Bu sonuçlar üzerinden değerlendirme yapılacak olursa, çocuğun okul yıllarında istismar açısından daha riskli olabileceği düşünülse de her yaş grubunun istismara maruz kalabildiği gerçeği göz ardı edilemeyecek düzeydedir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar çalışmaların farklı yörelerde gerçekleştirilmiş olması ile açıklanmaya çalışılabilir.

Mağdur çocukların doğum yerlerine bakıldığında; 69 (%67) çocuğun il merkezinde yaşadığı, 29 (%28,2) çocuğun ilçe merkezlerinde yaşadığı, 5 (%4,9) çocuğun ise köylerde yaşadığı tespit edilmiştir. Şimşek ve Gençdoğan'ın yaptığı çalışmada da benzer şekilde mağdurların %63 ünün il merkezlerinde, %29.3 ünün ilçelerde, %7.7 sinin ise köylerde yaşadığı bildirilmiştir (56). Bu durum nüfus yoğunluğuyla doğru ilişkili gibi görünmekle, köyler ve kasabalar gibi daha az kozmopolit yaşam alanlarında ihbarların çeşitli sosyal sebeplerle daha az olabileceği ve engellenebileceği sorusunu da akıllara getirmeli ve bu alanlara yönelik daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Cinsel istismarın çocuklardaki belirtileri değerlendirilirken okul başarısında düşme ve eğitimde kesintilerin oluştuğuna dair bulgulara dikkat çekilmektedir (53). Koçak ve Alparslan'ın çalışmasında; 31 olgunun ilköğretimi bitirmeden okulu terk ettiği, 5 çocuğun ise ilköğretimi bitirmiş olmasına rağmen lise devam etmediği görülmekte iken, Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da ise 11 çocuğun ilköğretimi, 12 çocuğun liseyi bitirmeden okulu terk ettiği belirtilmekte, 6 çocuğun ise ilköğretim mezunu olduğu halde liseye devam etmediği gösterilmiştir (52,57). Merkeze başvuran çocukların eğitim durumları gözden geçirildiğinde 32 (%31.1) olgu ile en fazla olgunun ilköğretim öğrencisi olduğu, bunu 23 (%22.3) olgu ile lise öğrencisi takip ettiği, 2 (%1,9) çocuğun ise dosya kapsamında eğitim durumu bilgisine ulaşamadığı görülmektedir. Mağdur çocukların eğitim durumları incelendiğinde; çocukların 76 sı (%75.2) adli ve tıbbi değerlendirmenin yapıldığı esnada örgün bir eğitim kurumunda öğrenci iken, 25 inin (%24.8) örgün eğitimlerine devam etmediği görülmüştür. Çalışmamız da ortaya çıkan bulgular literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu bulgular ile yapılacak değerlendirme de cinsel istismarın mağdur çocuklarda eğitimi sekteye uğratması söz konusu olabileceği gibi, eğitim sisteminin dışında kalmak çocuklarda cinsel istismara maruziyetin kolaylaştırıcı faktörü olabileceği de akıllarda tutulmalıdır.

Mağdur çocukların; tıbbi özgeçmişi incelendiğinde, 80 (%77,7) mağdur çocukta herhangi bir fiziki ya da ruhsal hastalık gözlenmemiştir. Tespit edilen hastalıklar arasında en sık karşılaşılanı ise 8 (%7.8) olgu ile mental retardasyon olmuştur. Mental retardasyon cinsel istismarın risk faktörleri arasında değerlendirildiğinden bu bulgumuzun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Bu tıbbi gerçeklik karşısında konu ile ilgili tüm meslek gruplarının fiziki ve ruhsal ya da mental engelleri bulunan çocuklara karşı daha özenli ve dikkatli olması gerektiği aşikardır.

Mağdurların ebeveynlerinin hastalık halleri aynı ortamda yaşamaları hasebiyle evdeki çocukların psikolojik ve fiziksel gelişimini olumsuz etkiler. Şimşek ve Gençdoğan'ın çalışmasında aile ve birinci dereceden yakın akrabalarda psikiyatrik hastalık oranı %24.6 bulunduğu tespit edilmiştir (56). Çalışmamızda ebeveynlerin büyük çoğunluğunda herhangi bir psikiyatrik öyküye rastlanılmamışken, 4 mağdurun annesinde, 3 mağdurun babasında nevrotik psikiyatrik hastalıklar olduğu

gözlenmektedir. Ortaya çıkan bu farklılığın merkez kayıtlarımızda ebeveynlere ilişkin yeterince bilgi olmadığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Ebeveynlerin eğitim düzeylerindeki düşüklük ile cinsel istismar ile ilişkili olduğunu söyleyen çalışmalar gibi, böyle bir ilişkinin olmadığı yönünde görüş bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (42,58). Çalışmamızda merkeze başvuran ya da getirilen mağdur çocukların annelerinin eğitim düzeylerine bakıldığında; 17 (%16.5) olgunun herhangi bir eğitim görmediği, 55 (%53.4) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 14 (13.6) olgunun ortaokula kadar eğitim gördüğü, 10 (%9.7) olgunun lise mezunu olduğu, 3 (%2.9) olgunun ise üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Babalara bakıldığında ise; 4 (%3.8) olgunun herhangi bir eğitim görmediği, 57 (%55.3) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 17 (%16.5) olgunun ortaokula kadar eğitim gördüğü, 16 (%15.5) olgunun lise mezunu olduğu, 5 (%4.9) olgunun ise üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi düşüklüğü, ebeveyni olunan çocuğun korunması, denetlenmesi, istismara karşı kendisini korunması yönünde bilgilendirilmesi gibi konularda ebeveynin yetersiz kalmasına, bu durumun da çocuğun istismara açık hale gelmesine neden olduğu düşünülebilir. Çalışmamız cinsel istismar ile ebeveynlerinin eğitim düşüklüğü arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir.

Literatürde ailelerin sahip olduğu sosyoekonomik düzeyin istismar riskini arttırdığı yönünde görüşler mevcuttur (31). Şimşek ve Gençdoğan'ın yaptığı çalışmada mağdur annelerin %53.8'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Aynı çalışmada babaların ise yalnızca 1 tanesinin çalışmadığı gözlenmiştir. Çalışmamıza baktığımızda; istismar iddiasıyla merkeze başvuran mağdur çocukların annelerinin yüksek oranda herhangi bir işte çalışmadıkları görülmüştür, buna göre mağdur çocuk annelerinden 79 u (%76.7) gelir getiren herhangi bir işe sahip değilken, 10 (%9.7) anne düzenli geliri olmayan işlerle meşgul, yalnızca 10 (%9.7) annenin ise düzenli gelir getiren bir işe sahip olduğu görülmüştür. Babaların ise; 6 (%5.8) kişinin herhangi bir işle uğraşmadığı, 46 sının (%44.7) düzenli geliri olmayan işlerle meşgul olduğu, 46 sının (%44.7) ise düzenli gelir getiren bir işe sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamızda gözlediğimiz bu bulgu, coğrafi ve kültürel farklılıklar gösterebileceği düşünülmekle beraber, literatürde var olan sosyoekonomik seviye düşüklüğü ile cinsel istismar riski arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Literatüre bakıldığında; birçok çalışma parçalanmış aile yapısının, ebeveyn eğitim düşüklüğü ile birlikte istismar açısından risk unsuru olduğunu ifade ettiği görülmektedir (31, 59). Koçak ve Alparslan'ın yaptığı çalışmada %28.5 olguda parçalanmış aile yapısı gözleendiği, Priebe ve Svedin'nin yaptıkları çalışmada cinsel istismara uğrayan çocukların % 41,7'sinin aileleri ile beraber yaşamadığı, Koç ve ark.'nın yaptıkları çalışmada aile yapısının % 37'sinin parçalanmış aile yapısına sahip oldukları gösterilmiştir (52,58,60) Çalışmamızda da olgularımızın %24.3 ünün parçalanmış aile yapısına sahip olduğu görülmüştür. Çalışmada tespit edilen bu bulgu literatür ile uyumludur.

TCK'da (Türk Ceza Kanunu) çocuğun cinsel istismarını düzenleyen madde 103. maddedir. Maddede çocuğun cinsel istismarına verilecek suçun belirlenmesinde 2. Fıkra "Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur" şeklinde düzenlenmiştir. Buradan anlaşılacağı gibi istismarın çocuğun vücuduna organ ya da sair bir cisim sokmak suretiyle gerçekleştirilmesi istismarın hukuken "nitelikli" olarak tanımlanmasını ifade eder. Bu tanıma göre çalışmamızda; toplam 103 olgumuzdan 64 ü (%62.1) nitelikli iken, 39 (%37.9) olgunun niteliksiz istismar olarak değerlendirildiği, bunlardan nitelikli vakaların 57 (%55.3) sinin kız çocuk, 7 sinin (%6.8) ise erkek çocuk olduğu, niteliksiz vakaların 30 (%29.1) unun kız çocuk iken, 9 (%8.7) unun erkek çocuk olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu tanımlama tıbbi bir tanımlama olmadığı gibi içinde birçok açıklanamayan soru barındırmaktadır. Cinsel amaçla çocuğun ağızına sokulan bir parmağın nitelik açısından hangi grupta değerlendirileceği bilinmediği gibi, genital bölgede açıklığın vücut içi ve dışı olarak sınırını hangi anatomik lokalizasyonun belirlediği tartışmalara açık bir durumdur. Bu sebeple istismar sınıflamasının hukuken de tıbben de böyle bir ayırmadan uzak bırakılması önerilir.

Çalışmamızda 10 yaş altı mağdurların ve 15 yaş üstü mağdurların vajinal, anal ve oral penetrasyona istatistiki olarak daha sık maruz kaldıkları gözlenirken, 10-14 yaş aralığında teşhir, sözel taciz ve dokunma gibi istismar hadiselerinin daha sık gözleendiği tespit edilmiştir (value:16.845, p<0.001). 10 yaşının altında ki çocukların gerek cinsel bilgi düzeylerinin düşük oluşu, fiziki yetersizlikleri ve yardım istemedeki zorlukları gerekse kandırılabilir ve ikna edilebilir durumları cinsel

istismarın daha ağır tablolara ilerlemesinde bir faktör olabileceği, 15 yaş üzeri grupta ise ergenlik özellikleriyle paralel cinsel ilgide artış, karşı cinsle duyulan gönül bağı ve erken evlilikler istismarın boyutunu ağır noktalara taşıyabileceği düşünülmüştür. Bu konuda yapılacak daha kapsamlı çalışmalar bu ilişkinin istatistiki geçerliliği hususunda faydalı olacaktır.

Koçak ve Alparslan'ın yaptığı çalışmada mağdurlar tarafından en sık bildirilen istismar tipi %32 ile vajinal penetrasyon olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ikinci sık görülen istismar türü ise %29.9 ile cinsel amaçlı dokunmadır (52). Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise mağdurların %89.8 inde cinsel temas, %46 sında ise penetrasyon içerdiği görülmektedir (57). Shaw ve Lewis'in yaptıkları çalışmada ise cinsel istismar nedeni ile değerlendirilen 51 olgunun % 70'inde dokunma, % 45'inde genital sürtünme, % 16'sında vajinal penetrasyon, % 38'inde oral/genital temas, % 23'ünde anal sürtünme, % 17'sinde anal penetrasyon ve % 12'sinde obje penetrasyonu saptandığı bildirilmiştir (61). Çalışmamıza bakıldığında ise 60 (%58.3) olguda dokunma, 16 (%15.5) olguda öpme, 3 (%2.9) olguda teşhir, 10 (%9.7) sözel taciz gibi hukuken niteliksiz kabul edilen istismar türlerine rastlanıldığı, 32 (%31.1) olguda vajinal penetrasyon, 21 (%20.4) olguda anal penetrasyon, 6 (%5.8) olguda ise oral (ağız-penis) temas olduğu kayıtlarda görülmüştür. Bulgularımız literatür ile uyumlu olmakla birlikte, temas içeren cinsel istismar türlerinin sayıca yüksek bulunması, sözel taciz ve teşhir gibi türlerin ihbarının daha az yapılması ile açıklana bilineceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda istismar olayının nasıl ve kimler tarafından ihbar edilip ortaya çıkarıldığı hususunda vaka dosyaları dahilinde yaptığımız taramada; istismarın büyük çoğunluğunun mağdur çocuk tarafından kendi ebeveynine anlatılması sonucu ebeveynlerden herhangi birinin ya da ikisinin birden ihbarı ile ortaya çıktığı, bunu çocuğun öğretmene anlatması sonucu öğretmenin ilgili yasal merciyeye ihbarı sonucu ortaya çıkmasının takip ettiği görülmüştür. Çalışmamızda 57 (%55.3) olgunun mağdur çocuğun ebeveynleri tarafından ihbar edildiği, 11 (%10.7) olgunun ise öğretmenleri tarafından ihbar edildiği, 9 (%8.7) olgunun ise gebelik nedeniyle sağlık görevlisi tarafından ihbar edildiği görülmüştür. Cinsel istismar barındırdığı karmaşık ilişkileri ve sonuçları itibariyle birçok meslek grubunun bir arada ve iş birliği içerisinde hareket etmelerini gerekli kılar. Bu bulgudan da anlaşıldığı üzere mağdur

çocuğun ailesinin yanında, onu gün içinde uzun süre gören ve onunla temas halinde bulunan öğretmenlerinin ve herhangi bir sebeple başvurduğu sağlık kuruluşu çalışanlarının istismar açısından bilgili ve uyanık, ihbar açısından da korkusuz olmaları gereklidir.

Cinsel istismarda genital muayene olayın aydınlatılması, erken dönemde olabilecek delillerin toplanması açısından elzemdir. Ancak genital muayene ve adli sürecin istismar mağduru çocuğun ikincil örselenmesine neden olabileceği ve sebeple mümkün olduğunca kısa sürede, uygun ortamda ve tek seferde tamamlanması gerekliliği vurgulanmaktadır (13). Bu açıdan çalışmamıza bakıldığında 51 (%49.5) olguda genital muayene yapılmadığı, 51 (%49.5) olguda bir kez merkezde olmak üzere genital muayene yapıldığı, 1 (%1) olguda ise mağdur çocuğa 2 kez genital muayene yapıldığı görülmüştür. Ortaya çıkan bu sonuç, çalışmayı yürüttüğümüz merkezin amacına uygun bir tutum sergilediği, merkez sayesinde mağdur çocukların mümkün olduğunca mükerrer muayenelere maruz bırakılmadıkları görülmektedir. Bu bağlamda benzer kurumların sayıca arttırılmasının, mevcut olanların ise hem fiziki hem de işgücü ve personel sayıları açısından desteklenmesinin çocuğun cinsel istismarı ile mücadelede faydalı olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda mağdur çocuğun merkeze başvurusuna neden olan istismar ile, merkezde yapılan muayene arasında geçen süreye bakıldığında; toplam 66 (%64.1) olgunun istismar olayı ile merkezde yapılan değerlendirmesi arasında 1 haftadan uzun süre olduğu, 28 (%28.2) olgunun 1 gün ile 7 gün arasında değerlendirildiği, yalnızca 8 (%7.8) olgunun tarafımıza 24 saatten kısa bir sürede başvurduğu ya da getirildiği tespit edilmiştir. Yanal'ın tez çalışmasına bakıldığında yalnızca 4 olgunun 24 saatten kısa sürede muayeneye getirildiği, Demirci ve arkadaşlarının 275 olgu ile yaptıkları çalışmada 5 olgunun ilk 24 saatte muayeneye getirildiği görülmüştür (50, 62).

Yanal'ın tez çalışmasında; Anogenital muayene yapılan 278 olgunun 62'sinde (%22,3) livatanın maddi delilleri saptanabilirken, 216'sında (%77,7) livatanın fiziksel bulgularının saptanamadığı belirlenmiştir. Genital muayene yapılan 225 olgunun 60'ında (%26,7) fiziksel bulgu saptanırken, 165 olguda (%73,3) fiziksel bulgu saptanamadığı belirlenmiştir (62). Demirci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

hymen muayenesi yapılan 136 olgunun 50 sinde eski yırtık, 8 inde yeni yırtık, anüs muayenesi yapılan 115 olgunun 7 sinde akut fiili livata bulguları, 3 ünde ise kronik fiili livata bulguları saptanmıştır (50). Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 258 olgudan 56 sında fiziki bulgu saptanabildiği görülmektedir. Çalışmamızda tespit edilen fiziki bulgulara bakıldığında; 20 (%19.4) vakada hymenal laserasyon tespit edildiği, bunların 18 inin eski, 2 sinin yeni vasıfta olduğu, 6 (%5.8) vakada ekstragenital ekimoz görüldüğü, 2 (%1.9) vakada genital ekimoz, 2 (%1.9) vakada anal bölgede fissür olduğu, anal fissür tespit edilen 2 vakanın da erkek çocuk olduğu, 2 (%1.9) vakada hymenal peteşi, 2 (%1.9) vakada da genital kanama tespit edildiği görülmüştür. Fiziki ve biyolojik delillerin elde edilebilmesi için mağdur çocuğun istismar eylemi sonrası en kısa sürede muayeneye ulaştırılması, muayene öncesi tuvalete çıkmaması ve banyo yaptırılmaması önemli hususlardır. Çalışmamızda ve literatürde yapılan çalışmalarda fiziki bulgu tespitindeki azlık mağdurun muayene getirilmesindeki gecikme ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda istismarcının cinsiyeti açısından bakıldığında; değerlendirdiğimiz 103 olgunun tümünde istismarcının erkek olduğu görülmüştür. Koçak ve Alparslan'ın yaptığı çalışmada istismarcıların %98.7 si erkek iken, %1.3 ünün kadın olduğu görülmüştür (52). Yanal'ın tez çalışmasında ise çalışmamızla uyumlu olarak tüm sanıkların erkek olduğu görülmektedir (62). Bu bulgu içinde yaşadığımız coğrafyada kadınlar tarafından gerçekleştirilen istismarların, ataerkil yapı gereği istismar olarak algılanmakta tereddüt içerdiği ya da kadınlar tarafından gerçekleştirilen istismarın gizli kaldığı yönünde değerlendirilmiştir.

İstismarcının mağdur ile olan yakınlık derecesi birçok istismar olgusunda istismarın türünü, tipini ve gizli kalma süresini etkiler. Ensest vakaların diğerlerine nazaran daha fazla oranda kronik bir hal aldığı, çeşitli nedenlerle yıllarca sürdüğü ve mağdur üzerinde tamiri zor, çok daha ağır etkiler bıraktığı bilinen bir gerçektir.

Tanım olarak ensest, kanunlar tarafından evlenmesi yasaklanmış aile üyeleri ve akrabalık ilişkilerini de içeren yakın kan bağı olan kişiler arasındaki cinsel aktivite olarak tanımlanmaktadır (63,64). Bir başka tanımlama ise çocuk ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü kişiler tarafından gerçekleştirilen istismar türü şeklindedir (14). Ayrıca çocuğun üzerinde otoritesi olan üvey anne, baba veya

akrabalardan herhangi biri ve aynı evde birlikte yaşadığı diğer kişilerin gerçekleştirdiği istismarı da ensest olarak değerlendirmek gereklidir (14).

Çalışmamızda istismarcı ile mağdur arasındaki yakınlık derecelerine bakıldığında; olguların 94 (%91.3) ünün, çocuğun herhangi bir şekilde tanıdığı olduğu, olguların yalnızca 9 (%8.7) unun bir yabancı tarafından meydana geldiği görülmüştür. Nickel ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada sanıkların %50,3'ünün, mağdurların daha önceden tanıdığı kişiler olduğu belirtilmiştir (65). Csorba ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada olguların %66'sında sanıkların çocuğun akrabası ya da daha önce tanıdığı bir kişi iken, olguların % 34'ünde yabancı biri olduğu, Koçak ve Alparslan'ın çalışmasında ise istismarcıların %77.2 sinin tanıdık olduğu gösterilmiştir (52, 66).

Çalışmamızda olgularımızın 21 (%20.4) sinde failin aile içinde olduğu görülmekte iken, 19 (%18.4) olguda failin çocuğun sevgili olduğu, 3 (%2.9) olguda ise imam nikahlı eşi olduğu tespit edilmiştir. Aile içi istismar olgularımızda 6 istismarcının kuzen, 6 istismarcının enişte, 5 istismarcının ise baba olduğu görülmektedir. Yılmaz ve Eryılmaz'ın yaptığı çalışmada 7 vakanın öz baba, 5 vakanın üvey baba, 8 vakanın enişte, 7 vakanın ise istismarcısının kuzen olduğu görülmektedir (63). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %34.9 ile en sık rastlanan baba-kız ensesti olduğu görülmektedir (67). Yazın eşliğinde bakıldığında bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsel istismar, tanınması ve mücadele etmesi en zor istismar tiplerinden biridir. Aynı zamanda cinsel istismar toplumsal yaralanmanın en derin olduğu istismar tipidir. Bu nedenle cinsel istismar ile mücadele, yalnızca ilgililerinin değil tüm toplumun ortak değer yargıları ve hassasiyet ile konuya yaklaşması sonucu kazanılabilir. Tüm toplumun bu konuda bilinçlendirilmesine ve farkındalığının artırılmasına yönelik düzenli eğitim programları istismar oranlarını azaltabilir. Bunun yanısıra istismar mağduru çocukların iş birliği içinde rehabilitasyon süreçlerini hızlandırabilir.

Cinsel istismar mağduru çocuk için uğradığı travmanın etkileri ile mücadele etmek kadar zor olan bir diğer husus ise adli süreçtir. Adli süreci başlatılan olgu tekrar tekrar ifadeye alınıp, mükerrer muayenelere muhatap kılındığı takdirde yaşadığı travmanın etkisinden kurtulamayacak aksine bu travmatizasyon derinleşecektir. Bu durumdan mağdurları korumanın en etkili yolu ülkemizde giderek sayıları ve faaliyetleri artan Çocuk Koruma ve Çocuk İzlem Merkezleridir. Konunun tüm taraflarını aynı çatı içinde toplayan bu merkezler, çocuğun konunun uzmanlarıncı tek seferde ve doğru şekilde gerekli işlemleri yapılabilen, hızlı ve etkili kararları kendi bünyesinde alabilen ve bu sayede yalnızca tanısız değil tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini verebilen kurumlar haline getirilmeli, aktif çalışabilmeleri için gerekli olanaklar sağlanarak sayıca artırılmalıdır.

Çalışmamızda da görüldüğü üzere ülkemizde sayıca hala yüksek olan erken yaşta evlilikler çocukların ruhsal ve bedensel gelişimini kötü yönde etkileyen kültürel yaralardır. Erken yaşta evlilikler ile mücadele etmenin yolu çocuklarımızı ve gençlerimizi hem çağın gerçekleri hem de cinsel konularda etkili yöntemlerle eğitmek olmalıdır. Bu bağlamda eğitim sistemine dahil edilecek cinsel sağlık ve cinsel gelişim dersleri çocuklarımızın ve gençlerimizin üzerinde etkili olacaktır.

Çalışmamıza bakıldığında istismar mağduru çocukların ebeveynlerinin çok yüksek oranlarda eğitim ve öğretim eksikliğine muhatap oldukları görülmektedir. Çocuğun ilk eğitimini aldığı aile içinde rol model gördüğü ebeveynlerinin bu eksiklikleri düzenlenecek eğitim programları ile azaltılabilecektir.

Aynı zamanda istismar mağduru çocuklarımızın yüksek bir kısmı eğitimine ara vermiş ya da hiç başlamamış olarak görünmektedir. Bu durum yüksek bir hassasiyet ve acele ile üzerine gidilmesi gereken elzem bir konudur. Eğitim sistemine halen entegre çocuklara okullarda destekleyici programlar, sistemin dışında kalan çocuklara ise sisteme dahil olabilmenin yolları bulunmalıdır.

Sonuç olarak; çocuk istismarı mücadele toplumun kesitsel olarak mücadele ederek kazanabileceği bir savaş değildir. Topyekûn bir farkındalık ve fedakârlık gerektirir ancak unutulmamalıdır ki; bugün bu savaşta çocuklarımızı korumak adına verilen her mücadele, bir ulusun geleceğe olan inancı, güveni ve umudu olacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Prior V, Glaser D, Lynch MA. Responding to child sexual abuse: the criminal justice system. Child Abuse Review 1997;6:128-140.
2. Polat O, Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Seçkin Yayınları, cilt:1, sayfa:93 2007 Ankara
3. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics, 1991, 87:254-260.
4. Erdoğan A. Pedofili: Klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2:132-160.
5. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1:95-119.
6. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akkaya H. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23:255-263.
7. Bilginer Ç, Hesapçioğlu ST, Sema Kandil S. Çocukluk çağı cinsel istismarı: Mağdur ve sanık açısından çok yönlü bakış. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:55-64.
8. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismar ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-86.
9. Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu Çocuk İzlem Merkezleri Türkiye Raporu Nisan
10. Keskin S P, Çocuklarla Doğru İletişim, Boyut Yayıncılık, 11. Baskı, Sayfa 15, 2011
11. www.mevzuat.gov.tr erişim tarihi:05.10.2016 saat:00:37
12. Taner YI. Çocuk ve Ergen Psikolojisi. Ankara 2011. s. 233.
13. İnancı MA, Dağlı T. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı. İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. İstanbul 2011. s. 216.
14. Balcı Y. Herkes İçin Adli Tıp. 1. baskı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Basımevi; 2008. s. 237.
15. Derman O. Ergenlerde Fizik İnceleme. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı İçinde. 1. baskı. Ankara; 2008. s. 156-160.

16. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen Ş, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı. Ankara. 1999. s.135-146,
17. Özmert E.N. Bebek ve Çocuklarda Fizik İnceleme. Cetin F, Coskun A, İseri E, editors. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. 1.baskı. Ankara; 2008. s. 147-155.
18. Polat O. Klinik Adli Tıp. 6. baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013. s. 280.
19. Tahiroglu YA, Avcı A, Çekin N. Çocuk İstismarı, Ruh Sağlığı ve Bildirim Zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:1-7.
20. Polat O, Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Seçkin Yayınları, cilt:1, sayfa:37, 2007 Ankara
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar Dergisi 2004;47:400
22. Özer E, Tokdemir MB, Yıldırım A, Koçak U, Bütün C, Enginyurt Ö. Child abuse cases in mythology, Cumhuriyet Tıp Derg 2014; 36: 111-115
23. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse & Neglect. 1988;12:3-22.
24. Caffey J. The Classic; Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma. Clinical Orthopaedics and Related Research. 2011;469:755-8.
25. Kepenekci YK. Hukuksal Açından Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi. 2001;22(3):262.
26. WHO (2014). Dünya Sağlık Örgütü. http://www.who.int/violence_injury_prevention/iolence/
27. Zoroglu, Salih., Tüzün, Ümran., Sar, Vedat., Öztürk, Mucahit., Eröcal Kora, Meltem., Alyanak, Behiye, (2001), “Çocukluk Dönemi istismar ve ihmalinin Olası Sonuçları”, Anadolu Psikiyatri Derg, (2),2: ss. 69-78.
28. Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel İstismar Vakalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Yeni Symposium Derg 2010;48(4):270-6.
29. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2006;15(9):153-7.
30. Johnson CF. Child sexual abuse. Lancet. 2004;364(9432):462-70.
31. İseri E. Cinsel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı İçinde. 1.baskı. Ankara; 2008. s. 470-477.

32. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1: Tanımlar. 1. baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık 2007; 90-180.
33. Krienert JL, Walsh JA. Sibling sexual abuse: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in national incident-based reporting system data, 2000-2007. *J Child Sex Abus.* 2011;20:353-72.
34. Yıldız S. Uluslararası Ve Ulusal Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde İnternet Üzerinde Çocuk Pornografisi. *Akademia.* 2009;180-96.
35. Magalhaes T, Carneiro de Souse MJ, et al: Child Sexual Abuse: A Preliminary Study. *J Clin Forensic Med.*1998; 5(4):176-182.
36. Oral R, Can D, Kaplan S, ve ark. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl* 2001;25:279-290.
37. Sariola U, Uutela A. The Prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl.*1996; 20 (9): 843-850.
38. Göker Z, Aktepe E, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Başvuru Şekilleri, Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. *SDÜ Tıp Fak. Derg.* 2010;17(4):15-21.
39. Çolak B, Karakaya I, Kurtas O, Sismanlar S, Bicer;Umit. Sexual abusedirected to children admitted to Kocaeli University School of Medicine, Department of Forensic Medicine (1998-2006). *Adli Tıp Bülteni.*2009;14(2):71-9.
40. Smith M, Bentovim A, Sexual Abuse. Rutter M, Taylor E ve ark. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry-Modern Approaches*, Blackwell Science, 1994;230-251.
41. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl*, 1997; 21:789 – 803.
42. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K ve ark. Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi* 2009; 8:24-32.
43. McCann J. The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. *Child Abuse Negl* 1998; 22:605-615.
44. Yorulmaz C, Sanyuz O, Ketenci C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi No: 48. 2006; s.127-141.
45. Stewart ST. Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. *Journal of child sexual abuse.* 2011;20(5):521-36.
46. Koç S, Biçer Ü, Tuğcu H, Yorulmaz C. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2. baskı.İstanbul Tabip Odası; 2011. s. 286.

47. Finkel MA, De Jong AR. Medical Findings in Child Sexual Abuse, in Child Abuse: Medical Diagnosis and Management. Lea & Febinger. USA, 1993:185-241.
48. Adams J A. Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 update. Journal of child sexual abuse. 2011 Sep;20(5):588–605.
49. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl. 1994; 18:409-17.
50. Demirci Ş, Doğan KH, Erkol Z, Deniz İ, Evaluation of Child Case Examined for Sexual Abuse in Konya, Türkiye Klinikleri J Foren Med. 2008;5:43-49
51. Korkmaz M, Uysal C, Sivri S et all. Cinsel Saldırı Sonrası Adli Tıp Bölümüne Bşvuran Olguların Beden ve Ruh Sağlıklarının Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 2014;41(4): 656-661
52. Koçak U, Alparslan AH, Cinsel İstismara Uğrayan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Ruhsal Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2015;20(1):27-33
53. Polat O, Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Seçkin Yayınları, cilt:1, sayfa:93 2007 Ankara
54. Tırtıl L. Adli Tıp Kurumuna Yansıyan Cinsel İstismar Olgularında Fiziksel ve Psikiyatrik Bulgular ile Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeğinin Karşılaştırılması. Adli Tıp Kurumu Uzmanlık Tezi 2001.
55. Çengel KE, Çuhadaroğlu ÇF, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr 2007; 49:256-62.
56. Şimşek Ş, Gençoğlan S. Cinsel İstismar Mağdurlarında İstismar Süresi ve Sıklığı ile Travma Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(1): 166-171
57. Dönmez YE, Soylu N, Özcan Ö et all. Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri, J Turgut Özal Med. Cent. 2014;21(1):44-8
58. Koç F, Akşit S, Tomba A, Koturoğlu G, Çetin KS, Aslan A ve ark. Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularımızın Demografik Ve Klinik Özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin Bir Yıllık Deneyimi. Türk Pediatri Arşivi. 2012;47:119–24.
59. Green J. Mothers in “incest families”: a critique of blame and its destructive sequels. Violence against Women 1996; 2:322–348.
60. Priebe G, Svedin CG, Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. Child Abuse Negl. 2008 Dec;32(12):1095-108.

61. Shaw JA, Lewis JE. Child on child sexual abuse: psychological perspectives. *Child Abuse Negl.* 2000; 24:1591-1600.
62. Yanal S, Çocuklara Yönelik Cinsel İstismar Olgularının Değerlendirilmesi ve Uygulamada Yaşanan Sorunlar [tez] Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013
63. Yılmaz R, Eryılmaz A. Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde Değerlendirilen Ensest Olgularının Sosyodemografik Özellikleri, *Adli Tıp Bülteni*, 2016; (21)3: 167-171
64. Kellogg N. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics*, 2005;116:506–12.
65. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathology relevant life occurrence: cross-sectional survey. *Croat Med J* 2004; 45:483-489.
66. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Póka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 120:217-21.
67. Yıldırım A, Özer E, Bozkurt H et all. Evaluation of social and demographic characteristics of incest case in a university hospital in Turkey, *Medical Science Monitor*, 2014; 20: 693–697.