

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

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI'NDA 2013-2022 YILLARI ARASINDA
MUAYENE EDİLEN ÇOCUKLARIN MEDİKOLEGAL
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ABDÜLKADİR İZCİ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE KURTULUŞ DERELİ**

DENİZLİ - 2024

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

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI'NDA 2013-2022 YILLARI ARASINDA
MUAYENE EDİLEN ÇOCUKLARIN MEDİKOLEGAL
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ABDÜLKADİR İZCİ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE KURTULUŞ DERELİ**

DENİZLİ - 2024

TEŞEKKÜRLER

Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime katkı sağlayan ve tezimin hazırlanması sürecinde değerli katkılarıyla ve emekleriyle yardımını esirgemeyen ve beni yönlendiren kıymetli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ayşe KURTULUŞ DERELİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana sağladığı katkılarından dolayı kıymetli hocam Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kemalettin ACAR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana katkı sağlayan, şu an aramızda olmayan kıymetli hocam Prof. Dr. Bora BOZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana sağladığı katkılarından dolayı kıymetli hocam Doç. Dr. Volkan ZEYBEK'e

Asistanlığımın başlangıcından bugüne kadar beraber çalışmış olduğum zorlukları ve mutlulukları paylaştığım tüm asistan arkadaşlarım ve anabilim dalı çalışanlarımıza,

Birlikte çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum Denizli Adli Tıp Grup Başkanlığı çalışanlarına,

Beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan canım aileme,

Her zaman yanımda olan, sonsuz sabır ve sevgisiyle desteğini esirgemeyen, hayat arkadaşım canım eşime,

Ve son olarak, varlığıyla hayatımı anlamlandıran, biricik oğlum Uras Ege'ye,

Çok teşekkür eder ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖZET	xi
İNGİLİZCE ÖZET	xiii
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	4
ÇOCUK TANIMI	4
ÇOCUK İSTİSMARININ TANIMI	4
Fiziksel İstismar.....	5
Cinsel İstismar.....	6
Duygusal (Psikolojik) İstismar.....	7
Çocuk İhmali.....	8
ADLİ VAKA TANIMI.....	8
ADLİ RAPOR OLGU TÜRLERİ.....	9
Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçların Değerlendirilmesi.....	9
Travma ve Yara Tanımı.....	10
Oluş Şekline Göre Yaralanmalar.....	10
Mekanik Kuvvetlere bağlı yaralanmalar.....	10
Ezici (Künt) Yaralanmalar.....	10
Eritem.....	11
Ekimoz, Kontüzyon, Bere.....	11
Abrazyon (Sıyrık).....	12
Laserasyon.....	12
Kesi Niteliğinde Yaralanmalar.....	12
Kesici Alet Yaralanmaları.....	12
Kesici Delici Alet Yaralanmaları.....	13

Delici Alet Yaralanmaları.....	13
Kesici Ezici Alet Yaralanmaları.....	13
Ateşli Silah Yaralanmaları.....	13
Patlamaya Bağlı Yaralanmalar.....	14
Birincil Patlama Yaralanmaları.....	14
İkincil Patlama Yaralanmaları.....	15
Üçüncül Patlama Yaralanmaları.....	15
Dördüncül Patlama Yaralanmaları.....	15
Beşincil Patlama Yaralanmaları.....	15
Fiziksel Yaralanmalar.....	15
Yanık Travması.....	15
Elektrik Yaralanmaları.....	16
Kimyasal Yaralanmalar.....	17
Biyolojik Yaralanmalar.....	17
Ruhsal Travmalar.....	18
Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	18
Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçların Değerlendirilmesi.....	19
Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan	
Nedenlerin Değerlendirilmesi	20
Maluliyet Değerlendirilmesi.....	21
Kemik Yaşı Tayini.....	22
Evlilik Ehliyeti ve Engellerinin Değerlendirilmesi.....	22
GEREÇ VE YÖNTEM	23
BULGULAR	25
TARTIŞMA	54
SONUÇ	69
KAYNAKLAR	71

SİMGELER VE KISALTMALAR

TCK:	Türk Ceza Kanunu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÇÖZGER:	Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik
TMK:	Türk Medeni Kanunu
AIS:	Kısaltılmış Yaralanma Ölçeği
NISS:	New Injury Severity Score

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1	Olguların yıllara göre dağılımı	25
Şekil 2	Raporların talep edildiği bölgelerin dağılımı	26
Şekil 3	Yaralama olgularının yaş gruplarına göre dağılımı	27
Şekil 4	Travma türlerinin yaşa göre dağılımını gösteren box plot grafiği.....	29
Şekil 5	Künt travmaların alt türlerine göre dağılımı	30
Şekil 6	Zehirlenmeye neden olan maddelerin yaşa göre dağılımı	34
Şekil 7	Cinsel istismar olgularının başvuru süreleri arasındaki ilişki	44
Şekil 8	Cinsel istismar şüphelileri ile olguların başvuru süreleri arasındaki ilişkiyi gösteren grafik	45
Şekil 9	Zehirlenme Olgularının Yaşa Göre Dağılımı	60

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1	Olguların cinsiyete göre dağılımı.....	25
Tablo 2	Olguların raporda değerlendirilen konulara göre dağılımı.....	26
Tablo 3	Yaralama olgularının cinsiyete göre dağılımı.....	27
Tablo 4	Travma türlerinin cinsiyete göre dağılımı.....	28
Tablo 5	Raporların yaşamsal tehlike, basit tıbbi müdahale, yüzde sabit iz, kemik kırığı ve duyu organ yönünden değerlendirme sonuçları.....	29
Tablo 6	Künt travmaların cinsiyete göre dağılımı.....	31
Tablo 7	Penetran yaralanmaların cinsiyete göre dağılımı.....	32
Tablo 8	Zehirlenmeye neden olan maddelerin cinsiyete göre dağılımı.....	33
Tablo 9	Yaralanma türüne göre yaralanma bölgelerinin dağılımı.....	35
Tablo 10	Yaralanma türleri ile yaşamsal tehlike arasındaki ilişki.....	36
Tablo 11	Yaşamsal tehlike sebeplerinin dağılımı.....	36
Tablo 12	Yaşamsal tehlikesi olan künt yaralanmaların yaşamsal tehlike sebeplerinin dağılımı.....	37
Tablo 13	Yaşamsal tehlikesi olan penetran yaralanmaların yaşamsal tehlike sebeplerinin dağılımı.....	37
Tablo 14	Yaralanma türleri ile basit tıbbi müdahale arasındaki ilişki	38
Tablo 15	Kemik kırıklarının travma türlerine göre dağılımı.....	39
Tablo 16	Kemik kırığı/çıkığı olan künt travma olguların künt travma türlerine göre dağılımı.....	39
Tablo 17	Cinsel istismar olgularının cinsiyete göre dağılımı.....	41
Tablo 18	Cinsel istismar olgularının yaş gruplarına göre dağılımı	41
Tablo 19	Şüphelilerin yakınlık dereceleri.....	41
Tablo 20	Tekrarlayan ve tekrarlamayan cinsel istismar olgularının şüphelilerin yakınlık derecelerine göre dağılımı	42
Tablo 21	Cinsel istismarların yaşandığı mekanlara göre dağılımı.....	43

Tablo 22	Aile içi ve aile dışı cinsel istismar şüphelileri ile olguların başvuru süreleri arasındaki ilişki	44
Tablo 23	İddia olunan istismar türleri	46
Tablo 24	Vajinal penetrasyon öyküsü ile muayene bulguları arasındaki ilişki.....	47
Tablo 25	Anal penetrasyon öyküsü ile muayene bulguları arasındaki ilişki.....	48
Tablo 26	Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğince Değerlendirilen Olguların Tanısal Dağılımı	51
Tablo 27	Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ve Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliği kapsamında değerlendirilen olguların tanısal dağılımı.....	52
Tablo 28	Olguların kimlik ve tespit edilen kemik yaşlarının karşılaştırılması.....	53

ÖZET

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda 2013-2022 Yılları Arasında Muayene Edilen Çocukların Medikolegal Değerlendirilmesi

Dr. Abdülkadir İZCİ

Çocuklar; darp, trafik kazaları, zehirlenmeler, her türlü istismar ve ihmal gibi sağlıklarını etkileyen birçok adli olay nedeniyle adli tıp polikliniklerine başvurabilmektedirler. Bunların yanında maluliyet değerlendirilmesi, kemik yaşı tayini ya da ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi gibi nedenlerle de adli tıp polikliniklerine yönlendirilmektedirler. Yetişkinlere göre daha savunmasız olan çocuklar; başta her türlü istismar ve ihmal olmakla birlikte, trafik kazaları ve diğer kazalara daha açıktırlar.

Çalışmamızda, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı arşivindeki 2013-2022 yılları arasında hazırlanan tüm arşiv kayıtları retrospektif olarak taranmıştır (n=13326). Arşiv dosyaları incelenerek adli tıbbi değerlendirme yapılan 1991 çocuk olgu belirlenmiştir. Olgular rapor türüne göre gruplandırılarak olguların ve raporların özelliklerine göre belirlenen veriler incelenmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen 1991 olgunun %43.7'sinin (n=871) kadın, %56.3'ünün (=1120) erkek olduğu, olguların 1244'ünü (%62.5) yaralama olguları oluşturduğu, bunu 262 (%13.2) olgu ile cinsel istismar muayenesi yapılan olguların izlediği görülmüştür. Yaralanmaların %75.3'ünü (n=937) künt travmalar oluştururken, bunu %13.3 (n=168) ile penetran yaralanmalar ve %10.3 (n=128) ile zehirlenme olguları izlemiştir. Künt travmaların %60.8'ini (n=570) trafik kazaları oluşturmaktayken, bunu %28.3 (n=279) ile darp olguları izlemiştir. Çalışmamızda 168 penetran yaralanma olgusu tespit edilmiş olup, bunların %88.7'sini (n=148) erkekler, %11.3'ünü (n=20) kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir. 128 zehirlenme olgusunun %60.2'sini (n=77) kadınlar, %39.8'ini (n=51) erkeklerin oluşturduğu, zehirlenmeye neden olan maddeye göre dağılımları incelendiğinde; %49.2 (n=63) ile ilaç intoksikasyonlarının ilk sırada yer aldığı, bunu %14.8 (n=19) ile etanol intoksikasyonu ve %12.5 (n=16) ile korozyif madde alımının izlediği görülmüştür. Künt, penetran, fiziksel ve patlama tarzı yaralanma olgularının (n=1130); Olguların %55.5'inde (n=628) görülen baş-boyun yaralanması, %31.7'sinde (n=359) alt ekstremit ve %28.5'inde (n=322) üst ekstremit yaralanmaları görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen toplam 1991 olgunun %13.2'sini (n=262) cinsel istismar muayenesi yapılan olgular oluşturmaktadır. Bu olguların %23.7'sini (n=62) erkek, %76.3'ünü (n=200) kadın cinsiyet oluşturmaktadır. En sık başvurunun olgularının büyük çoğunluğunu (%77.5) oluşturan 15-17 yaş grubu olduğu görülmektedir. Olguların %40.8'inde (n=107) vajinal penetrasyon, %32.4'ünde (n=85) anal penetrasyon, %3.1'inde (n=9) oral penetrasyon, %21.4'ünde (n=56) ise penetrasyon içermeyen cinsel istismar öyküsü alındığı, muayenede en sık tespit edilen bulgunun, olguların %52.8'i (n=103) ile intakt himen olduğu tespit edilmiştir. Olguların %27.2'sinde (n=53) himende eski laserasyon, %5.1'inde (n=10) akut laserasyon, %13.3'ünde (n=26) ise himenin vajinal yoldan penetrasyona yırtılmaksızın izin verecek yapıda olduğu tespit edilmiştir. Anal muayenede, anal penetrasyon öyküsü olan olgularda sfinkter tonusunda azalma, anal mukozada ekimoz ya da abrazyon ile akut anal fissür bulguları daha sık tespit edilmiştir. 7 günden daha uzun süre geçtikten sonra yapılan muayenelerde tespit edilebilecek anal penetrasyon bulguları önemli ölçüde azaldığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; travmalar çocukluk çağı yaralanmalarının önlenabilir sebeplerinin başında gelmektedir. Yaralama olgularının büyük çoğunluğunu künt travmaların oluşturmuş ve künt travmaların da çoğunluğunu trafik kazalarının oluşturmuştur. En sık yaralanan vücut bölgesinin ve yaşamsal tehlikeye en sık neden olan yaralanmaların baş-boyun yaralanmaları oluşturduğu belirlenmiştir. Olguların önemli bir kısmını cinsel istismar olguları oluşturmaktadır. En sık kadın olguların oluşturduğu cinsel istismar olgularının uzun başvuru süreleri muayenede tespit edilebilecek bulguların kaybına neden olarak çocuk cinsel istismarının önlenmesinde önemli bir engel oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, fiziksel istismar, cinsel istismar.

SUMMARY

Medicolegal Evaluation of Children Examined Between 2013 and 2022 at the Forensic Medicine Department of Pamukkale University Faculty of Medicine

Dr. Abdülkadir İZCİ

Children may apply to forensic medicine outpatient clinics due to many forensic events affecting their health such as beatings, traffic accidents, poisoning, all kinds of abuse and neglect. In addition, they are also referred to forensic medicine outpatient clinics for reasons such as disability assessment, bone age determination or assessment of criminal responsibility. Children, who are more vulnerable than adults, are more prone to traffic accidents and other accidents, especially all kinds of abuse and neglect.

In our study, all archival records in the archive of Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine between 2013 and 2022 were retrospectively reviewed (n=13326). The archive files were analyzed and 1991 pediatric cases with forensic medical evaluation were identified. The cases were grouped according to the type of report and the data determined according to the characteristics of the cases and reports were analyzed.

Of the 1991 cases included in our study, 43.7% (n=871) were female, 56.3% (=1120) were male, and 1244 (62.5%) of the cases were injury cases. The number of cases examined for sexual abuse was 262. Blunt trauma accounted for 75.3% (n=937) of the injuries, followed by penetrating injuries with 13.3% (n=168) and poisoning cases with 10.3% (n=128). Traffic accidents accounted for 60.8% (n=570) of blunt traumas, followed by assault with 28.3% (n=279). In our study, 168 cases of penetrating injuries were identified, of which 88.7% (n=148) were males and 11.3% (n=20) were females. Of the 128 poisoning cases, 60.2% (n=77) were females and 39.8% (n=51) were males. When the distribution according to the substance causing poisoning was analyzed, it was observed that drug intoxication was the first with 49.2% (n=63), followed by ethanol intoxication with 14.8% (n=19) and corrosive substance ingestion with 12.5% (n=16). Blunt, penetrating, physical and blast injuries (n=1130); 55.5% (n=628) of the cases had head and neck injuries, 31.7% (n=359) had lower extremity injuries and 28.5% (n=322) had upper extremity injuries.

Of the total 1991 cases included in the study, 13.2% (n=262) were examined for sexual abuse. Of these cases, 23.7% (n=62) were male and 76.3% (n=200) were female. The age group of 15-17 years, which constituted the majority of the cases (77.5%), was the most common age group. It was found that 40.8% (n=107) of the cases had vaginal penetration, 32.4% (n=85) had anal penetration, 3.1% (n=9) had oral penetration and 21.4% (n=56) had sexual abuse without penetration. The most common finding in the examination was intact hymens in 52.8% (n=103) of the cases. In 27.2% (n=53) of the cases, old laceration, in 5.1% (n=10) acute laceration and in 13.3% (n=26) the hymens were in a structure that would allow vaginal penetration without tearing. In anal examination, decreased sphincter tone, ecchymosis or abrasion on the anal mucosa and acute anal fissure findings were found more frequently in cases with a history of anal penetration. After more than 7 days, anal penetration findings that may be detected in examinations performed more than 7 days later were found to be significantly reduced.

In conclusion, trauma is one of the leading preventable causes of childhood injuries. The majority of injury cases were blunt traumas and the majority of blunt traumas were caused by traffic accidents. It was determined that the most frequently injured body part and the most life-threatening injuries were head and neck injuries. A significant proportion of the cases were sexual abuse cases. The long admission periods of sexual abuse cases, which are mostly female cases, cause loss of findings that can be detected in the examination and constitute an important obstacle in the prevention of child sexual abuse.

Key words: child, physical abuse, sexual abuse.

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuklar; darp, trafik kazaları, zehirlenmeler, her türlü istismar ve ihmal gibi biyo-psiko-sosyal açıdan sağlıklarını etkileyen birçok adli olayın yanında, maluliyet değerlendirilmesi, kemik yaşı tayini ya da ceza sorumluluğu değerlendirilmesi gibi nedenlerle adli tıp polikliniklerine yönlendirilmektedirler.

Çocukların trafik kazalarında yaralanma riski diğer yolculara göre çok daha fazladır. Bunun nedenleri arasında yetişkinlere göre çok daha sınırlı olan ve dolayısıyla onları daha savunmasız hale getiren fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimleri yer almaktadır (1). Çocukluk döneminde, trafik kazaları önlenabilir sağlık sorunlarının başında gelmektedir (2). 2-14 yaş arası gerçekleşen ölümlerin önemli bir bölümü trafik kazalarına bağlıdır. Bu olguların en az yarısı emniyet kemeri ve çocuk araba koltukları gibi basit önlemlerle önlenilecek kazalardır (3, 4). Bunun yanı sıra ilaçların, zehirli maddelerin ve korozif maddelerin içilmesi, dünyadaki çocuklarda morbidite ve mortaliteyi artırma potansiyeline sahiptir. Küçük çocuklarda zehirli maddelerin ya da ilaçların içilmesi genellikle kaza orjinliken büyük çocuklarda genellikle suisid amaçlıdır. Bu tür olgular da adli olgu olup çocuk istismarı ve ihmali akılda tutulmalıdır (5).

Çocuğa yönelik kötü muamele toplumun fiziksel ve ruhsal sağlığı ile gelişim ve iyilik halleri üzerinde yaşam boyu sürebilen, ciddi etkileri olan, küresel bir sorundur. Çocuk istismarı ve ihmali her yaşta, sosyoekonomik düzeyde ve kültürde kız ve erkek çocukları arasında oldukça yaygın görülmektedir (6, 7). Türkiye’de çocukların %45’inin fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (8). Ülkemizde kültürel olarak cezalandırma aracı olarak şiddetin yer etmiş olması sebebiyle birçok olgunun da açığa çıkmamış olduğu düşünüldüğünde bu oranın bir hayli fazla olacağı unutulmamalıdır (9).

Çocuğun cinsel istismarı; fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur. Cinsel istismar, ciddi ruhsal sorunlar, komorbid hastalıklar, intihar girişimleri ve cinsel sağlık sorunları ile ilişkili bulunmuştur. Bir kere cinsel istismara maruz kalan çocuğun tekrar cinsel istismara maruz kalma riski daha fazladır. Bu nedenlerle cinsel istismar mağduru çocukların

tespit edilerek gerekli rehabilitasyonları alması ve çocuğun cinsel istismarını önleme açısından oldukça önem taşımaktadır (10, 11).

Suç; yasanın cezalandırdığı hareket veya topluma zarar verdiği ya da tehlikeli olduğu yasa koyucu tarafından kabul edilen ve açık olarak tanımlanan eylem ve hareketlerdir. Çocuk suçluluğu ise kanunen reşit sayılmayan yani 18 yaşını doldurmamış kimsenin suç işlemesi olarak tanımlanabilir. Çocuk Koruma Kanunu 3. maddesine göre; kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuk suça sürüklenen çocuk olarak tanımlanmaktadır (12). Bu tanımlama çocuğun toplum içinde damgalanmaması ve topluma geri kazandırılması açısından son derece önemlidir. Yine Çocuk Koruma Kanunu madde 3'e göre; 'korunma ihtiyacı olan çocuk' bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk olarak tanımlanmaktadır (12).

Ülkemizde Çocuk Koruma Kanunu ile korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunması, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınması amaçlanmıştır. Ayrıca; çocuğun fiziksel istismarı Türk Ceza Kanunun (TCK) ikinci kısım, birinci ve ikinci bölümlerinde, hayata ve vücut dokunulmazlığına karşı suçlar kapsamında, çocuğun cinsel istismarı ise TCK'nın 103, 104 ve 105. maddeleri kapsamında düzenlenmiştir (13).

TCK'nın 280. maddesi kapsamında sağlık mensuplarının suçu bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu kapsamda ülkemizde birçok çocuk adli olgunun konusu haline gelmektedir. Bu nedenle çocuklar adli tıp polikliniklerine vücut dokunulmazlığına karşı suçlar (TCK 86-89), cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar (TCK 103-105), ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenler (TCK 31,33) kapsamlarında sıkça başvurumaktadırlar. Ayrıca; çocukların adli mercilerin istemi ile kemik yaşı tayini ya da maluliyet oran hesaplanması gibi sebeplerle de Adli Tıp Polikliniklerine başvurdukları görülmektedir.

Çalışmamızın amacı; Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran çocukların raporları retrospektif olarak taranarak, çocukların adli olgulara konu olma sebeplerinin ve rapor içeriklerinin

değerlendirilmesi ve çocukluk çağı travmalarının, çocuk istismarı ve ihmalinin, suça sürüklenen çocukların tekrar suça karışmasının önlenmesi amacıyla alınabilecek tedbirlerin tartışılarak literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

1. ÇOCUK TANIMI

Çocuk; Türk Dil Kurumu'na "bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız" olarak tanımlanmıştır. Hukuki açıdan bakıldığında çocuğun tanımında farklılıklar mevcuttur. Ülkemizce 9 Aralık 1994 tarihinde 4058 sayılı yasayla kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 1. Maddesine göre; daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk olarak kabul edilmektedir (14). TCK'nın 6. maddesinde çocuk 'henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi', Çocuk Koruma Kanunu'nun 3. maddesinde ise 'daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi' olarak tanımlanmıştır (12, 13).

Tıbbi açıdan bakıldığında çocukluk dönemleri doğum öncesi ve doğum sonrası olarak ikiye ayrılmıştır. Doğum öncesi çocukluk dönemi embriyo (0-8 hafta) ve fetüs (9 hafta-doğum) olarak, doğum sonrası çocukluk dönemi ise yenidoğan (0-1 ay), süt çocuğu (1-12 ay), oyun çocuğu (1-3 yaş), okul öncesi (4-5 yaş), okul çocuğu (kız: 6-10 yaş, erkek: 6-12 yaş) ve ergenlik dönemi (kız: 10-16 yaş, erkek: 12-18 yaş) olarak sınıflandırılmıştır (15).

2. ÇOCUK İSTİSMARININ TANIMI

Çocuk istismarı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "bir sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranış veya ticari amaçlı, ya da diğer her türlü sömürü" olarak tanımlanmaktadır (16). Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal (psikolojik) istismar ve ihmal şeklinde temel olarak 4 ana başlık altında sınıflandırılmaktadır (17, 18). Dünya genelinde çocuklara yönelik kötü muamelenin sıklığı ve ciddiyetine ilişkin tahminler konusunda büyük bir belirsizlik söz konusudur. Ayrıca, çocuklara yönelik şiddetin çoğu, korku, damgalanma ve şiddetin toplumsal kabulü nedeniyle büyük ölçüde gizli kalmakta ve bildirilmemektedir. Kötü muamelenin büyük çoğunluğu ebeveynler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarını istismar etmesi

için önemli risk faktörleri arasında; düşük sosyoekonomik düzey, ruhsal problemler, düşük eğitim düzeyi, alkol ve madde kullanımı, çocukken kendisinin istismara maruz kalması, boşanma veya ebeveyn kaybı, ailenin diğer üyeleri arasındaki şiddet bulunmaktadır (18–21).

2.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; en geniş tanımıyla çocuğun ebeveyni veya bakmakla yükümlü olduğu kişi ve/veya kurumlar tarafından kaza dışı yaralanmasıdır. Tokat atmak, tekmelemek, sarsmak, yakmak veya bir nesneyle çocuğa vurmak fiziksel istismar olarak tanımlanan davranışlara örnektir (21). Toplum tarafından suç olarak görülmeyen çocuğun fiziksel olarak cezalandırılması son derece yaygındır. 14 yaşındaki Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşayan bir çocuğun yaşamının bir döneminde tokat yeme ihtimalinin %94 olduğu bildirilmiştir (22). Fiziksel cezalandırma; bir yetişkine yönelik olduğunda yasa dışı bir saldırı sayılacak herhangi bir fiille çocuğu cezalandırmak olarak tanımlanmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesinin üye devletlerce uygulanmasını izleyen bağımsız uzmanlardan oluşan bir organ olan Çocuk Hakları Komitesi, ne kadar hafif olursa olsun her türlü fiziksel cezanın, zalimce ve onur kırıcı olduğunu ve bu tür uygulamaların ortadan kaldırılmasının insan haklarının bir gereği olduğunu vurgulamıştır (23). Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Almanya, İzlanda, İsrail, İtalya, Norveç ve İsveç gibi bazı ülkelerin kanunları her türlü bedensel cezayı yasaklamış ve bu tür davranışların tamamını istismar olarak nitelendirmiştir (16).

Çocuğa uygulanan fiziksel istismar küçük bir ekimozdan, ölüme kadar gidebilen iç organ yaralanmalarına kadar geniş bir perspektifte görülebilmektedir. Çocuğun muayeneye geç getirilmesi, yaralanmaların öykü ile uyumsuz olması, farklı yara yaşlarına sahip ekimozların olması, ailenin umursamaz ya da aşırı kaygılı görünmesi, kemer sopa gibi cisimlerle oluşmuş şekilli ekimozlar, sigara ya da daldırma yanıkları, ekstremitelerin fleksör yüzleri gibi kaza kaynaklı yaralanmaların beklenmeyeceği vücut bölgelerindeki yaralanmalar gibi bulgular görüldüğünde çocuk istismarı akla getirilmelidir. Ayrıntılı bir fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile kafa travması, intrakraniyal kanamalar, retinal kanama, çoklu kosta kırıkları, uzun

kemiklerin epifiz ve diyafizin spiral kırıkları mutlaka değerlendirilmelidir (24, 25). Fiziksel istismar şüphesinin tespiti yalnızca mevcut durumu tedavi etmek için değil aynı zamanda çocuğu daha sonraki belki de daha ciddi bir yaralanmadan korumak için de gereklidir (7).

2.2 Cinsel İstismar

DSÖ'ne göre çocuğun cinsel istismarı; bir çocuğun tam olarak anlamadığı, bilgilendirilmiş rıza gösteremediği veya gelişimsel olarak hazır olmadığı veya toplumun yasalarını veya sosyal tabularını ihlal eden cinsel faaliyete dahil edilmesi şeklinde tanımlanmıştır. Bu eylem, bir yetişkin veya yaş veya gelişim açısından sorumluluk, güven veya güç ilişkisi içinde olan başka bir çocuk tarafından gerçekleştirilebilir ve diğer kişinin cinsel ihtiyaçlarını tatmin edilmesi veya karşılanması amaçlanmaktadır (26). TCK'da ise çocuğun cinsel istismarı tanımı 103. maddesinde yapılmıştır. Buna göre çocuğun cinsel istismarı; "on beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar" şeklinde tanımlanmıştır (13).

Çocuğun cinsel istismarının dinamikleri yetişkin cinsel saldırılarından oldukça farklıdır. Fiziksel güç ve şiddetin nadir kullanılması, istismarın uzun süre gizlenebilmesi ve genellikle tekrarlanması, fail ile mağdur arasında güven ilişkisinin olması çocuğun cinsel istismarı olgularını karakterize eden özelliklerdendir (27).

Çocuk istismar tipleri içerisinde saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalan tür cinsel istismardır. Birçok cinsel istismar mağdurunun olayları hiçbir zaman bildirmemesi son derece yaygın bir durum olması nedeniyle, literatürde birçok prevalans çalışması olmasına rağmen, çocuğun cinsel istismarının yaygınlığına ilişkin kesin istatistiksel veriye ulaşılamayacağı düşünülmektedir (7, 28). Stoltenborgh ve ark. (29) ile Pereda ve ark. (30) yaptıkları iki meta analizde de birbirleriyle tutarlı bir şekilde çocuk cinsel istismarı yaygınlığının kadınlar için %18-20, erkekler için ise %8 olduğunu göstermişlerdir. Barth ve ark. (31) 2013 yılında yaptığı meta analizde; 18

yaş altı erkeklerin %17'sinin, kadınların ise %31'inin temas içermeyen istismara uğradığı bildirilmiştir. Temas içeren (dokunma, öpme vs) cinsel istismar için bu oran erkeklerde %6 ve kadınlarda %13 olup, oral, vajinal ve/veya anal penetrasyon ya da teşebbüsü içeren cinsel istismar için bu oran erkeklerde %3 ve kadınlarda ise %9 olarak bildirilmiştir. DSÖ'ne göre ise; her 5 kadından biri ve 13 erkekten biri çocukluğunda cinsel istismara uğradığını bildirmektedir (16).

Çocukluk çağı cinsel istismarı genellikle diğer istismar veya ihmal biçimleriyle birlikte ve düşük sosyoekonomik durum, düşük ebeveyn eğitimi, ebeveyn kaybı ve/veya ebeveynlerin boşanması, ebeveyn madde bağımlılığı, aile içi şiddet veya sevgisizlik gibi düşük aile desteği ve/veya yüksek stresin eşlik ettiği aile ortamlarında ortaya çıkmaktadır (32–34). Dürtüsel, sevgiye muhtaç, mental ve/veya fiziksel engeli, ruh sağlığı sorunları veya madde kullanımı olan çocuklar, ile ergenlik dönemindeki çocuklar cinsel istismar açısından daha fazla risk altındadırlar (32, 34–36). Assink ve ark. (37) tarafından çocuk cinsel istismarı mağduriyeti için risk faktörleri üzerine yapılan bir meta analizde; çocuğun kadın cinsiyette olması, çocuğun ve/veya aile üyelerinin daha önce (cinsel saldırı ya da diğer) adli olguların mağduru olması, ruh sağlığı sorunları ve yakın partner şiddeti gibi ebeveyn sorunları, düşük ebeveyn yetkinliği, kalitesiz ebeveyn-çocuk ilişkisi, çekirdek olmayan aile yapısı, aile sorunları (örn. ailenin sosyal olarak izole olması), çocuk sorunlarının (örn. fiziksel veya zihinsel kronik bir rahatsızlığa sahip olmak ve düşük sosyal beceriler) çocuğun cinsel istismarı ile yakın ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

2.3 Duygusal (Psikolojik) İstismar

Duygusal istismar çocukların kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak veya gereksiz dedikleri ilgi sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılması durumudur. Duygusal istismarda ebeveyn veya bakıcıların çocuklara kendini kusurlu hissettirme sevilmemesi veya istenmemesi gibi zarar verici etkileşimler içinde bulunduğu bildirilmektedir ve bu durum bilinçli ve/veya bilinçsiz olarak meydana gelebilir (7, 38). Duygusal istismar, çocuklarda somut fiziksel bulgulara neden olmaz ancak; ciddi ruhsal problemlere yol

açabilir. Bunun yanında, duygusal istismar tek başına bulunabileceği gibi, sıklıkla fiziksel ve/veya cinsel istismar ile birlikte bulunur (25).

2.4 Çocuk İhmali

Çocuk ihmali; çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma, eğitim, tıbbi ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen anne, baba veya daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında barındıran devlet tarafından karşılanmamasıdır. Çocuk ihmali çocuk istismarı oldukça yaygın görülmektedir ve çocuk koruma hizmetlerinde bildirilen olguların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. (7, 39, 40).

3. ADLİ VAKA TANIMI

Kişinin kendisinin veya başkasının kasıt, ihmal, tedbirsizlik ve dikkatsizliği sonucunda, sağlığının bozulmasına, yaralanmasına ya da ölümüne sebebiyet veren her olay adli vaka olarak tanımlanmaktadır (41). TCK'da kamu görevlileri ve sağlık mesleği mensuplarının adli vakaları bildirme yükümlülükleri 279. ve 280. maddelerde ayrıca belirtilmiştir. TCK madde 279'a göre; *"(1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır."* TCK madde 280'e göre ise; *"(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılr."*

Özellikle kendisini tam olarak ifade edemeyecek çocuk yaş grubunda adli vakayı tanımak ve yetkililere zamanında ve etkin bir şekilde bildirmek son derece önem arz etmektedir.

4. ADLİ RAPOR OLGU TÜRLERİ

Çocuklar, vücut dokunulmazlığına karşı suçlar, cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenlerin değerlendirilmesi, maluliyet değerlendirmeleri, kemik yaşı tayini, evlenme ehliyeti ve engellerinin değerlendirilmesi gibi nedenlerle adli sürece dahil olabilmektedirler.

4.1 Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçların Değerlendirilmesi

TCK'nın 2. bölümünü vücut dokunulmazlığına karşı suçlar oluşturmaktadır. Bu başlık altında, kasten yaralama, neticesi sebebi ile ağırlaşmış yaralama, kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi, taksirle yaralama, insan üzerinde deney, organ veya doku ticareti maddeleri bulunmaktadır. TCK madde 86-1'de kasten yaralamanın tanımı yapılmış, 86-2'de ise kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde suçun cezası değişmektedir. 86-3. maddede suçun daha ağır ceza gerektiren halleri tanımlanmış ve suçun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi durumunda suçun cezasının artacağı belirtilmiştir (13). TCK'nın 87. maddesinde ise neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama sebepleri düzenlenmiş ve buna göre; kasten yaralama eylemi, mağdurun yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine, konuşmasında sürekli zorluğa ya da konuşma yeteneğinin kaybolmasına, yüzünde sabit ize ya da yüzün sürekli değişikliğine, gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına ya da düşmesine, çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, kemik kırığı ya da çıkığına neden olmasına göre suçun cezası belirli oranlarda arttırılmıştır.

5237 sayılı TCK'nın 2005 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte, ortaya çıkan yeni kavramlar ve yaklaşımlar doğrultusunda, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği'nce, yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi ile ilgili rehber niteliğinde bir doküman oluşturulmuştur. 'Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi' adı altındaki bu rehber ile kişilerde meydana gelen yaralanmaları TCK'nın

ilgili maddelerine göre sınıflandırarak, yaralama olgularının değerlendirilmesinde ve raporlanmasında bir standardizasyon amaçlanmıştır (42).

4.1.1 Travma ve Yara Tanımı

Türk Dil Kurumu'na göre travma; "Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara; örselenme" şeklinde tanımlanmıştır. Yara ise; "direkt ya da indirekt bir dış etki nedeniyle hücre doku organ bütünlüğünü ya da sistem fonksiyonlarında bozulmaya yol açılması" olarak tanımlanabilir (7).

İnsan vücudu sürekli olarak değişen kuvvette darbelere maruz kalmaktadır. İnsan vücudunun genellikle yumuşak dokuların esnekliği ve elastikiyeti ya da iskelet yapısının rijit gücü sayesinde absorbe etme potansiyeli mevcuttur. Ancak uygulanan kuvvetin yoğunluğu dokuların adaptasyon veya direnme kapasitesini aştığında yaralanma meydana gelir (7).

4.1.2 Oluş Şekline Göre Yaralanmalar

Literatürde oluş şekline göre yaralanmaların farklı şekillerde sınıflandırıldıkları görülmektedir. Saukko ve Knight (43) abrazyon, kontüzyon, laserasyon ve bıçak yaralanmaları (incised wounds – colloquially ‘cuts’, ‘slashes’ ya da ‘stabs’.), Madea (44); künt kuvvet yaralanmaları, kesici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, boğulma, sıcak ve soğuğa bağlı yaralanmalar, DiMaio ve Molina (45); künt yaralanmalar, kesici (sharp) yaralanmalar ve balistik yaralanmalar olarak sınıflandırmıştır. Dokgöz (7) ise, mekanik kuvvetlere bağlı yaralanmalar, fiziksel nitelikli travmalara bağlı yaralanmalar, kimyasal nitelikli travmalara bağlı yaralanmalar, biyolojik etkilere bağlı yaralanmalar ve ruhsal travmalar olarak 5 ana grupta incelemiştir.

4.1.2.1 Mekanik Kuvvetlere Bağlı Yaralanmalar

4.1.2.1.1 Ezici (Künt) Yaralanmalar

Künt cisim yaralanmaları uygulamada en sık karşılaşılan yaralanma çeşididir. Künt yaralanma sonucunda eritem, ekimoz/kontüzyon/bere, abrazyon (sıyrık), laserasyon, avülsiyon ve kırık oluşabilir (7). Künt yaralanmalarının ciddiyeti, boyutu

ve görünümü; kuvvetin miktarına, uygulandığı süreye, kuvvetin uygulandığı vücut bölgesinin özelliklerine ve silahın niceliğine göre değişkenlik göstermektedir (45).

4.1.2.1.1.1 Eritem

Travma sonrası salgılanan mediatörler sonucu oluşan vazodilatasyona sekonder görülen cilt üzerindeki kızarıklara eritem denilmektedir. Ekimozdan farklı olarak birkaç saat içinde kaybolur.

4.1.2.1.1.2 Ekimoz, Kontüzyon, Bere

Mekanik olarak hasar gören kan damarından kanın doku aralarına sızması sonucu oluşur. Kontüzyon, bere ve ekimoz sıkça birbirleri yerine kullanılan terimlerdir (7, 43). Cilt-cilt altı dokudan derin dokulara kadar farklı derinliklerde görülebilirler. Cilt-cilt altı dokuda oluşan ekimoz hemen ortaya çıkarken, derin dokularda oluşan ekimozun cilde yansması zaman alacaktır. Ayrıca yerçekimi ve anatomik yapılar nedeniyle farklı bir noktadan cilt üzerinde belirebilirler. Örneğin frontal bölge cilt altında meydana gelen kanama periorbital bölgede görülebilir (7, 43).

Ekimozun rengi kanamanın derinliğine, lezyonun yaşına ve kanın oksijen saturasyonuna göre değişiklik gösterebilir. Hemoglobinin biliverdin ve bilirubine parçalanmasının bir sonucu olarak ekimozun rengi mor-mavi renkten zamanla kırmızı kahverengi ve daha sonra yeşil-sarı renge dönerek değişiklik gösterir (7).

Ekimozların şekilleri adli tıp açısından önem arz edebilir. Yaklaşık 1 cm çapındaki diskoid ekimozlar parmak ucu basıncıyla oluşan karakteristik ekimozlardır. Çocuk istismarında kol, ön kol, el bilekleri, göğüs ve batında tutma ve kavramanın bir sonucu olarak görülebilir. Yetişkinlerde kolun medial yüzünde tutma, kavrama ve sürüklenme sonucu oluşabilir. Cinsel istismarlarda uyluk medialinde, labium majus ve minus çevrelerinde ve perianal bölgede, el ile boğma vakalarında ise boyun bölgesinde bulunabilirler. Ayrıca boyun bölgesinde ‘love bites’ adı verilen ekimozlar cinsel istismarın göstergesi olabilir (43). Sopa gibi dikdörtgen veya dairesel kesitli bir nesnenin cilde çarpması sonucu aralarında soluk, ekimozsuz bir bölge bulunan paralel ekimozlara ise ‘tren rayı ekimoz’ adı verilir (43, 44).

4.1.2.1.1.3 Abrasyon (Stırık)

Epidermiste hasara neden olan yüzeyel cilt yaralanmalarıdır. Epidermis ile sınırlı abrazyonlarda kanama beklenmez, ancak travmanın niteliğine göre dermisi de içeren yaralanmalarda kanama görülebilir (7, 43–45). Ölüm gerçekleşmiş ise hızlı sıvı kaybı nedeniyle abrazyonlar, sert kahverengi görünüm alarak parşömenleşir. Bu oluşum ası ve bağla boğma olgularının boyun bölgesinde tipiktir (43). Abrasyonlar dikey ya da yatay kuvvetler sonucu oluşabilse de genellikle yatay kuvvetler sonucu oluşmaktadır. Yatay kuvvetlerle oluşan lineer sıyrıklarda epidermal kalıntılar kuvvetin yönünde gittikçe belirginleşir ve bu kuvvetin yönü hakkında fikir verir (7, 43). Dikey kuvvet sonucu meydana gelen abrazyonlarda kuvveti ileten nesnenin şeklinde abrazyon meydana gelebilir ve buna ‘şekli ekimoz’ adı verilir (43).

4.1.2.1.1.4 Laserasyon

Derinin tüm katmanlarını ilgilendiren yaralanmalardır. Künt travma sonucu meydana gelen laserasyonlar genellikle kafatası, omuz, diz gibi cilt altında kemik dokunun bulunduğu lokalizasyonlarda gelişir. Künt travmaya sekonder laserasyonlarda kesici ve/veya delici alet yaralanmalarından farklı olarak; yara içinde doku köprüleri bulunur, genellikle yara kenarları düzensizdir, yara etrafı kontüzyon içerebilir ve alttaki kemik dokuda lineer kesi izlenmez (7, 43–45).

4.1.2.1.2 Kesi Niteliğinde Yaralar

Keskin cisimlerin neden olduğu yaralanmalardır. Bazı yazarlar laserasyonun bir alt kategorisi olarak değerlendirmiştir. Yine bazı yazarlar, yaranın uzunluğu derinliğinden fazla olan yaralanmalar olarak kategorize etmiş ve bıçak gibi derinliği daha fazla olan yaralanmaları ayırmıştır. Ancak tüm kesi niteliğindeki yaralanmaların ortak özelliği, yaralanmaya neden olan cismin etraf dokulara zarar vermeden cilt ve cilt altı dokuların düzgün bir şekilde ayırmasıdır (43).

4.1.2.1.2.1 Kesici Alet Yaralanmaları

Boyu derinliğinden fazla olan kesi niteliğindeki yaralanmalardır. Ustura, jilet cam gibi cisimlerle ya da bıçak gibi kesici delici aletlerin kesici özellikleri kullanılarak oluşturulabilir (7). Tipik olarak yaranın başlangıcında ve sonunda kuyruk bulunur. Yara sonundaki kuyruğun daha uzun olması beklenir (7, 46, 47).

4.1.2.1.2.2 Kesici Delici Alet Yaralanmaları

Derinliği uzunluğundan fazla olan kesi niteliğinde yaralanmalardır. Sıklıkla bıçak, makas, çakı gibi aletler ile oluşturulurlar. Kolaylıkla iç organ ve/veya büyük damar yaralanmalarına sebep olabilecek bu tür yaralanmalar cinayet orjinli olgularda sıklıkla görüldüğünden adli tıp açısından büyük önem taşır (7, 43). Yara dudakları genellikle düzgündür ancak kullanılan cismin yüzeyi tırtıklı ise buna bağılı çentiklenmeler görülebilir. Batın bölgesindeki yaralanmalarda, bu bölgenin esnemesi nedeni ile yaranın derinliği namlunun uzunluğundan daha fazla olabilir ve bu tür yaralanmalara ‘akordeon’ tipi yaralanmalar adı verilir. Yara kenarları kullanılan aletin namlu özelliklerine göre değışkenlik gösterir. Bir ucu künt bir ucu keskin namlunun keskin tarafı dar açılı künt tarafı geniş açılı yara oluşturacakken, iki ucu da keskin namlu iki kenarı da dar açılı yara meydana getirecektir (7, 43, 48).

4.1.2.1.2.3 Delici Alet Yaralanmaları

Yaranın derinliğinin uzunluğundan belirgin derecede fazla olan yaralanmalardır. İğne, tığ, tornavida, şiş gibi cisimlerle oluşturulabilir. Kullanılan aletin ucu yuvarlak ise oval, kare, dikdörtgen gibi köşeli ise yıldızvari görünümde yara oluşabileceğı gibi kullanılan aletin yapısal özelliğine göre yara özellikleri değışebilir (7).

4.1.2.1.2.4 Kesici Ezici Alet Yaralanmaları

Kesici yüzeylerinin yanısıra ağırlıkları ile de ezici özellik gösteren balta, tarha, satır gibi cisimlerle oluşturulan yaralanmalardır. Yara dudakları düzgündür ve yara dudaklarının kenarında ekimoz bulunur. Genellikle kemik dokuda çizgisel hasar ya da kemik kırıkları görülür (7).

4.1.2.1.3 Ateşli Silah Yaralanmaları

Mekanik bir kuvvet ile içindeki sert cismi belirli bir mesafeye ulaştıran ve isabet ettiğı yerde sahip olduğı kinetik enerjiyi aktararak hasar veren aletlere ateşli silahlar denir (7, 49). Genel olarak uzun namlulu ve kısa namlulu olarak iki ana grupta incelenebilirler. Ateşli silahlar türüne ve kullanım amacına göre mermi çekirdeğı, saçma taneleri ya da tek kurşun (slug) atabilirler (7).

Mermi çekirdeğı cildi delerek vücuda girdiğinde yuvarlak veya oval bir giriş yarası oluşturur. Buna ‘tipik giriş yarası’ adı verilir. Yaranın kenarlarında

parşömenleşmeye bağlı kırmızı-kahverengi renkteki oluşuma ise ‘vurma halkası’ adı verilir. Mermi çekirdeğinin hedefe varmadan önce takla atması, parçalanması durumunda düzensiz giriş yaraları meydana gelebilir. Bunun yanında kafatası gibi altında kemik dokunun bulunduğu bitişik ya da bitişğe yakın atışlarda cilt kemik ile namlu arasında sıkışarak yıldızvari, düzensiz bir giriş yarası oluşturur. Bu tür yaralara ise ‘atipik giriş yarası’ adı verilir. Çıkış deliği yarası ise düzensiz, oval ya da yuvarlak, yara kenarları dışa dönük ve genellikle giriş yarısından daha geniştir. Vurma halkası bulundurmazlar (7, 45).

Av tüfeği saçma tanelerinin oluşturduğu giriş yaralarının özellikleri atış mesafesine göre değişkenlik gösterir. Bitişik ve 30 cm’ye kadar olan atışlarda saçma taneleri bir bütün olarak cilde gireceklerinden kenarları düzenli bir giriş deliği oluşturur. 30-100 cm arasında yara kenarları düzensizleşmeye başlar ve buna ‘rat hole’ adı verilir. 1 metrenin üzerindeki mesafelerden yapılan atışlarda kenarları düzensiz merkezi bir giriş deliğinin kenarında satellit saçma girişleri görülmeye başlar. Mesafe uzadıkça merkezi girişin boyutu küçülür ve satellit saçma giriş sayıları artar. 10 metrenin üzerinde ise merkezi giriş olmaksızın saçma taneleri yayılarak vücuda girer. Bahsedilen mesafeler yaklaşık değerlerdir ve silahın özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir (43).

4.1.2.1.4 Patlamaya Bağlı Yaralanmalar

Patlamalar; fiziksel, kimyasal veya nükleer reaksiyonlar sonucu yüksek miktardaki enerjinin kısa sürede açığa çıkması ile oluşur. Patlamanın neden olduğu yaralanma modelleri; birincil, ikincil, üçüncül, dördüncül ve beşincil yaralanmalar olarak sınıflandırılmaktadır (7, 50, 51).

4.1.2.1.4.1 Birincil Patlama Yaralanmaları

Patlama sonucunda gazın hızla genişlemesiyle meydana gelen patlama dalgasının oluşturduğu yaralanmalardır. akciğerler, gastrointestinal sistem, orta kulak gibi içi hava dolu organlar bu barotravmadan daha fazla etkilenir (7, 50, 51).

4.1.2.1.4.2 İkincil Patlama Yaralanmaları

Patlayıcı içindeki ve etraftaki enkaz parçalarının vücuda nüfuz etmesi ile oluşan yaralanmalardır. Patlamaya bağlı yaralanmaların en sık sebebi ve en yaygın mortalite sebebi ikincil yaralanmalardır (7, 50, 51).

4.1.2.1.4.2.3 Üçüncül Patlama Yaralanmaları

Kişinin patlama etkisi ile sıçrayarak ya da bir yapının çökmesi sonucu enkaz altında kalarak meydana gelen yaralanmalardır. Yaralanmanın ciddiyeti, patlamanın gücü ve çarptığı nesnelere göre değişkenlik gösterir (7, 50, 51).

4.1.2.1.4.2.4 Dördüncül Patlama Yaralanmaları

Dördüncül patlama yaralanmalarını; yangın, duman, radyasyon biyolojik ajanlar gibi birincil, ikincil ve üçüncül patlama yaralanmalarınca kategorize edilemeyen tüm yaralanmalar oluşturur (7, 50, 51).

4.1.2.1.4.2.5 Beşincil Patlama Yaralanmaları

Patlayıcı kimyasalların neden olduğu düşünülen gecikmiş tip aşırı inflamatuvar yanıt olarak tanımlanmaktadır (7, 52, 53).

4.1.2.2 Fiziksel Yaralanmalar

4.1.2.2.1 Yanık Travması

Cilt üzerine ısı uygulandığında oluşacak hasarın boyutu, uygulanan sıcaklığa, uygulanma süresine ve dokunun ısıyı iletme özelliğine göre değişmektedir. Termal hasara neden olabilecek en düşük ısı 44 °C iken hasarın oluşabilmesi için en az 5 saat temas gereklidir. 60 °C ise 3 saniyede termal hasara neden olabilmektedir (43, 54).

Yanık travmaları, farklı sınıflandırmalar olsa da genel olarak etkilenen dokunun derinliğine göre sınıflandırılmıştır:

1. derece yanık: Dermisin korunduğu, epidermis ile sınırlı yanıklardır. Ödemli, ağrılı eritem ile karakterizedir. Genellikle iz bırakmadan iyileşir.

2. derece yanık: Derinin tüm katmanlarının etkilendiği yanıklardır. Epidermiste birinci derece yanık veya hiperemi ile çevrili nekroz alanı bulunmaktadır. Merkezi nekroz alanı zamanla dökülür ve epidermis kenarlardan içeri doğru ilerler. İyileşme sürecinde yara kontrakte olur ve iz bırakarak iyileşir.

3. derece yanık: Cilt altı yağ dokudan, kas ve kemik dokulara uzanarak amputasyona dahi neden olabilecek şiddetteki yanıklardır (43).

Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'ne göre yanıkların değerlendirilmesinde yanığın derecesi ve yanık yüzey alanının vücut yüzey alanına oranı önem arz etmektedir. Bu hesaplama ise 1924'te Berkow tarafından ortaya atılan ve daha sonra Wallace tarafından geliştirilen 'dokuzlar kuralı'na göre yapılmaktadır. Yetişkinlere yönelik olan bu diagramı Lund ve Browder yeni bir tablo ve diagram ile çocuklara uyarlamışlardır (42, 43).

4.1.2.2.2 Elektrik Yaralanmaları

Elektrik akımının dokulardan geçmesi cilt lezyonlarına, organ hasarına ve ölüme neden olabilmektedir. Doku hasarı ve ölüm; akım, voltaj, direnç ve maruziyet süresi ile doğrudan ilişkilidir. Elektrik akımının önündeki en büyük engel, en yüksek dirence sahip olan deridir. Derinin direnci, keratin kaplı epidermisin kalınlığına göre büyük ölçüde değişir. Ayak tabanı ve parmak pulparlarındaki derinin direnci, diğer bölgelerdeki ince cilt dokuya göre daha fazladır ve kuru iken yaklaşık 1 milyon ohm kadardır. Islanmışta ise 1200 ohm'a kadar düşmektedir (43).

Günümüzde iki tip elektrik akımı kullanılmaktadır. Bunlardan biri alternatif akım, diğeri ise doğrusal akımdır. Alternatif akım sinüzoidal olup belirli bir frekansa sahiptir. Doğrusal akım ise bir frekansa sahip değildir. Dokulara verilen hasarın derecesi, içlerinden akan gerçek elektrik miktarı ile orantılıdır. Evlerde ve endüstride sıkça kullanılan alternatif akım baz alındığında 30 mA'lık elektrik akımı çizgili kas kasılmalarına neden olurken, 40 mA'lık akım bilinç kaybına, 50-80 mA'lık elektrik akımı ise ölüme neden olabilmektedir. Bunun yanında alternatif akımın frekansı da önemli rol oynamaktadır. 40-150 Hz arasındaki frekans malign aritmiler için yüksek risklidir (43, 55).

Voltaj, elektrik devresindeki gerilimdir. Günümüzde ev elektriği 220-240 volt olup ölümler genellikle bu voltaj aralıklarında görülmektedir. 100 Volt'un altındaki voltaj değerleri genellikle ölümcül değildir. Kuru havada 1000 voltluk gerilim birkaç milimetre, ve 100 kilovolt'luk bir gerilim ise yaklaşık 35 cm uzaklığa akım sıçratarak elektrik yaralanmalarına ve ölüme neden olabilmektedir (43).

4.1.2.3 Kimyasal Yaralanmalar

Korozif maddeler; güçlü asit veya baz yapısında olan ve özefagus, mide, duodenum gibi temas ettiği dokularda kimyasal reaksiyon oluşturan kimyasal maddelerdir. Korozif Madde yaralanmaları genellikle çamaşır suyu, hidrojen peroksit gibi oksidan yapıda olan maddeler ile temizlik ürünü bazlar (lavabo açıcı, temizlik solüsyonları) ve asitler (sülfürik, nitrik, hidroklorik asit) nedeniyle görülür (56)

Adli tıbbi yaklaşımda korozif maddenin özofagusta neden olduğu hasar yapılacak endoskopik görüntüleme yöntemleri ile evreleme yapılarak değerlendirilmelidir.

Canlılarda hastalıklara ve hatta ölümlere yol açan fizyolojik, biyokimyasal ve biyolojik etkilere neden olan maddelere ‘zehir’, bu maddelerin vücuda alınarak canlı organizma üzerinde gösterdiği etkilere ise ‘zehirlenme’ adı verilir (57). Zehirlenmeler çocukluk çağında acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturan, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen önemli bir toplum sağlığı sorunudur (58). Ulusal Zehir Danışma Merkezi’nin 2020 yılı raporuna göre; 2020 yılında zehirlenme vakalarının %46.9’unu 0-19 yaş grubunun oluşturduğu ve bu olguları sıklıkla insan sağlığı ürünleri, çeşitli kimyasallar ve gıdaların oluşturduğu bildirilmiştir (59).

4.1.2.4 Biyolojik Yaralanmalar

Hayvan ısırıkları önemli bir küresel halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir ve hayvanların neden olduğu en yaygın yaralanma türü köpek ısırıklarıdır. Köpek ısırıklarının çoğu küçük zararlarla sonuçlansa da ciddi ve hatta ölümcül sonuçlara da yol açabilmektedir.

Tipik olarak saldırılara karışan köpekler, genellikle bekçi köpeği olarak veya kişisel savunma için eğitilmiş Bull tipi teriyer, Mastiff tipi, Nordic Sledge köpekleri, Asya Spitz, Alman Çoban köpeği gibi büyük boy ırklardır. Pinschers gibi küçük boyutlu ırklar da insanları ısırarak, nadiren tıbbi müdahale gerektiren küçük yaralanmalara neden olabilmektedir. Erkek köpekler tüm vakaların yaklaşık %75’ini oluşturur ve daha saldırgan oldukları bildirilmektedir. İnsanlara yönelik köpek saldırılarını kolaylaştırdığına inanılan diğer faktörler arasında saldırganlığa yönelik olası genetik yatkınlık, kısırlaştırmama, kötü sağlık durumu, geç veya yetersiz eğitim ve sosyalleşme yer almaktadır. Köpek ısırıklarının çoğu, evcil köpeklerden sahiplerine

veya kendi mülklerindeki akrabalarına karşı meydana gelmektedir. Köpek saldırıları tipik olarak çocukları veya yaşlıları kapsamaktadır. Çocuklar, hırlama, piloereksiyon, kulakları ve kuyruğu kaldırma gibi saldırganlığın uyarı işaretlerini nasıl yorumlayacaklarını bilemediklerinden kendilerini hayvan saldırılarından korumaya yönelik tedbirler almak için gerekli bilişsel becerilere sahip değildirler (60).

Köpeklerin üst çenede 20 ve alt çenede 22 olmak üzere 42 kalıcı dişleri vardır. Kanin dişler tipik olarak 'delik (hole)' şeklinde laserasyona sebep olurlar. Bu dişler bir çapa görevi görür ve diğer dişler dokuları keserek daha uzun laserasyonlara neden olmaktadır (60). Isırığın süresi ve şiddeti arttıkça daha derin kas yaralanmaları ve kemik kırıkları oluşabilmektedir. Köpeklerden sonra en sık hayvan ısırığına neden olan hayvan ise kedidir.

Kedilerin dişleri uzun ve ince olduğundan 'delik' tarzında küçük laserasyon oluştururlar. İnce uzun dişleri derin dokularda bakteri inokülasyonuna neden olabileceğinden enfeksiyon açısından dikkatli olunmalıdır (61).

4.1.2.5 Ruhsal Travmalar

Travma kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Olayın ruhsal bir travma olabilmesi için kişinin; ölüm tehdidi ile yüz yüze gelmesi, ağır bir yaralanma ya da fizik bütünlüğüne yönelik bir tehdit yaşaması, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması gereklidir. Ruhsal travmaların içinde en sık Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) görüldüğünü bildirilmektedir (62–65).

4.1.2.5.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, travmatik bir olayı takiben yeniden yaşama, aşırı uyarılma ve kaçınma belirtileriyle ortaya çıkan yaygın bir zihinsel bozukluktur. Yüksek riskli popülasyonlarda prevalansının %15.4 olduğu tahmin edilmektedir. DSM-5, TSSB tanısı konulabilmesi için semptomların travmatik olayı takip eden bir ay boyunca mevcut olması gerektiğini belirtmektedir. Travmadan 3-30 gün sonra TSSB'ye benzer semptomların görülmesi ise 'akut stres bozukluğu' olarak adlandırılır ve TSSB'nin bir göstergesidir (66).

4.2 Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçların Değerlendirilmesi

Cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar TCK'nın 6. bölümünde 102-105. maddelerinde ele alınmıştır. TCK'nın 102. maddesinde 'cinsel saldırı' tanımlanırken, 'çocukların cinsel istismarı' 103. maddesinde ayrıca ele alınmıştır. TCK'nın 103. maddesinde cinsel istismarın tanımı yapılmış ve cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunmak suçu ise 104. madde kapsamında 'reşit olmayanla cinsel ilişki' başlığı altında ayrıca ele alınmıştır. 105. maddede ise cinsel taciz suçu düzenlenmiştir (13).

Çocuğun cinsel istismarında tıbbi değerlendirme; öykü, tam bir fiziksel ve ruhsal muayene yapılması, adli delillerin toplanması ve gerektiğinde fotoğraf ile tespit edilmesi, enfeksiyonlar ve gebelik olasılığına karşı profilaksi uygulanması adımlarını kapsamaktadır.

Öykü; Cinsel istismara uğramış çocuğun öyküsü hem fizik muayene ve olaya ait tıbbi delillerin elde edilmesi, hem de özellikle tanısız fizik muayene bulgularının saptanamadığı durumlarda çok değerlidir. Öykü alınırken çocuğun yaşına uygun açık uçlu sorular sorulmalıdır. Gerektiğinde anatomik yapıya uygun bebekler ya da resim çizdirme gibi teknikler kullanılabilir. Öykü sonunda yapılacak muayene ve işlemler anlatılmalı, aydınlatılmış onamı alınmalıdır.

Fiziksel muayene, iddia edilen olaydan sonra mümkün olan en kısa sürede, tekrar travmatize etmeden deneyimli bir klinisyen tarafından yapılmalıdır. Genital muayene, genellikle litotomi pozisyonu ve diz-dirsek pozisyonunda yapılmaktadır. Küçük çocuklarda annenin kucağında supin kurbağa pozisyonunda yapılabilir. labium majör ve minör, himen ve vajinal introitus olası travmatik lezyonlar açısından değerlendirilmelidir (7, 67).

Genital incelemenin en zor yönlerinden birisi himenin değerlendirilmesidir. TCK'nın 103. maddesinde geçen "cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumu" iyi bir himen değerlendirilmesi ile aydınlatılabilmektedir. Himendeki doğal çentikler, akut ya da iyileşmiş laserasyonlar ve ekimozlar kaydedilmelidir (7). Himen, posterior forset ve perinede akut ya da iyileşmiş laserasyonlar, ekimoz ve abrazyonlar cinsel travmanın bulgularındandır (68).

Anal bölge muayenesi diz dirsek pozisyonunda yapılır. Anüste eritem, ekimoz, abrazyon, akut ya da iyileşmiş laserasyonlar ve anal tonus cinsel travma açısından değerlendirilir (7, 67, 69). Anal muayenede hiçbir bulgu saptanmadan da anal yoldan cinsel istismar olabileceği ya da bulguların hiç iz bırakmadan iyileşebileceği unutulmamalıdır (70, 71).

Anal ve vajinal muayene bulgularının yanında; cinsel yolla bulaşan hastalıklardan N. gonorrhea, T. pallidum, C. trachomatis, T.vaginalis ve diğer bulaş yolları ekarte edilmiş HIV enfeksiyonları cinsel istismarın bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Gebelik ve çocuğun vücudundan doğrudan alınan örnekte sperm saptanması cinsel istismar açısından tanı koydurucu bulgulardandır (68).

4.3 Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenlerin Değerlendirilmesi

5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun 3. maddesinde suça sürüklenen çocuk; "Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuk" olarak tanımlanmıştır. Kanunda çocuk hukuku ilkelerine uygun olarak 'suçlu çocuk, suç işlemiş çocuk' ifadelerinin kullanılmasından özellikle kaçınılmış ve çocuğun suç işlemesinde iradesinin dışındaki faktörlerin etkisinde kaldığı kabul edilmiştir (12, 72). Çocuk adalet sisteminin amacı, çocuğu mümkün olduğunca koruyucu ve eğitici tedbirlerle koruyarak ceza adaleti dışında tutmaktır (73).

TCK'nın ikinci bölümünde ceza sorumluluğunu kaldırان veya azaltan nedenler düzenlenmiştir. Bu başlık altında adli tıbbi değerlendirme gerektiren 31-34. maddelerince düzenlenen 'yaş küçüklüğü', 'akıl hastalığı', 'sağır ve dilsizlik', 'geçici nedenler', 'alkol ve uyuşturucu madde etkisinde olma' başlıkları bulunmaktadır. TCK madde 31'de; fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocuklar ile fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğunun olmadığı belirtilmiştir (13).

Çocuk ceza sorumluluğu değerlendirilirken; çocuğun işlediği eylem ve eylem sonucu ortaya çıkabilecek sonuçlar, eylemin suç olup olmadığı ve verilecek cezanın niteliği hakkındaki farkındalığı araştırılmalıdır. Bu araştırmanın ilk basamağı, çocuklarda yapılacak sosyal incelemelerdir. Çocuğun, yaşı, eğitim durumu, sosyo-ekonomik özellikleri, ailesel özellikleri, yaşadığı çevre ve arkadaşlarının özellikleri, eylemi gerçekleştirdiği sırada içinde bulunduğu koşullar ve ruh hali ilk öğrenilmesi gereken bilgilerdir. Çocuklarda ceza sorumluluğu değerlendirmelerinin bir diğer ayağını uzman hekimlerce yapılan ruhsal muayene oluşturmaktadır. Ruhsal muayenede sadece akıl hastalığı ve mental retardasyon değerlendirilmemeli, çocuğun ruhsal gelişimi, içinde bulunduğu durum ile baş etme gücü, dürtüsellliği, soyut düşüncenin gelişip gelişmediği gibi özgül değerlendirmeler de yapılmalıdır (74).

4.4 Maluliyet Değerlendirilmesi

DSÖ'ne göre maluliyet; “Meydana gelen bir sakatlık, herhangi bir kısıtlama ya da bir şekilde bir insan için normal sayılan ölçüler dâhilinde bir faaliyet gerçekleştirme yeteneği olmaması hali” olarak tanımlanmaktadır (75)

Maluliyet durumunun değerlendirilmesinde çeşitli yönetmelikler kullanılmaktadır. Ülkemizde güncel adli tıp pratiğinde 11/10/2008 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren ‘Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’, 03/03/2013 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ‘Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği’, 20/02/2019 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ‘Erişkinler İçin Engellik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’ kullanılmaktadır (76).

Daha önceleri engelli çocuk, yetersizliği olan birey, anormal çocuk, ayrıcalıklı çocuk gibi tanımları yapılan çocuk engelliliği 20/02/2019 tarihli resmî gazetede yayımlanan ‘Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’ (ÇÖZGER) ile birlikte ‘özel gereksinimi olan çocuk’ olarak tanımlanmıştır. ÇÖZGER öncesinde yetişkinlerle aynı yönetmeliklere göre değerlendirilen çocuklar ÇÖZGER ile birlikte teorik olarak yetişkinlerden ayrılmıştır (76).

4.5 Kemik Yaşı Tayini

Yaşayan kişilerde kemik yaşı tespiti, özellikle ülkemiz kırsal kesimlerinde sağlıklı doğum ve nüfus kayıtlarının olamaması sebebiyle hukuki açıdan önem arz etmektedir. Adli tıp pratiğinde kişilere sıklıkla ceza sorumluluğunun belirlenmesi, fiil ehliyet, askere gitme, evlenme gibi sebeplerle kemik yaşı tayini yapılmaktadır (77).

Büyüme ve gelişmenin belirlenmesinde morfolojik, histolojik ve radyolojik yöntemler kullanılmaktadır. Adli tıp pratiğinde ise morfolojik ve radyolojik yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Morfolojik olarak boy uzaması, ağırlık artışı, kronolojik yaş ve sekonder cinsiyet karakterleri gibi kriterler değerlendirilmektedir (78). Radyolojik yöntemlerle elde edilen görüntülerde dişler ve kemiklerin her döneme ait değişiklikleri kolaylıkla tespit edilebilmektedir. Radyolojik yöntemler panoramik, sefalometrik ve el-bilek radyografileri olarak sınıflandırılmaktadır. Radyolojik inceleme ile kemikler; epifiz hatlarının kapanmasının tamamlayıp tamamlamadığına, kostalarda meydana gelen değişiklikler ve kalsifikasyonlar, sternum ve sakrumun kalsifikasyonları, yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan osteofitler hakkında fikir verebilmekte ve kemik yaşı tayini için en sık kullanılan ve güvenilir yöntem olma özelliği taşımaktadır (77, 79–83).

4.6 Evlilik Ehliyeti ve Engellerinin Değerlendirilmesi

Evlenme ehliyeti ve engelleri Türk Medeni Kanunu'nda (TMK) düzenlenmiştir. Evlenme ehliyetleri; yaş, ayırt etme gücü ve yasal temsilcinin izni başlıkları altında, evlenme engelleri ise; hısımlık, önceki evlilik ve akıl hastalığı başlıkları altında düzenlenmiştir (84). Adli tıp pratiğinde sıklıkla yaş, ayırt etme gücü ve akıl hastalığı maddelerince değerlendirme istenmektedir.

TMK madde 124'te evlenme ehliyetinin yaş koşulu düzenlenmiş olup erkek ve kadın için on yedi yaşını doldurmuş olmak şartı belirlenmiştir. Maddenin devamında ise; hâkimin olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebileceği belirtilmiştir. TMK madde 133'te ise; akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbî sakınca bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemeyecekleri belirtilmiştir (84, 85).

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamıza, Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 31.05.2023 tarih ve E-60116787-020-374178 sayılı etik kurul onayı alınarak başlanmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı arşivindeki 2013-2022 yılları arasında hazırlanan tüm arşiv kayıtları retrospektif olarak taranmıştır (n=13326). Arşiv dosyaları incelenerek adli tıbbi değerlendirme yapılan 18 yaş altı çocuk olgular belirlendi (n=1991). Olgular öncelikle rapor türüne göre 'yaralama olguları', 'cinsel istismar muayeneleri', 'ceza sorumluluğu değerlendirilmesi', 'kemik yaşı tayini', 'maluliyet hesaplaması', 'beden veya ruh bakımından savunma değerlendirilmesi', 'beden veya ruh sağlığında bozulma değerlendirilmesi', 'evlenme ehliyeti ve engelleri değerlendirilmesi', 'ergin kılınmaya uygunluk açısından değerlendirilmesi' olarak gruplandırıldı. Bu gruplar dışında kalan olgular 'diğer raporlar' sınıfına dahil edildi. Tüm olgular yaş, cinsiyet, raporun istendiği makam ve il/ilçe verileri kategorize edildi.

Tespit edilen yaralama olguları; travma türü, yaralanma bölgesi, yaşamsal tehlike, yaşamsal tehlike sebebi, basit tıbbi müdahale, yüzünde sabit iz, kemik kırıkları, duyularında veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi, konuşma ve çocuk yapma yetenekleri verileri kategorize edildi.

Cinsel istismar muayene olgularında; şüphelinin yakınlık derecesi, olayın gerçekleştiği mekân, tekrarlanan cinsel istismar, adli birimlere başvuru süresi, cinsel istismar türü ve muayene bulguları kategorize edildi.

Ceza sorumluluğu değerlendirilmesi olgularında suç türü ve rapor sonucu, beden veya ruh bakımından savunma değerlendirilmesi, beden veya ruh sağlığında bozulma değerlendirilmesi, evlenme ehliyeti ve engelleri değerlendirilmesi olgularında ise çocukta mevcut bedensel ve/veya ruhsal hastalıklar ile rapor sonucu, maluliyet değerlendirilmelerinde olay türü, yönetmelik ve hesaplanan özür ve engellilik oranları, kemik yaşı tayini olgularında ise hukuki açıdan önem arz etmesi sebebiyle '0-11 yaş (12 yaşını doldurmamış)', '12-14 yaş (12 yaşını doldurmuş, 15 yaşını doldurmamış)', '15-17 yaş (15 yaşını doldurmuş, 18 yaşını doldurmamış)' ve '18 yaş ve üzeri (18

yaşını doldurmuş ve daha üzeri)' olarak gruplandırılarak kimlik yaşları ile tespit edilen kemik yaşları kategorize edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 21.0 paket programında yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının incelenmesinde Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmayan verilerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için ki kare testi kullanılmıştır. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.



BULGULAR

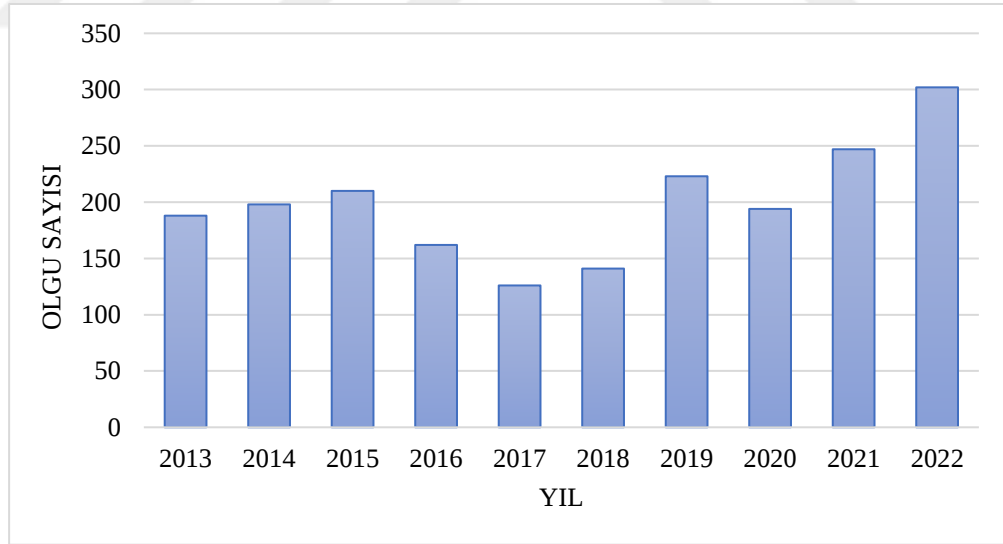
2013-2022 yılları arasındaki toplam 13326 rapordan çalışmaya dahil edilen 1991 (%14.9) olgunun 871'i kadın, 1120'si erkek olduğu belirlendi. Olgular yaş bakımından değerlendirildiğinde; her iki cinsiyette de en küçük yaş 0, en büyük yaş ise 17 olarak tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	n (%)	Minimum Yaş	Maksimum Yaş	A.O. + S.S.
Kadın	871 (43.7)	0	17	12.57+4.492
Erkek	1120 (56.3)	0	17	12.43+4.675

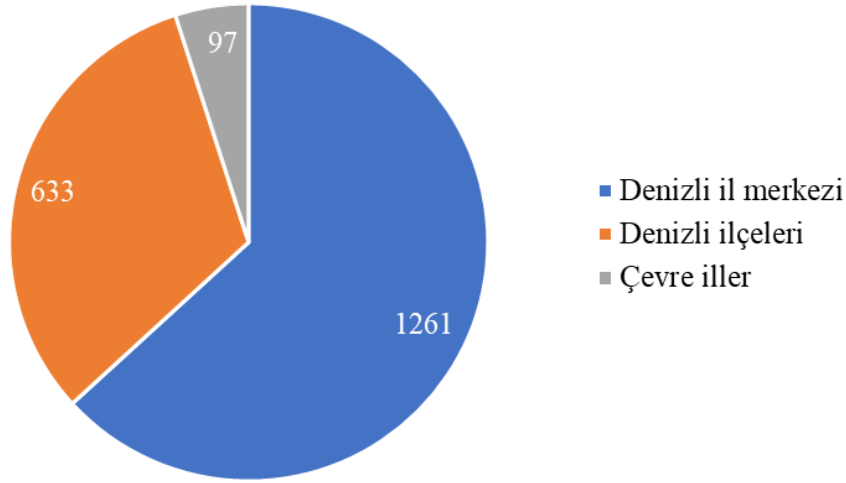
A.O.:Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma

Olguların yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2013 yılında 188, 2014 yılında 198, 2015 yılında 210, 2016 yılında 162, 2017 yılında 126, 2018 yılında 141, 2019 yılında 223, 2020 yılında 194, 2021 yılında 247 ve 2022 yılında 302 olguya adli rapor düzenlendiği tespit edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Olguların yıllara göre dağılımı.

Çalışma kapsamında değerlendirilen 1991 raporun %63.3'ünün (n=1261) Denizli il merkezi, %31.8'inin (n=633) Denizli ilçeleri ve %4.9'unun (n=97) çevre illere bağlı savcılıklar, mahkemeler, polis merkezi amirlikleri ve jandarma komutanlıklarından talep edildikleri tespit edildi (Şekil 2).



Şekil 2. Raporların talep edildiği bölgelerin dağılımı.

Olguların 1244'ünü (%62.5) TCK'nın vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar başlığı altında 86-87 ve 89. maddeleri kapsamında değerlendirilen yaralama olguları oluşturmaktayken, bunu 262 (%13.2) olgu ile cinsel istismar muayenesi yapılan olguların izlediği görüldü (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların raporda değerlendirilen konulara göre dağılımı.

	n	%
Yaralama olguları	1244	62.5
Cinsel istismar muayeneleri	262	13.2
Kemik yaşı tayini	167	8.4
Maluliyet hesaplaması	120	6.0
Beden veya ruh bakımından savunma	139	7.0
Beden veya ruh sağlığında bozulma	93	4.7
Evlenme ehliyeti ve engelleri	30	1.5
Ceza sorumluluğu	14	0.7
Ergin kılınma	5	0.3
Diğer raporlar*	2	0.1

*sabit eser ve velayet dosyası.

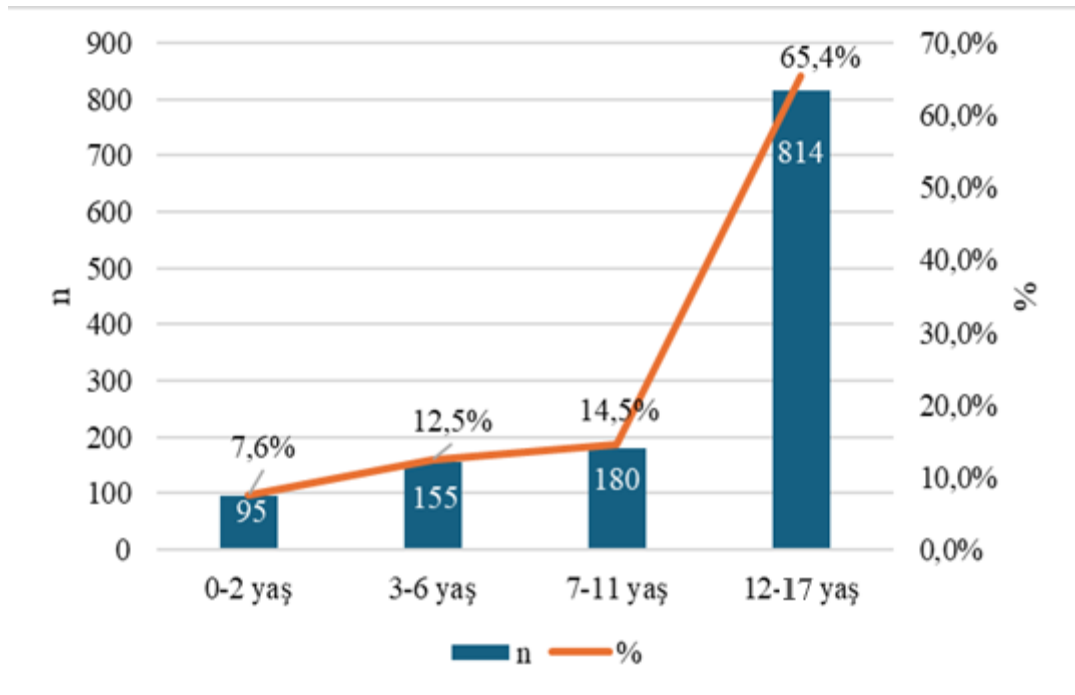
Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar Kapsamında Yaralama Olguları

TCK'nın vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar başlığı altında 86-87 ve 89. maddeleri kapsamında değerlendirilen 1244 olgunun %31.3'ünün (n=389) kadın, %68.7'sinin (n=855) erkek olduğu, erkeklerin yaş ortalamasının 11.95 (± 5.135), kadınların yaş ortalamasının 10.75 (± 5.354) olduğu görüldü (Tablo 3). Olguların yaşlarının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($U=130307,0$ $p<0.001$). Olguların yaşları 0-2 yaş (bebeklik dönemi), 3-6 yaş (oyun dönemi), 7-11 yaş (okul dönemi) ve 12-17 yaş (ergenlik dönemi) olarak sınıflandırıldığında olguların %65.4'ünün (n=814) 12-17 yaş aralığında olduğu belirlendi (Şekil 3).

Tablo 3. Yaralama olgularının cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	n (%)	Minimum Yaş	Maksimum Yaş	A.O. + S.S.
Kadın	389 (31.3)	0	17	10.75+5.354
Erkek	855 (68.7)	0	17	11.95+5.135

A.O.:Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma



Şekil 3. Yaralama olgularının yaş gruplarına göre dağılımı

Çalışmaya dahil edilen yaralama olguları; maruz kalınan travmaların oluş şekline göre künt travma, penetran yaralanma, zehirlenmeler, fiziksel (termal ve elektrik) yaralanmalar, aspirasyonlar ve patlama tarzı yaralanmalar olarak 6 grupta değerlendirildi. Yaralanmaların %74'ünü (n=937) künt travmalar oluştururken, bunu %13.3 (n=168) ile penetran yaralanmalar ve %10.1 (n=128) ile zehirlenme olguları izledi (Tablo 4).

Yaralama olgularının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; penetran ve künt yaralanmaların büyük çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu (sırasıyla %88.1 ve %70.2), kadınların ise %71 (n=279) ile en sık künt travmaya maruz kaldıkları ve bunu zehirlenme olgularının izlediği belirlenmiştir. Zehirlenme olgularının çoğunluğunu (%60.2) kadın olguların oluşturduğu, penetran yaralanmalarının ise büyük çoğunluğunun (%88.1) erkeklerin oluşturduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Travma türlerinin cinsiyete göre dağılımı.

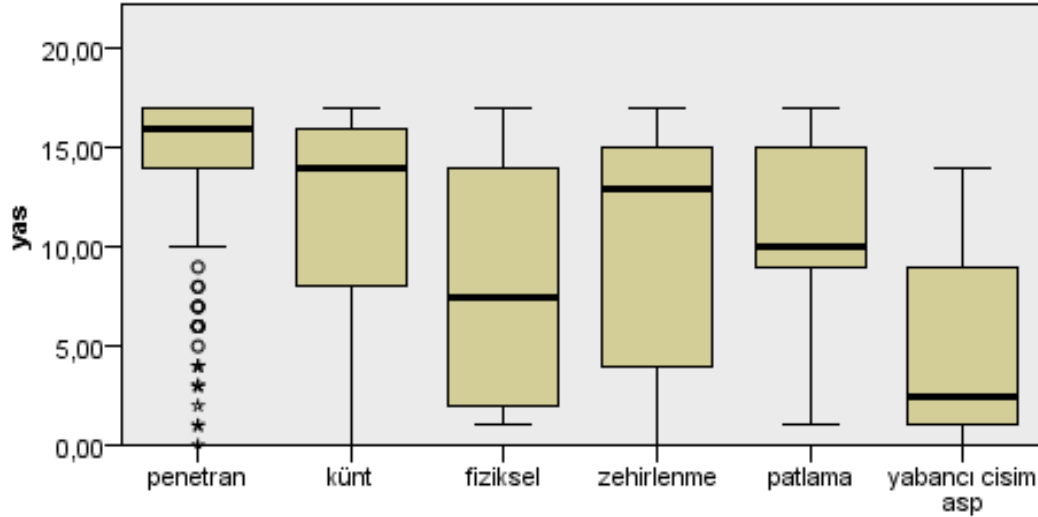
		Kadın	Erkek	Toplam
Penetran Yaralanma	n	20	148*	168
	%**	11.9	88.1	100.0
	***	5.1	17.0	13.3
Künt travma	n	279	658	937
	%	29.8	70.2	100.0
	%	71.0	75.4	74.0
Fiziksel yaralanma	n	10	8	18
	%	55.6	44.4	100.0
	%	2.5	0.9	1.4
Zehirlenme	n	77*	51	128
	%	60.2	39.8	100.0
	%	19.6	5.8	10.1
Patlama tarzı yaralanmalar	n	1	5	6
	%	16.7	83.3	100.0
	%	0.3	0.6	0.5
Yabancı cisim aspirasyonu	n	6	3	9
	%	66.7	33.3	100.0
	%	1.5	0.3	0.7

*p<0.05

**sıra yüzdeleri verilmiştir.

***sütun yüzdeleri verilmiştir.

Travma türlerinin yaşa göre dağılımı anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Penetran yaralanmalar sıklıkla daha büyük yaşlarda görülürken, yabancı cisim aspirasyonu olgularının ise daha küçük yaşlarda görülüyor olması dikkati çekmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Travma türlerinin yaşa göre dağılımını gösteren box plot grafiği (Kruskal Wallis test, $p<0.001$)

Olguların %98.4'ü ($n=1227$) gibi büyük çoğunluğunda tek tip travma türüne maruziyet tespit edilirken, %1.6'sında ($n=20$) çoklu travma türüne maruziyet tespit edildi. Çoklu travma türüne maruziyet tespit edilen olguların büyük çoğunluğunu ($n=18$) künt ve penetran yaralanmaların birlikte oluşturduğu görülmüştür.

Yaralama olguları; yaşamsal tehlike, basit tıbbi müdahale, yüzde sabit iz, duyu organ, çocuk yapma yeteneği ve konuşmada sürekli zorluk açısından rapor sonuçlarına göre kategorize edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Raporların yaşamsal tehlike, basit tıbbi müdahale, yüzde sabit iz, kemik kırığı ve duyu organ yönünden değerlendirme sonuçları.

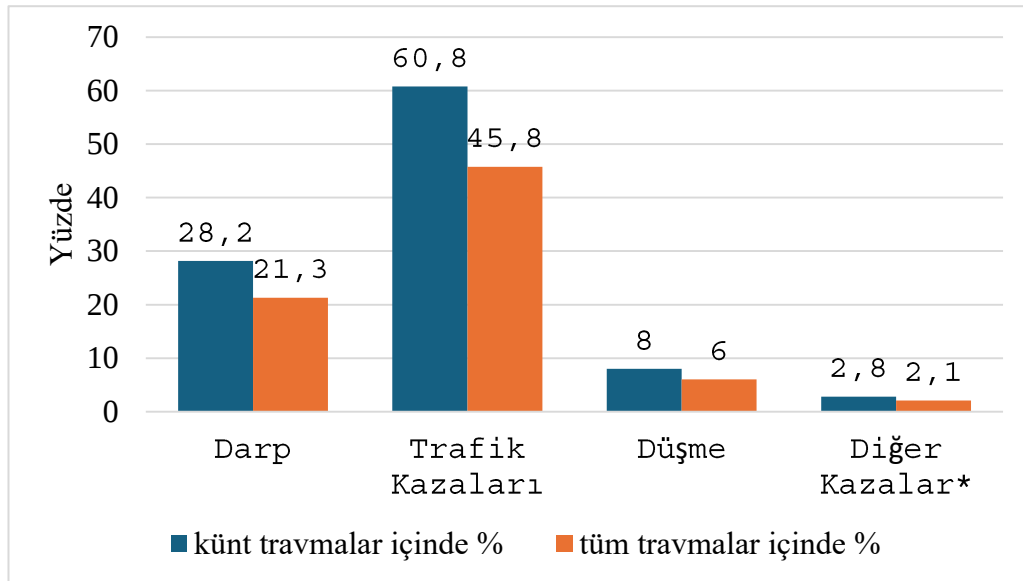
Yaşamsal tehlike	Yok		Var	Toplam
	n	998	181	
	%	84.6	15.40	
BTM	Giderilebilir		Giderilemez	1173
	n	588	585	
	%	50.1	49.9	
YSİ	Negatif		Pozitif	YSB

Tablo 5 "Devam". Raporların yaşamsal tehlike, basit tıbbi müdahale, yüzde sabit iz, kemik kırığı ve duyu organ yönünden değerlendirme sonuçları.

	n	101	21	135	257		
	%	39.3	8.2	52.5			
Kemik kırığı		Yok	Var				
	n	899	345	1244			
	%	72.3	27.7				
DOZY		Negatif	Zayıflama	Yitirilme	İOBH	YSB	
	n	98	5	8	2	94	207
	%	47.3	2.4	3.9	1	45.4	

BTM; Basit tıbbi müdahale, YSİ; Yüzde sabit iz, YSB; yeterli süre geçtikten sonra başvurmali, İOBH; İyileşme olanağı bulunmayan hastalık, DOZY; Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi

Künt travmalar; darp, araç içi ve araç dışı trafik kazaları, düşme ve diğer kazalar olarak gruplandırıldı. Künt travmaların %60.8'ini (n=570) trafik kazaları oluşturmaktayken, bunu %28.3 (n=279) ile darp olguları izlemiştir (Şekil 5). Künt travma olgularının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; %70.2'sinin (n=658) erkek, %29.8'inin (n=279) kadın olduğu, erkeklerin %40.4'ünün (n=266) araç dışı trafik kazaları ve %31.2'sinin (n=205) darp sonucu künt travmaya maruz kaldıkları, kadınların ise %33.7'sinin (n=94) araç içi trafik kazaları sonucu künt travmaya maruz kaldıkları tespit edilmiş ve bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 6).



Şekil 5. Künt travmaların alt türlerine göre dağılımı.

* Mevcut sınıflamaya dahil edilemeyen taksirle yaralamalar.

Künt travmaların yaş grupları üzerinde dağılımı incelendiğinde en sık 11-18 yaş grubunda görüldüğü ve tüm yaş gruplarında en sık travma türünün künt travmalar olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Künt travmaların cinsiyete göre dağılımı.

		Kadın	Erkek	Toplam
Darp	n	60	205*	265
	%**	22.6	77.4	
	%***	21.5	31.2	
Trafik Kazaları	n	180	390	570
	%	31.6	68.4	
	%	64.5	59.3	
AİTK	n	94*	124	218
	%	43.1	56.9	
	%	33.7	18.8	
ADTK	n	86	266*	352
	%	24.4	75.6	
	%	30.8	40.4	
Düşme	n	30	45	75
	%	40.0	60.0	
	%	10.8	6.8	
Diğer Kazalar****	n	9	18	27
	%	33.3	66.7	
	%	3.2	2.7	
Toplam	n	279	658	937
	%	29.8	70.2	100.0

*p<0.05

** satır yüzdeleri verilmiştir

*** sütun yüzdeleri verilmiştir

**** mevcut sınıflandırmaya dahil edilemeyen yaralanmalar

AİTK; Araç içi trafik kazaları, ADTK; Araç dışı trafik kazaları

Çalışmaya dahil edilen olgularda toplam 168 penetran yaralanma tespit edilmiş olup, bunların %88.7'sini (n=148) erkekler, %11.3'ünü (n=20) kadınların oluşturduğu ve erkeklerin istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla penetran travmaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir (p<0.05). Penetran yaralanma olgularının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde olgularının %86.4'ünü (n=146) 11-18 yaş grubunun oluşturduğu görülmüştür. Penetran travma olgularının %71'ini (n=120) kesici delici

alet yaralanmalarının oluşturduğu ve bunu %14.3 (n=24) ile ateşli silah yaralanmalarının takip ettiği tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Penetran yaralanmaların cinsiyete göre dağılımı.

		Kadın	Erkek	Toplam
	n	11	109	120
Kesici delici alet yaralanması	%*	9.2	90.8	
	%**	57.9	73.2	71.4
	n	4	20	24
Ateşli silah yaralanmaları	%	16.7	83.3	
	%	21.1	13.4	14.3
	n	-	9	9
Kesici ezici alet yaralanması	%	-	100.0	
	%	-	6.0	5.4
	n	1	6	7
Delici alet yaralanması	%	14.3	85.7	
	%	5.3	4.0	4.2
	n	2	2	4
Kesici alet yaralanması	%	50.0	50.0	
	%	10.5	1.3	2.4
	n	1	3	4
Hayvan ısırığı	%	25.0	75.0	
	%	5.3	2.0	2.4
Toplam	n	19	149	168
	%	11.3	88.7	100.0

χ^2 : 9,163 p=0.103

*Satır yüzdeleri verilmiştir.

**Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen olgularda 128 zehirlenme olgusu tespit edilmiştir. Bunların %60.2'sini (n=77) kadınlar, %39.8'ini (n=51) erkekler oluşturmakla birlikte kadın cinsiyet üstünlüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4). Zehirlenme olgularının zehirlenmeye neden olan maddeye göre dağılımları incelendiğinde; %49.2 (n=63) ile ilaç intoksikasyonlarının ilk sırada yer aldığı, bunu %14.8 (n=19) ile etanol intoksikasyonu ve %12.5 (n=16) ile koroziif madde alımının izlediği görülmüştür (Tablo 8). Ayrıca ilaç intoksikasyonu ile başvuran olguların %71.4'ünün (n=45) kadın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Zehirlenme olgularının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %57.8 (n=74) ile en sık 12-18 yaş

grubunda görülen zehirlenme olgularını %21.9 (n=28) ile 0-2 yaş grubu takip etmiştir. Zehirlenmeye neden olan maddelerin ise; 0-2 yaş grubunda koroziif madde alımı, 7-11 yaş grubunda besin zehirlenmeleri ve 12-18 yaş grubunda etanol intoksikasyonlarının sıklıklarının arttığı tespit edilmiştir (Şekil 6).

Tablo 8. Zehirlenmeye neden olan maddelerin cinsiyete göre dağılımı.

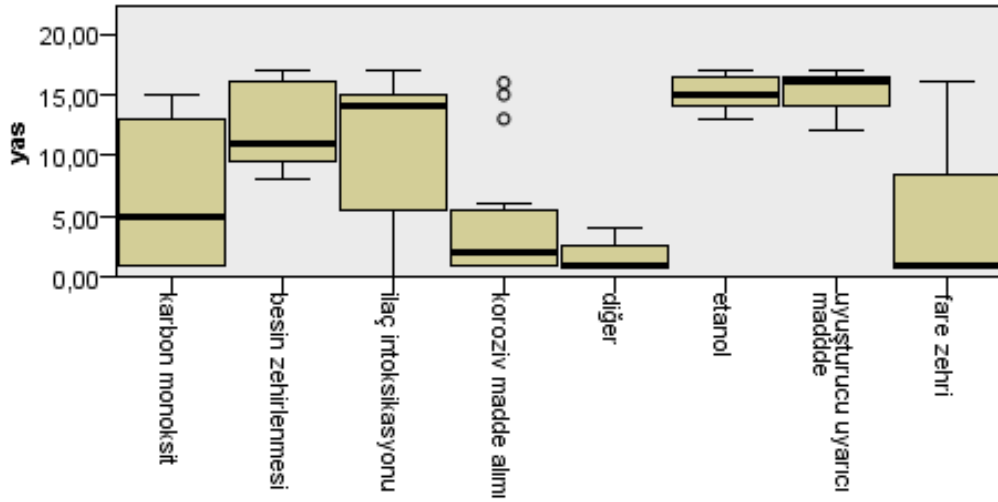
		Kadın	Erkek	Toplam
İlaç intoksikasyonu	n	45*	18	63
	%**	71.4	28.6	
	***	58.4	35.3	49.2
Etanol intoksikasyonu	n	11	8	19
	%	57.9	42.1	
	%	14.3	15.7	14.8
Koroziif madde alımı	n	9	7	16
	%	56.3	43.8	
	%	11.7	13.7	12.5
Besin zehirlenmesi	n	5	6	11
	%	45.5	54.5	
	%	6.5	11.8	8.6
Karbonmonoksit zehirlenmesi	n	4	6	10
	%	40.0	60.0	
	%	5.2	11.8	7.8
Fare zehri	n	1	2	3
	%	33.3	66.7	
	%	1.3	3.9	2.3
Uyuşturucu/uyarıcı madde	n	1	2	3
	%	33.3	66.7	
	%	1.3	3.9	2.3
Diğer****	n	1	2	3
	%	33.3	66.7	
	%	1.3	3.9	2.3
Toplam	n	77	51	128
	%	60.2	39.8	100.0

*p<0.05

**sıra yüzdeleri verilmiştir.

***sütun yüzdeleri verilmiştir.

**** organofosfat, fosfor bazlı kimyasal toz (çatapat) ve akrep sokmasına bağlı zehirlenme



Şekil 6. Zehirlenmeye neden olan maddelerin yaşa göre dağılımı (Kruskall Wallis test $p<0.001$)

Tespit edilen toplam 9 aspirasyon olgusunun %55.5'inde (n=5) mide veya özofagusta yabancı cisim, %44.5'inde (n=4) trakeaya yabancı cisim veya mide içeriği aspirasyonu olduğu görülmüştür.

Patlama tarzı yaralanmalarda ise 1'i kadın 5'i erkek olmak üzere toplam 6 olgu tespit edilmiştir. Bu olguları; eğlence amaçlı kullanılan patlayıcılar (torpil ve maytap), içerisinde basınçlı gaz ihtiva eden insektisit kutusu ve havai fişek patlaması olguları olduğu görülmüştür.

Künt, penetran, fiziksel ve patlama tarzı yaralanma olguları (n=1130) yaralanma bölgelerine göre; baş-boyun, göğüs, karın, pelvis, lomber bölge, omurga, üst ekstremité, alt ekstremité, iç organ ve büyük damar yaralanmaları olarak sınıflandırıldı. Olguların %55.5'inde (n=628) görülen baş-boyun yaralanması en sık yaralanan bölge olduğu görüldü. Baş – boyun yaralanmalarını %31.7 (n=359) olguda görülen alt ekstremité ve %28.5 (n=322) olguda görülen üst ekstremité yaralanmaları izledi (Tablo 9).

Yaralanma türü ile yaralanma bölgeleri arasındaki ilişkiye ki-kare testi ile bakıldığında; penetran yaralanmaların daha çok alt ve üst ekstremité yaralanmaları ve büyük damar yaralanmaları ile görüldüğü, baş-boyun yaralanmaları ile daha az görüldüğü, künt yaralanmalarda baş-boyun yaralanmalarının daha sık görüldüğü,

büyük damar yaralanmalarının ise daha az görüldüğü istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 9) ($p<0.05$).

Tablo 9. Yaralanma türüne göre yaralanma bölgelerinin dağılımı.

	Künt travmalar n (%**)	Penetran yaralanmalar n (%)	Diğer yaralanmalar*** n (%)	Toplam n (%)
Baş boyun	591 (63.1)*	36 (21.6)*	10 (43.5)	628 (55.5)
Göğüs	116 (12.4)	24 (14.4)	3 (13)	138 (12.2)
Karın	61 (6.5)	13 (7.8)	1 (4.3)	74 (6.5)
Pelvis	48 (5.1)	6 (3.6)	-	54 (4.7)
Omurga	20 (2.1)	1 (0.6)	-	21 (1.8)
Üst ekstremité	264 (28.2)	53 (31.7)*	12 (52.2)	322 (28.5)
Alt ekstremité	301 (32.1)	63 (37.7)*	6 (26.1)	359 (31.7)
İç organ	26 (2.8)	2 (1.2)	-	28 (2.4)
Büyük damar	1 (0.1)*	7 (4.2)*	-	8 (0.7)
Lomber bölge	17	5	1	23 (2.0)
Yaralanma tariflenmemiş	31	-	1	32 (2.8)

* $p<0.05$

**sütun yüzdeleri verilmiştir.

***fiziksel ve patlama tarzı yaralanmalar

Çalışmaya dahil edilen toplam 1244 yaralama olgusunun %80.2'sinde ($n=998$) yaralanmanın kişinin yaşamını tehlikeye sokmadığı, %14.5'inde ($n=181$) kişinin yaşamını tehlikeye soktuğu, %5.2'sinde ($n=65$) ise bu hususta görüş bildirilmediği görülmüştür. Yaşamsal tehlike değerlendirilmesi yapılan 1179 olgunun, yaralanma türleri ile yaşamsal tehlike arasındaki ilişki incelendiğinde zehirlenmelerin anlamlı derecede daha az yaşamsal tehlike geçirdiği ($p<0.05$) tespit edilmiş, diğer yaralanma türleri ile yaşamsal tehlike arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 10). Olguların yaşamsal tehlike sebepleri incelendiğinde %49.1 ($n=84$) olgunun kranial yaralanmalar, %32.2 ($n=55$) olgunun toraks-akciğer yaralanmaları, %20.5 ($n=35$) olgunun batin içi yaralanmalar, %9.9 ($n=17$) olgunun ise büyük damar yaralanması nedeniyle yaşamsal tehlike geçirdiği tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 10. Yaralanma türleri ile yaşamsal tehlike arasındaki ilişki.

		Yaşamsal tehlike		Toplam
		Yok	Var	
Künt yaralanma	n	745	140	885
	%*	84.2	15.8	
	%**	74.6	77.3	
Penetran yaralanma	n	124	31	155
	%	80.0	20.0	
	%	12.4	17.1	
Zehirlenmeler	n	122***	6	128
	%	95.3	4.7	
	%	12.2	3.3	
Fiziksel yaralanma	n	15	3	18
	%	83.3	16.7	
	%	1.5	1.7	
Yabancı cisim aspirasyonu	n	7	2	9
	%	77.8	22.2	
	%	0.7	1.1	
Patlama tarzı yaralanmalar	n	5	-	5
	%	100.0	-	
	%	0.5	-	
Toplam	n	998	181	1179
	%	84.6	15.4	100.0

*satır yüzdeleri verilmiştir.

**sütun yüzdeleri verilmiştir.

***p<0.05

Tablo 11. Yaşamsal tehlike sebeplerinin dağılımı.

	n	%
Kranial yaralanmalar	84	49.1
Toraks, akciğer yaralanmaları	55	32.2
Batın içi yaralanmalar	35	20.5
Büyük damar yaralanmaları	17	9.9
Zehirlenmeler	6	3.5
Servikal vertebra yaralanmaları	3	1.8
M.spinalis yaralanmaları	1	0.6

Yaşamsal tehlikesi olan künt yaralanmaların en sık kranial yaralanmalar (%60.3) nedeniyle yaşamsal tehlike geçirdiği, bunu toraks ve batin (sırasıyla %32.4 ve %21.3) yaralanmalarının izlediği, yaşamsal tehlikesi olan penetran yaralanmaların ise sıklıkla büyük damar ve toraks (sırasıyla %42.8 ve %39.2) yaralanmaları nedeniyle yaşamsal tehlike geçirdiği görülmektedir (Tablo 12 ve 13).

Tablo 12. Yaşamsal tehlikesi olan künt yaralanmaların yaşamsal tehlike sebeplerinin dağılımı.

Yaşamsal tehlikeye sebep olan organ ya da dokular							
		Kranial	Toraks - akciğer	Batin içi	Büyük damar	Diğer***	Toplam (%**)
Darp	n (%)	3 (50)	2 (33.3)	1 (16.7)	-	-	6 (4.4)
Trafik Kazaları	n (%)	66 (58.4)	39 (34.5)	27 (23.9)	5 (4.4)	4 (3.5)	113 (83.1)
AİTK	n (%)	22 (56.4)	12 (30.8)	11 (28.2)	-	3 (7.7)	39 (28.7)
ADTK	n (%)	44 (59.5)	27 (36.5)	16 (21.6)	5 (6.8)	1 (1.4)	74 (54.4)
Düşme	n (%)	12 (80)	2 (13.3)	1 (6.7)	-	-	15 (11)
Diğer Kazalar	n (%)	1 (50)	1 (50)	-	-	-	2 (1.5)
Toplam	n (%)	82 (60.3)	44 (32.4)	29 (21.3)	5 (3.7)	4 (2.9)	136 (100)

AİTK: Araç içi trafik kazaları, ADTK: Araç dışı trafik kazaları

*sıra yüzdeleri verilmiştir.

**sütun yüzdeleri verilmiştir.

***servikal vertebra ve medulla spinalis yaralanmaları

Tablo 13. Yaşamsal tehlikesi olan penetran yaralanmaların yaşamsal tehlike sebeplerinin dağılımı.

Yaşamsal tehlikeye sebep olan organ ya da dokular						
		Kranial	Toraks, akciğer	Batin içi	Büyük damar	Toplam n (%)**
KDAY	n (%)	-	7 (35)	5 (25)	9 (45)	20 (71.4)
ASY	n (%)	1 (20)	4 (80)	1 (20)	-	5 (17.8)
KEAY	n (%)	-	-	-	2 (100)	2 (7.1)
KAY	n (%)	-	-	-	1 (100)	1 (3.5)
Toplam	n (%)	1 (3.5)	11 (39.2)	6 (21.4)	12 (42.8)	28

KDAY:Kesici delici alet yaralanmaları, ASY:Ateşli silah yaralanmaları, KEAY:Kesici ezici alet yaralanmaları, KAY:Kesici alet yaralanmaları,

*sıra yüzdeleri verilmiştir.

**sütun yüzdeleri verilmiştir.

1244 yaralama olgusunun %94'ünün (n=1173) yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği hususunda değerlendirme yapıldığı, %47.3'ünün (n=588) basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olduğu, %47'sinin (n=585) basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olmadığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 5).

Yaralanma türleri ile yaralanmaların basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği karşılaştırıldığında; penetran yaralanmaların %63.1'ine (n=99) basit tıbbi müdahale ile giderilemez sonucu verildiği tespit edilmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ($p<0.05$) ve diğer yaralanma türlerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Yaralanma türleri ile basit tıbbi müdahale arasındaki ilişki.

		BTM ile		Toplam
		Giderilebilir	Giderilemez	
Künt yaralanma	n (%*)	453 (51.4)	428 (48.6)	881
Penetran yaralanma	n (%)	58 (36.9)	99 (63.1)**	157
Zehirlenmeler	n (%)	72 (58.1)	52 (41.9)	124
Fiziksel yaralanma	n (%)	8 (44.4)	10 (55.6)	18
Yabancı cisim aspirasyonu	n (%)	3 (33.3)	6 (66.7)	9
Patlama tarzı yaralanmalar	n (%)	2 (40)	3 (60)	5
Toplam	n (%)	588 (50.1)	585 (49.9)	1173

BTM: Basit tıbbi müdahale

*satır yüzdeleri verilmiştir.

** $p<0.05$

Toplam 1244 olgunun %27.7'sinde (n=345) kemik kırığı ve/veya çıkığı tespit edilmiştir. Kemik kırığı ve/veya çıkığı olan olguların %93.3'ünü (n=322) künt yaralanmaların oluşturduğu, kalan %7.5'ini (n=26) ise penetran yaralanma olgularının oluşturduğu görülmüştür (Tablo 15). Künt travmalar ile kemik kırıkları arasındaki ilişki incelendiğinde; kemik kırıklarının araç dışı trafik kazalarında ($p<0.05$) daha sık görüldüğü ve bunu darp ve araç içi trafik kazalarının izlediği görülmüştür (Tablo 16).

Tablo 15. Kemik kırıklarının travma türlerine göre dağılımı.

		Kemik kırığı/çıkığı		Toplam
		Yok	Var	
Künt travmalar	n	615	322*	937
	%**	65.6	34.4	
	%***	68.4	93.3	
Penetran yaralanmalar	n	142*	26	168
	%	84.5	15.5	
	%	15.8	7.5	
Diğer yaralanmalar****	n	155*	-	155
	%	100.0	-	
	%	17.2	-	
Toplam	n	899	345	1244
	%	72.3	27.7	100.0

*p<0.05

**sıra yüzdeleri verilmiştir.

***sütun yüzdeleri verilmiştir.

**** zehirlenmeler, fiziksel yaralanmalar, patlama tarzı yaralanmalar ve yabancı cisim aspirasyonları

Tablo 16. Kemik kırığı/çıkığı olan künt travma olguların künt travma türlerine göre dağılımı.

		Kemik kırığı/çıkığı		Toplam
		Yok	Var	
Darp	n (%**)	210 (79.2)*	55 (20.8)	265
AİTK	n (%)	162 (74.3)*	56 (25.7)	218
ADTK	n (%)	179 (50.9)	173 (49.1)*	352
Düşme	n (%)	46 (61.3)	29 (38.7)	75
Diğer Kazalar	n (%)	18 (66.7)	9 (33.3)	27
Toplam	n (%)	615 (65.6)	322 (34.3)	937

AİTK:Araç içi trafik kazaları; ADTK:Araç dışı trafik kazaları.

*p<0.05

**sıra yüzdeleri verilmiştir.

Yaralanmanın yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı değerlendirilen 257 olgunun %8.2'sinde (n=21) (tüm yaralama olgularının %1.6'sı), sabit iz niteliğinde olduğu, %39.3'ünde (n=101) sabit iz niteliğinde olmadığı, 52.5'inde (n=135) ise yaranın henüz iyileşmesini tamamlamaması sebebiyle daha sonra tekrar başvurusu gerektiğine dair görüş bildirilmişken, hiçbir olguda yüzün sürekli değişikliğine neden olacak nitelikte yaralanmaya rastlanmamıştır.

Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması veya yitirilmesine neden olup olmadığı değerlendirilen 207 olgunun %47.3'ünün (n=98) yaralanmanın duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması veya yitirilmesine neden olmadığı, %2.4'ünün (n=5) duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, %3.9'unun (n=8) duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, 2 olguda ise iyileşme olanağı bulunmayan hastalığa neden olduğu, %45.4'ünün (n=94) ise iyileşmesini tamamlamadığı için yeterli süre geçtikten sonra tekrar başvurusu gerektiği bildirilmiştir. Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına veya işlevinin yitirilmesine neden olan olgular tüm yaralama olgularının %1'ini (n=13) oluşturduğu görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen olgularda konuşmasında sürekli zorluğuna ve konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olan yaralanmaya sahip olgu saptanmamıştır.

Cinsel İstismar Muayeneleri

Çalışmaya dahil edilen toplam 1991 olgunun %13.2'sini (n=262) cinsel istismar muayenesi yapılan olgular oluşturmaktadır (Bkz. Tablo 2). 262 Olgunun %23.7'sini (n=62) erkek, %76.3'ünü (n=200) kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Erkeklerin yaş ortalaması 11.68 (S.S=3.458) iken kadınların yaş ortalaması 13.73 (S.S=3.273) olarak tespit edilmiştir (Tablo 17). Olguların cinsiyete göre yaşları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır (U=3735,50 p<0.001). Olgular yaşlarına göre 0-2 yaş, 3-6 yaş, 7-11 yaş ve 11-17 yaş grubu olarak sınıflandırıldıklarında, en sık başvurunun olgularının büyük çoğunluğunu (%77.5) oluşturan 15-17 yaş grubu olduğu görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 17. Cinsel istismar olgularının cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	n (%)	Minimum Yaş	Maksimum Yaş	A.O. + S.S.
Kadın	200 (76.3)	2	17	13,73+3,273
Erkek	62 (23.7)	3	17	11,68+3,458

A.O.:Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma

Tablo 18. Cinsel istismar olgularının yaş gruplarına göre dağılımı

	n (%)
0-2 yaş	1 (0.4)
3-6 yaş	16 (6.1)
7-11 yaş	42 (16)
12-17 yaş	203 (77.5)
Toplam	262 (100)

Cinsel istismar mağduru çocukların alınan öykülerinde kaydedilen şüphelilerin yakınlık dereceleri incelendiğinde; %41.6'sını (n=111) tanıdık (komşu, arkadaş vb.), %19.5'ini (n=52) yakın partner (sevgili, nişanlı, sözlü), %9.9'unu (n=26) akraba, %5.6'sını (n=15) kardeş, %4.1'ini (n=11) baba ve %4.5'ini (n=12) yabancıların oluşturduğu görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. Şüphelilerin yakınlık dereceleri

	n (%)
Tanıdık*	111 (41.6)
Yakın partner**	52 (19.5)
Akraba	26 (9.9)
Kardeş	15 (5.6)
Yabancı	12 (4.5)
Baba	11 (4.1)
Üvey baba	6 (2.2)
Geleneksel nikahlı eş	2 (0.7)
Resmi nikahlı eş	1 (0.4)
Bilgi yok	31 (11.6)

*komşu, arkadaş vb.

**sevgili, nişanlı, sözlü

Olgular tekrarlayan cinsel istismar yönünden incelendiğinde; 262 cinsel istismar olgusunun %43.1'inde (n=113) tekrarlayan cinsel istismar öyküsü olduğu, %44.7'sinde (n=117) tekrarlayan cinsel istismar öyküsü olmadığı, %12.2'sinde (n=32) ise bu hususta yeterli bilgiye erişilemediği tespit edilmiştir. Babası tarafından cinsel istismara uğradığı iddia olunan 11 olgunun %81.8'inde (n=9) tekrarlayan cinsel istismar öyküsü alınmış, %8.2'sinde (n=2) bu konuda bilgiye ulaşılamamıştır. Yabancı bir kişi tarafından cinsel istismara uğradığı iddia olunan 12 olgunun ise %83.3'ünde (n=10) tekrarlamayan cinsel istismar öyküsü alınmıştır. Babası tarafından istismara uğrayan çocukların tekrarlayan, yabancılar tarafından istismara uğrayan çocukların ise tekrarlamayan cinsel istismara maruz kalmış olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 20) ($p<0.05$).

Tablo 20. Tekrarlayan ve tekrarlamayan cinsel istismar olgularının şüphelilerin yakınlık derecelerine göre dağılımı.

	Tekrarlamayan n (%**)	Tekrarlayan n (%**)	Bilgi yok n (%**)	Toplam
Tanıdık***	54 (48.6)	51 (45.9)	6 (5.4)	111
Yakın partner****	29 (55.8)	22 (42.3)	1 (1.9)	52
Resmi nikahlı eş	-	1 (100)	-	1
Geleneksel nikahlı eş	-	2 (100)	-	2
Baba	-	9 (81.8)*	2 (18.2)	11
Kardeş	6 (40)	8 (53.3)	1 (6.7)	15
Akraba	13 (50)	13 (50)	-	26
Yabancı	10 (83.3)*	2 (16.7)	0	12
Üvey baba/anne	1 (16.7)	5 (83.3)	0	6
Bilgi yok	6 (19.4)	3 (9.7)	22 (71)	31
Toplam	117 (44.7)	113 (43.1)	32 (12.2)	262

* $p<0.05$

**sıra yüzdeleri verilmiştir.

***komşu arkadaş vb.

****sevgili, nişanlı, sözlü

Cinsel istismar olgularından alınan öykülerde, olayların en sık %20.2 (n=56) ile şüphelinin evinde gerçekleştiği, olayların %12.6'sının (n=35) arkadaş/tanıdık evi gibi evlerde, %9.7'sinin (n=27) mağdur ile şüphelinin müşterek evinde, %7.6'sının (n=21) ise mağdurun evinde gerçekleştiği görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Cinsel istismarların yaşandığı mekanlara göre dağılımı.

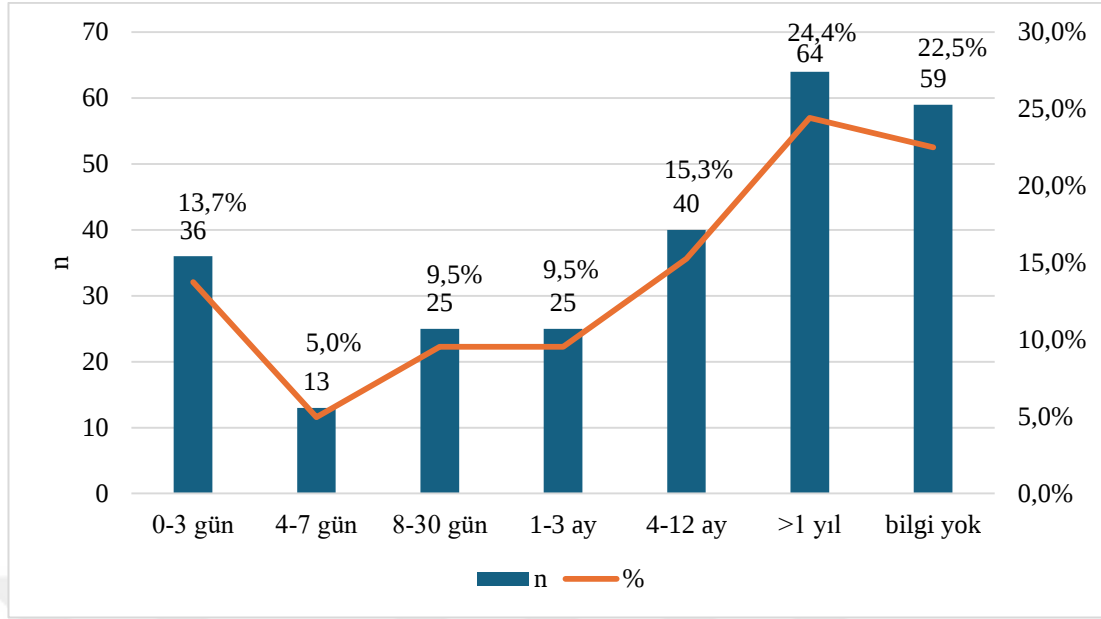
	n (%)
Ev	
<i>Şüphelinin evi</i>	56 (20.2)
<i>Mağdurun evi</i>	21 (7.6)
<i>Müşterek ev</i>	27 (9.7)
<i>Diğer ev</i>	35 (12.6)
Açık alan*	17 (6.1)
İnşaat, metruk bina	14 (5.1)
Otel, apart	12 (4.3)
Yurt	6 (2.2)
Araç içi	5 (1.8)
Eğitim kurumu	3 (1.1)
Belirtilmemiş	77 (27.8)
Diğer**	4 (1.4)

*park, orman, bahçe, sokak, tarla vb.

**otopark, ibadethane, iş yeri.

Olguların ilk gönderildikleri kurumun %55.7 (n=146) ile en sık Devlet Hastaneleri olduğu, bunu %40.1 (n=105) ile Pamukkale Üniversitesi Adli tıp Anabilim Dalı takip ettiği, olguların %2.7'sinin (n=7) Adli Tıp Şube Müdürlüğüne ve %1.5'inin (n=4) diğer Üniversite Hastanelerine gönderildikleri görülmüştür.

Olguların başvuru süreleri incelendiğinde; cinsel istismar eyleminin ilk başladığı gün ile cinsel istismar muayenesi amacıyla ilk başvurduğu gün ile arasındaki zaman dilimi 0-3 gün, 4-7 gün, 8-30 gün, 1-3 ay, 4-12 ay ve >1 yıl olarak 6 kategoriye ayrılmış ve olguların %24.4'ünün (n=64) 1 yıldan daha uzun süre geçtikten sonra başvurduğu görülmüştür (Şekil 7).



Şekil 7. Cinsel istismar olgularının başvuru süreleri arasındaki ilişki

Aile içi ve aile dışı olarak gruplandırılan cinsel istismar şüphelileri ile olguların başvuru süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde; aile içi cinsel istismar olgularının %57.6'sının 1 yıldan daha uzun süre sonra içinde cinsel istismar muayenesi amacıyla sağlık kuruluşlarına başvurduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 22) ($p < 0.05$). Bunun yanında ilk 7 gün içinde sağlık kuruluşuna başvuran 46 olgunun %84.7'sini ($n=39$) aile dışı cinsel istismar olgularının oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 22. Aile içi ve aile dışı cinsel istismar şüphelileri ile olguların başvuru süreleri arasındaki ilişki

		Aile içi	Aile dışı	Toplam
0-3 gün	n	5	29	34
	%**	14.7	85.3	100.0
	%***	8.5	16.9	14.7
4-7 gün	n	2	10	12
	%	16.7	83.3	100.0
	%	3.4	5.8	5.2
8-30 gün	n	5	19	24
	%	20.8	79.2	100.0
	%	8.5	11.0	10.4

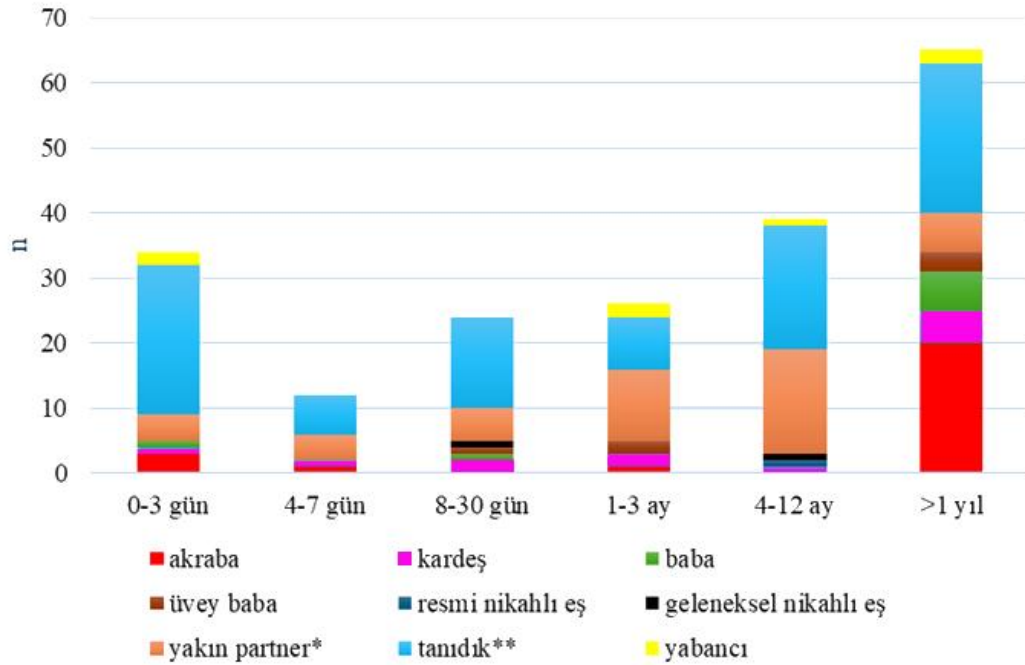
Tablo 22 "Devam". Aile içi ve aile dışı cinsel istismar şüphelileri ile olguların başvuru süreleri arasındaki ilişki

	n	5	20	25
1-3 ay	%	20.0	80.0	100.0
	%	8.5	11.6	10.8
	n	3	36*	39
4-12 ay	%	7.7	92.3	100.0
	%	5.1	20.9	16.9
	n	34*	29	63
>1 yıl	%	54.0	46.0	100.0
	%	57.6	16.9	27.3
	n	5	29	34
Bilgi yok	%	14.7	85.3	100.0
	%	8.5	16.9	14.7
	n	59	172	231
Toplam	%	25.5	74.5	100.0

*p<0.05

**sıra yüzdeleri verilmiştir.

***sütun yüzdeleri verilmiştir.



Şekil 8. Cinsel istismar şüphelileri ile olguların başvuru süreleri arasındaki ilişkiyi gösteren grafik.

*Sevgili, nişanlı, sözlü.

**Komşu, arkadaş vs.

İddia olunan istismar şekli vajinal penetrasyon, anal penetrasyon, oral penetrasyon ve penetrasyon içermeyen cinsel istismar (dokunma, cinsel organ gösterme, video izletme, sözlü taciz, sürtünme gibi) olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Olguların %40.8'inde (n=107) vajinal penetrasyon, %32.4'ünde (n=85) anal penetrasyon, %3.1'inde (n=9) oral penetrasyon, %21.4'ünde (n=56) ise penetrasyon içermeyen cinsel istismar öyküsü alındığı, %14.5'inden (n=38) ise olaya ilişkin bilgi alınamadığı tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. İddia olunan istismar türleri

	n	%
Vajinal penetrasyon	107	40.8
Anal penetrasyon	85	32.4
Oral penetrasyon	9	3.4
Penetrasyon içermeyen cinsel istismar*	56	21.4
Öykü yok	38	14.5

*dokunma, cinsel organ gösterme, video izletme, sözlü taciz, sürtünme

Vajinal muayenede en sık tespit edilen bulgunun, olguların %52.8'i (n=103) ile intakt himen olduğu tespit edilmiştir. Olguların %27.2'sinde (n=53) himende eski laserasyon, %5.1'inde (n=10) akut laserasyon, %13.3'ünde (n=26) ise himenin vajinal yoldan penetrasyona yırtılmaksızın izin verecek yapıda olduğu tespit edilmiştir. Vajinal penetrasyon öyküsü olan 105 olgunun %19'unda (n=20) intakt himen, %65.1'inde (n=62) ise himende laserasyon (52 olguda eski, 10 olguda akut) tespit edilmiştir. Vajinal penetrasyon öyküsü olmayan 67 olgunun %94'ünde (n=63) himenin intakt tespit edildiği değerlendirilmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Vajinal penetrasyon öyküsü ile muayene bulguları arasındaki ilişki.

		Vajinal penetrasyon öyküsü			Toplam
		Var	Yok	Bilgi yok	
İntakt himen	n	20	63*	20	103
	%**	19.4	61.2	19.4	
	***	19.0	94.0	87.0	52.8
Akut laserasyon	n	10*	-	-	10
	%	100.0	-	-	
	%	9.5	-	-	5.1
Eski laserasyon	n	50*	1	2	53
	%	94.3	1.9	3.8	
	%	47.6	1.5	8.7	27.2
Eski inkomplet laserasyon	n	2	-	-	2
	%	100.0	-	-	
	%	1.9	-	-	1
Ekimoz, abrazyon	n	3	2	-	5
	%	60.0	40.0	-	
	%	2.9	3.0	-	2.6
Geniş iç açıklığı bulunan, elastik yapıda himen	n	23*	2	1	26
	%	88.5	7.7	3.8	
	%	21.9	3.0	4.3	13.3
Toplam	n	105	67	23	195
	%	53.8	34.4	11.8	100.0

*p<0.05

**sırtı yüzdeleri verilmiştir.

***sütun yüzdeleri verilmiştir.

Anal muayene yapılan 236 olgunun %75.8'inde (n=179) anal yoldan cinsel istismar bulgusuna rastlanmadığı, %24.2'sinde (n=57) ise cinsel istismar ile uyumlu olabilecek anal bulgu ya da bulgulara rastlandığı görülmüştür (Tablo 25).

Anal penetrasyon öyküsü olan 84 olgunun %54.8'inde (n=46) ve anal penetrasyon öyküsü olmayan 118 olgunun %87.3'ünde (n=103) anal muayenesinde cinsel istismarın neden olabileceği herhangi bir bulguya rastlanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 25). En sık tespit edilen anal bulgu, olguların %10.6'ında (n=25) görülen 'sfinkter tonusunda azalma' olurken, bunu olguların %7.2'sinde (n=17) görülen 'anal mukozada ekimoz/abrazyon' bulgusunun izlediği görülmüştür. Anal penetrasyon öyküsü olup Anabilim Dalı'mızda ilk 7 gün içinde anogenital muayenesi yapılan 17

olgunun %58.8'inde (n=10) anal penetrasyon bulgusu saptanmışken, 7 günden daha uzun süre geçtikten sonra başvuran 68 olgunun %41.2'sinde (n=28) anal penetrasyon bulgusu saptanmıştır.

Tablo 25. Anal penetrasyon öyküsü ile muayene bulguları arasındaki ilişki.

		Anal penetrasyon öyküsü var	Anal penetrasyon öyküsü yok	Bilgi yok	Total
Sfinkter tonusunda azalma	n	20*	4	1	25
	%**	80.0	16.0	4.0	
	***	23.8	3.4	2.9	10.6
Anal mukozada ekimoz, abrazyon	n	12*	3	2	17
	%	70.6	17.6	11.8	
	%	14.3	2.5	5.9	7.2
Eski anal fissür	n	9	5	1	15
	%	60.0	33.3	6.7	
	%	10.7	4.2	2.9	6.4
Refleks anal dilatasyon	n	12*	3	-	15
	%	80.0	20.0	-	
	%	14.3	2.5	-	6.4
Akut anal fissür	n	8*	2	-	10
	%	80.0	20.0	-	
	%	9.5	1.7	-	4.2
Anal dilatasyon	n	2	-	1	3
	%	66.7	-	33.3	
	%	2.4	-	2.9	1.3
Pililerde silinme	n	3	-	-	3
	%	100.0	-	-	
	%	3.6	-	-	1.3
Anal bulgu yok	n	46	103*	30	179
	%	25.7	57.5	16.8	
	%	54.8	87.3	88.2	75.8
Toplam	n	84	118	34	236
	%	35.6	50.0	14.4	100,0%

*p<0.05

**sütun yüzdeleri verilmiştir.

***satır yüzdeleri verilmiştir.

Cinsel İstismar Olgularında Beden veya Ruh Sağlığında Bozulmanın Değerlendirilmesi

Anayasa mahkemesinin 26.05.2016 tarihli kararı ile yürürlükten kaldırılan TCK 103/6 maddesinde geçen beden ruh sağlığının bozulup bozulmadığı hususunda görüş istenilen 93 olgu olduğu, bu olguların %40.9'unun (n=38) 2013, %25.8'inin (n=24) 2014 yılında başvurduğu, %67.7'sinin (n=63) kadın, %32.3'ünün (n=30) erkek cinsiyette olduğu tespit edilmiştir. Olguların %76.3'ünde (n=71) beden sağlığının bozulmadığı, %1.1'inde (n=1) beden sağlığının bozulduğu ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyon sonuçlarına göre olguların %5.4'ünde (n=5) ruh sağlığının bozulmadığı, %4.3'ünde (n=4) ise ruh sağlığının bozulduğu, diğer olguların ise çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümü ile birlikte değerlendirilmek üzere tekrar başvurması gerektiği bildirilmiştir.

Yaralama ve Cinsel İstismar Olgularında Beden veya Ruh Bakımından Savunmanın Değerlendirilmesi

TCK 86 ve 102. Maddeleri kapsamında beden veya ruh bakımından kendisini savunabilecek durumda olup olmadığı hususunda görüş bildirilen 139 olgunun %54'ünün (n=75) yaralama suçlarına karşı, %46'sının (n=64) cinsel istismara karşı savunabilecek durumda olup olmadığına dair görüş bildirildiği, olguların %51.8'inin (n=72) kadın, %48.2'sinin (n=67) ise erkek olduğu tespit edilmiştir. 139 olgunun %19.4'ünün (n=27) beden bakımından kendisini savunabilir durumda olduğu, %80.6'sının (n=112) ise beden bakımından kendisini savunabilir durumda olmadığı, %1.4'ünün (n=2) ruh bakımından savunabilir durumda olduğu, %35.3'ünün (n=49) ruh bakımından kendisini savunabilir durumda olmadığı bildirilmiş, kalan %63.3'ünde (n=88) ise ruh bakımından kendisini savunabilecek durumda olup olmadığı hususlarında görüş bildirilmediği tespit edilmiştir. Ruh bakımından kendisini savunabilir durumda olup olmadığına dair görüş bildirilen olguların tamamından çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonu istendiği belirlenmiştir.

Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler

TCK'nın 31. maddesi kapsamında ceza sorumluluk açısından değerlendirilen toplam 14 olgunun %78.6'sı (n=11) erkek, %21.4'ü (n=3) kadın olduğu, olguların en sık %42.9 (n=6) ile hırsızlık suçu sebebiyle muayeneye gönderildiği tespit edilmiştir. Olguların %50'sinin (n=7) işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabildiği ancak, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği, %50'sinin (n=7) ise fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabildiği ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince geliştiğine dair görüş bildirilmiştir.

Evlilik Ehliyeti ve Engellerinin Değerlendirilmesi

Toplam 30 olguya ruhsal veya bedensel evlenmeye engel teşkil edebilecek herhangi bir arazi olup olmadığı hususunda rapor tanzim edildiği, bu olguların %96.7'sinin (n=29) kadın, %3.3'ünün (n=1) erkek olduğu, %40'ının (n=12) ruhen veya bedenlen evlenmesine engel teşkil edebilecek patolojisinin olmadığı, %43.3'ünde (n=13) bedenlen evlenmesine engel teşkil edebilecek patolojisinin olmadığı ancak, ruh bakımından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarınca değerlendirilmesinin uygun olacağı, %16.7'sinin (n=5) ise ruh ve beden bakımından evlenmesinin uygun olmayacağı yönünde görüş bildirildiği tespit edilmiştir.

Ergin Kılınma

Toplam 5 olguya reşit sayılmasına engel teşkil edebilecek ruhsal veya bedensel herhangi bir arazi olup olmadığı hususunda rapor tanzim edildiği, olguların tamamına bedensel açıdan engelinin olmadığı ve ruh bakımından ise çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarınca değerlendirilmesinin uygun olacağına dair rapor tanzim edildiği tespit edilmiştir.

Maluliyet Değerlendirilmesi

Maluliyet oranı hesaplanarak rapor tanzim edilen 120 olgunun %34.2'si (n=41) kadın, %65.8'inin (n=79) erkek olduğu, hesaplama yapılan yönetmeliklere göre dağılımı incelendiğinde %72.5'inin (n=87) Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, %20.8'inin (n=25) Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında

Yönetmelik ve %9.2'sinin (n=11) Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğine göre değerlendirildiği görülmüştür.

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğince değerlendirilen 87 olguda saptanan arazlar, yönetmelikte yer alan liste 1'den liste 14'e kadar sınıflandırılmış ve olguların %60.9'unda (n=53) yönetmelik kapsamında değerlendirilebilecek araz saptanmadığı, olguların %16.1'inde (n=14) liste-12 (pelvis ve alt ekstremitte arızaları), %13.8'inde ise (n=12) liste-1 (baş arızaları) kapsamında oran verildiği tespit edilmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğince Değerlendirilen Olguların Tanısal Dağılımı.

	n	%
Liste-1 (Baş arızaları)	12	13.8
Liste-2 (göz arızaları)	5	5.7
Liste-3 (kulak arızaları)	3	3.4
Liste-4 (yüz arızaları)	1	1.1
Liste-5 (boyun arızaları)	0	0
Liste-6 (göğüs arızaları)	0	0
Liste-7 (omuz ve kol arızaları)	2	2.3
Liste-8 (el bileği ve el arızaları)	-	-
Liste-9 (el parmak arızaları)	-	-
Liste-10 (omurga arızaları)	1	1.1
Liste-11 (karın hastalıkları ve arızaları)	1	1.1
Liste-12 (pelvis ve alt ekstremitte arızaları)	14	16.1
Liste-13 (endokrin, metabolizma, kollagen doku, periferik damar, hematoloji, romatoloji hastalıkları)	-	-
Liste-14 (deri arızaları ve yanıklar)	1	1.1
Tanı yok	53	60.9

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik veya Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliği kapsamında değerlendirilen 36 olgunun %58.3'ünde (n=21) ilgili yönetmelik kapsamında değerlendirilebilecek araza sahip olmadığı, en sık olguların %13.9'u ile alt ekstremiteye ait sorunlar başlığında değerlendirilen arazlara oran verildiği saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ve Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliği kapsamında değerlendirilen olguların tanısal dağılımı.

	n	%
Zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar	2	5.6
Deri	2	5.6
Görme sistemi	1	2.8
Sindirim sistemi	2	5.6
Ürogenital sistem	1	2.8
Sinir sistemi	4	11.1
Omurgaya ait sorunlar	2	5.6
Üst ekstremiteye ait sorunlar	3	8.3
Alt ekstremiteye ait sorunlar	5	13.9
Tanı yok	21	58.3

Kemik Yaşı Tayini

Çalışma kapsamında değerlendirilen olguların %8.4'ünün (n=167) kemik yaşı tayini olgularının olduğu, bu olgularının %79'unun (n=132) kadın, %21'inin (n=35) ise erkek olduğu saptanmıştır. Olguların %68.9'unun (n=115) ceza mahkemeleri veya savcılıklarca, %31.1'inin (n=52) hukuk mahkemelerince gönderildiği tespit edilmiştir. 11 olguda gebelik ve kemik gelişimini bozabilecek patolojiler olması sebebiyle kemik yaşı tayini yapılamamıştır. Kemik yaşı tayini yapılan 156 olgunun yaşları hukuki açıdan önem arz etmesi sebebiyle '0-11 yaş (12 yaşını doldurmamış)', '12-14 yaş (12 yaşını doldurmuş, 15 yaşını doldurmamış)', '15-17 yaş (15 yaşını doldurmuş, 18 yaşını doldurmamış)' ve '18 yaş ve üzeri (18 yaşını doldurmuş ve daha üzeri)' olarak

gruplandırılmıştır. Kimlik yaşı 0-11 yaş grubunda olan 7 olgunun %28.6'sının (n=2) 12-14 yaş grubunda, kimlik yaşı 12-14 yaş grubunda olan 38 olgunun %50'sinin (n=9) 15-17 yaş grubunda, %34.2'sinin (n=13) 18 yaş ve üzeri grubunda, kimlik yaşı 15-17 yaş grubunda olan 111 olgunun %40.5'inin (n=45) 18 yaş ve üzeri grubunda saptandığı tespit edilmiştir (Tablo 28).

Tablo 28. Olguların kimlik ve tespit edilen kemik yaşlarının karşılaştırılması

		Tespit edilen kemik yaşı				Toplam
		0-11 yaş	12-14 yaş	15-17 yaş	18 yaş ve üzeri	
Kimlik yaşı	0-11 yaş	n	5	2	-	7
		%*	71.4	28.6	-	100.0
		%**	100.0	25.0	-	4.5
	12-14 yaş	n	-	6	19	38
		%	-	15.8	50.0	100.0
		%	-	75.0	22.4	24.4
	15-17 yaş	n	-	-	66	111
		%	-	-	59.5	100.0
		%	-	-	77.6	71.2
	Toplam	n	5	8	85	156
		%	3.2	5.1	54.5	100.0

*sırt yüzdeleri verilmiştir.

**sütun yüzdeleri verilmiştir.

TARTIŞMA

Çocuk yaş grubu, adli olguların sıkça rastlandığı grup olarak kabul edilmektedir. Çocuklar gelişimsel özellikleri göz önüne alındığında, okul öncesi dönemde savunmasız ve bilinçsiz olmaları, okul çağında akran zorbalığı, okul kazaları gibi sebeplerle ve ergenlik çağında ise ruhsal gelişim özellikleri çocukların adli olgu olma potansiyelini artırmaktadır (86–88).

Acil servise başvuran adli olguların incelendiği çalışmalarda; Demircan ve ark. (89) adli olguların %24'ünü, Aktaş ve ark. (90) %24.1'ini, Büken ve ark. (91) %27.7'sini, Çınar ve ark. (88) %18'ini çocuk olguların oluşturduğunu tespit etmişlerdir. Adli tıp polikliniğine başvuran olguların incelendiği Ersoy ve ark.'nın (92) çalışmasında %14.6'sını, Çakır ve ark. (93) yaptığı çalışmada ise %13.2'sini çocuk olguların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise çocuk olgulara ait raporlar, tüm raporların %14.9'unu oluşturduğu görülmektedir. Bu sonuç, adli tıp polikliniklerine başvuran olguların dahil edildiği diğer çalışmalarla benzerdir. Adli tıp poliklinikleri ile acil servislerde yapılan çalışmalar arasındaki fark, polikliniklere başvuran hasta profillerinden ve acil servislerde görülen tüm adli olguların adli tıp polikliniklerine yönlendirilmesine gerek görülmemesine bağlı olabilir.

Vücut dokunulmazlığına karşı suçlar kapsamında yaralama olgularının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; çalışmalarda en sık başvuran yaş grubunun 12-17 yaş aralığı (%50.8-%58.1) ile ergenlik dönemindeki çocuklar olduğunu gösteren çalışmalar (88, 92) olduğu gibi, 5 yaş altı yaş grubunun (%53.7-%63.5) en sık başvuran yaş grubu olduğunu gösteren çalışmalar (41, 94) da mevcuttur. Çalışmamızda olguların %65.4'ünü oluşturan 12-17 yaş grubu en sık başvuran çocuk yaş grubu iken 0-6 yaş grubu ise %20.1 olarak tespit edilmiştir. Çalışmalar arasındaki farklar merkezler arasındaki hasta profillerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Özellikle bazı çocuk acil servislerinde çocuk yaş grubu travma olguları, yetişkin acil servislerine kabul edilmesi bu farklılıklara neden olabilir.

Yaralama olgularının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; erkeklerin (%61.9-%67.9) daha sık başvurduklarını bildirilmiştir (92, 95, 96). Çalışmamızda ise olguların %68.7'sini erkeklerin oluşturduğu ve diğer çalışmalar ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Erkek çocukların daha fazla travmaya maruz kalması, günlük aktivitelerde

ve sosyal hayatta erkeklerin daha fazla yer almasının bir sonucu olarak düşünülmektedir (97, 98).

Künt travmalar çocukluk çağı acil servise sık başvuru sebeplerindendir. Ersoy ve ark. (92) Muğla ilinde adli tıp polikliniğine başvuran çocuk olguları inceledikleri bir çalışmada; çocuk olguların %60.3'ünün travma olgularının oluşturduğunu, travma olguların ise %95.3'ünün künt travma olgularının oluşturduğunu bildirmişlerdir. En sık künt travma sebebinin künt travma olgularının %49.6'sını oluşturan trafik kazaları olduğu görülmektedir. Çocuk travma olgularının kabul edildiği acil servislere başvuran çocuk adli olguların incelendiği çalışmalarda; adli olguları en sık travmatik olaylardan kaynaklandığı ve en sık adli olgu türünün ise trafik kazaları (%32.5-76.4) olduğu bildirilmiştir (95-97). Çalışmamızda travma olgularının %75.3'ünü künt travma olgularının oluşturduğu ve en sık künt travma sebebinin ise tüm travma olgularının %45.8'ini, künt travmaların %60.8'ini oluşturan trafik kazaları olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Şekil 3). Çalışmalar arasında yüzdesel farklılıklar olsa da çocuklardaki en sık adli olgu sebebi trafik kazası olarak belirtilmiştir. Yüzdesel farklılıkların sebebi ise ikinci ve üçüncü basamak hastaneler ile adli tıp polikliniklerine başvuran olgu sayısındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çocuk yaş grubunda erkekler daha sık trafik kazası geçirmektedir ve erkek cinsiyet trafik kazalarının risk faktörleri arasında bulunmaktadır (99). Dai ve ark. (100) yaptıkları meta analizde; trafik kazalarındaki erkek cinsiyet oranı %52.1 ile %74.9 arasında değişkenlik göstermektedir. Ülkemizde ise çocuk yaş grubu trafik kazalarında erkek cinsiyet oranının %64.1-%68.8 arasında olduğu belirten çalışmalar mevcuttur (95, 101, 102). Çalışmamızda ise trafik kazalarında erkek cinsiyet oranı literatür ile benzer olarak %68.4 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda künt yaralanmaların en sık baş boyun (%63.1) bölgesinde görüldüğü ve bunu alt ekstremiteler (%32.1) ve üst ekstremitelerin (%28.2) izlediği görülmüştür. Atik ve ark. (101) çocuk yaş grubu trafik kazalarını inceledikleri bir çalışmada; en sık yaralanma bölgesi %52.4 ile baş-boyun olurken, bunu %36.3 ile alt ekstremiteler ve %17.4 ile üst ekstremiteler yaralanmaları izlemiştir. Büken ve ark (103) çocuk acil servisinde adli bildirimi yapılan ve lezyon lokalizasyonu kaydedilen 436 çocuk olguda, lezyonların en sık baş-boyun (%31.42) bölgesinde görülürken bunu üst

ekstremiteler (%27.06) ve alt ekstremitelerin (%19.27) izlediği görülmüştür. Çocuk yaş grubu araç içi trafik kazalarında Kısaltılmış Yaralanma Ölçeği (AIS) skorunun 3 ve daha üzeri yaralanmaların lokalize edildiği iki çalışmada yaralanma lokalizasyonlarının en sık baş bölgesi (%27.3-%40.5) olduğu ve bunu göğüs (%21.8) ve ekstremitelerin (%19.9-%25.2) izlediği bildirilmiştir (104, 105). Bulgularımız, Büken ve ark. ile Atik ve ark. bulguları ile benzerdi. Brown ve ark. ile Takahashi ve ark. çalışmalarında göğüs travmaları bizim çalışmamıza göre belirgin şekilde daha fazlaydı. Bunun sebebi çalışmaya yalnızca araç içi trafik kazaları ve AIS $\geq$ 3 yaralanmaların lokalizasyonlarının dahil edilmiş olması olabilir. Şenavcı ve ark. (106) göre AIS $\geq$ 3 yaralanmalar ile yaşamsal tehlikeye neden olan yaralanmalar % 75.6 sensitivite, %99.1 spesifite göstermektedir. Çalışmamızda da araç içi trafik kazası geçiren ve yaşamsal tehlikesi olan 39 olguda yaşamsal tehlikeye sebep olan yaralanmalar arasında en sık %56.4 ile kranial patolojiler yer alırken, %30.8 ile toraks patolojilerinin ikinci sırada yer aldığı görülmüştür.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda künt travmalar ve trafik kazalarındaki yaralanmaların en sık baş boyun (%28.7-%46.7) ve ekstremitelerde (%9.3-%59.1) olduğu görülmüştür (107–110). Ancak bu çalışmalar çocuk ve yetişkin verilerini birlikte içermektedir.

Araç dışı trafik kazaları, araç içi trafik kazalarına göre daha şiddetli travmalar oluşturmaktadır. Yayalar özellikle kentsel alanlarda araç çarpışmalarında yüksek risk altındadır. Avrupa'da trafikteki ölümlerin yaklaşık %20'sini yayalar oluşturmaktadır. bu sıklık ABD'de %14'ten Tayland'da %47'ye kadar değişmektedir (111, 112). Motosikletler ABD'deki tüm kayıtlı araçların yalnızca %3'ünü oluştursa da, 2021 yılında motosiklet sürücüleri tüm trafik kazasına bağlı ölümlerinin %14'ünü oluşturmaktadır (113). Masson ve ark. (114) travmatik beyin hasarı nedeniyle hastanede tedavi gören hastalarının büyük çoğunluğunu araç içi yolcuların oluşturduğunu, ancak; ciddi beyin hasarı olan yayaların ölüm oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Lee ve ark. (115) yaya, bisiklet ve motosiklet kazaları ile araç içi trafik kazalarında meydana gelen yaralanmaları NISS (New Injury Severity Score) skoru ile karşılaştırmış ve araç dışı trafik kazalarında NISS skorunun daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca yüksek NISS puanı, uzun hastanede kalma süresi ve artan mortalite ile ilişkili tespit edilmiştir (115). Atik ve ark (101) ise yaya olarak

kaza geçiren çocukların, araç içi trafik kazası geçiren çocuklara göre daha fazla bölgesinin yaralandığını tespit etmişlerdir. Törö ve ark. (112) ise araç dışı trafik kazalarında daha sık kafa travmasının görüldüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamızda künt travmalar içinde yaşamsal tehlike geçiren olguların yarısından fazlasını (%54.4) araç dışı trafik kazalarının oluşturduğu, ve bunların %59.5'ini baş-boyun yaralanmalarının oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca araç dışı trafik kazalarının, araç içi trafik kazalarına göre daha sık kemik kırığına neden olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Barmparas ve ark.'nın (116) saldırıya uğrayan ve %80.1'inin erkeklerin oluşturduğu 58,047 çocuk olguyu içeren geniş kapsamlı çalışmada; çocukların %15.2'sinin, Finkelhor ve ark.'nın (35) 4000 çocuktan oluşan örnekleminde; çocukların yarısından fazlası (%58.4) erkek olmak üzere %14.5'inin hayat boyu en az bir kez yaralanma ile sonuçlanan fiziksel saldırıya maruz kaldığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise darp olguları, tüm yaralama olgularının %20.5'ini oluşturduğu ve darp olgularının %77.4'ünün erkeklerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular; erkek çocukların daha fazla sosyal yaşamın içinde bulunmaları, sosyal çevresi ile daha fazla ilişkili olmaları gibi sebepler ile fiziksel şiddete daha açık oldukları anlamına gelebilir.

Adli tıp polikliniklerine başvuran çocuk olguların incelendiği çalışmalarda; Ersoy ve ark.'nın (92) Muğla ilinde yaptıkları çalışmada travma olguları içinde %32.8'ini darp olgularının oluşturduğu ve trafik kazalarından sonra ikinci sırada yer aldığı görülmekte olup, bulgular çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir. Adli tıp polikliniklerine başvuran çocuk olguların incelendiği bir diğer çalışma olan Kılınç ve ark.'nın (98) Erzurum ilinde yaptıkları çalışmada; travma olgularının %70'ini darp olgularının oluşturduğu, trafik kazalarının ise bunu takiben olguların %24.4'ünü oluşturduğu belirtilmiştir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar, eğitim ve sosyoekonomik durum ile coğrafi farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Penetran yaralanmalar; tüm pediatrik travma başvurularında künt travmalardan sonra yer almaktadır (117–119). ABD'deki travma merkezlerine pediatrik travma başvurularının %7.62'sini oluşturduğu ve bu başvuruların yarısından fazlasının (%4.4) ateşli silahlara bağlı travmatik yaralanmalar olduğu bildirilmektedir (118, 119). Bir

başka çalışmada ise pediatrik travma hastalarının %7.4'ünü penetran travmaların oluşturduğu bildirilmiştir (120). Çalışmamızda ise penetran yaralanmalar, tüm travma olgularının %13.3'ünü oluşturmaktadır.

Lumbard ve ark. (118) ABD'de pediatrik yaş grubundaki 22,455 penetran yaralanma olgusunun %49.6'sının ateşli silah yaralanmaları, %50.4'ünün bıçak yaralanmaları olduğunu, olguların %80.8'ini ise erkek olguların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Yine ABD'de yapılan 3737 çocuğu içeren başka bir çalışmada ise ateşli silah yaralanmalarının penetran yaralanmaların %35.7'sini oluşturduğu belirlenmiştir (121). Çalışmamızda ise ateşli silah yaralanmaları, penetran yaralanmaların %14.3'ünü oluşturmakta olup diğer çalışmalara göre bir hayli düşüktür. ABD'nin tahmini bireysel silahlanmanın en yüksek ülkelerden biri olması, pediatrik yaş grubunda da ateşli silah yaralanmalarının arttırdığını düşündürmektedir (122).

Pediatrik yaş grubundaki penetran yaralanmaların büyük çoğunluğu (%41-%63) 16 yaş ve üzeri çocuklar oluşturmaktadır (120, 123). Çalışmamızda penetran yaralanmaya sahip çocukların %55.9'u 16 yaş üzeri olup diğer çalışmalar ile benzerdir. En sık yaralanan vücut bölgesinin alt ekstremité olduğu ve bunu üst ekstremité ve baş boyun bölgesinin izlediği bildirilmiş ve bulgularımız ile uyumludur.

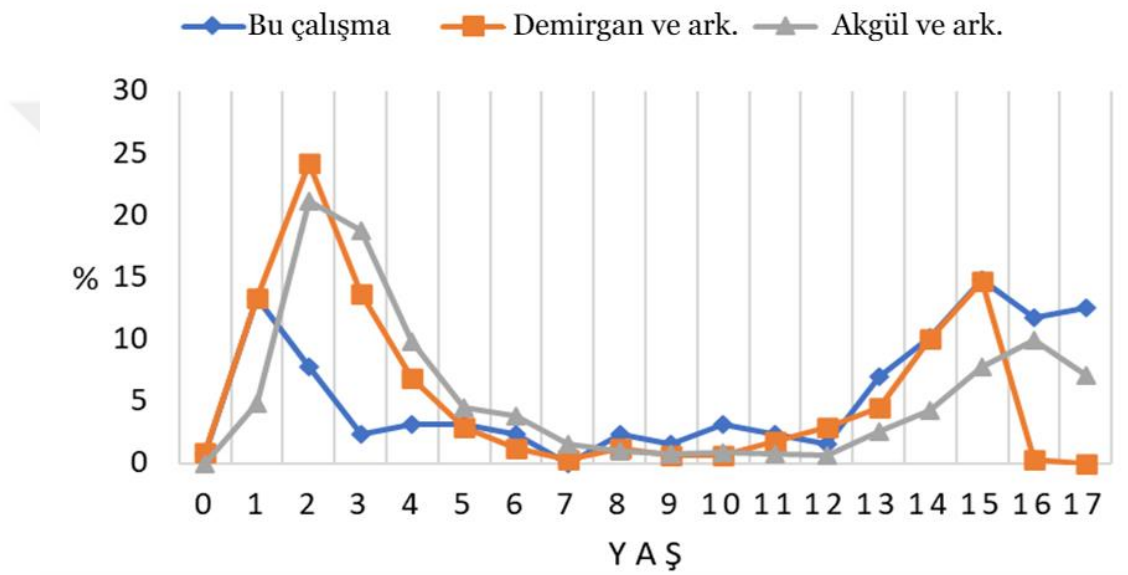
Penetran yaralanmalarının mortalitesinin, künt yaralanmaların mortalitesinden daha fazla olduğu bildirilmektedir (117, 120, 124). Nielsen ve ark. (120) 748,347 pediatrik travma olgusunun yer aldığı çalışmasında; penetran yaralanmaların mortalitesi %7.1 iken künt travmaların mortalitesi %1.3 olduğu ve ayrıca penetran yaralanmaların daha fazla hastanede kalış süreleri ve komplikasyonlar ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda yaşamsal tehlikesi değerlendirilen künt travmaların %15.8'i yaşamsal tehlike geçirmişken, penetran yaralanmaların %20'sinin yaşamsal tehlike geçirdiği tespit edilmiştir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bunun nedeni; çalışmamızda penetran yaralanmaların içinde ateşli silah yaralanmalarının diğer çalışmalara göre daha az olması olabilir.

Çocuklarda zehirlenme, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kazaya bağlı ölümlerin dördüncü önde gelen nedeni olduğu

bildirilmektedir. Ayrıca hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde önlenabilir morbidite ve mortalitenin ana nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir (125–127). DSÖ'nün istatistiklerine göre akut zehirlenme, 20 yaşın altındaki çocuk ve gençlerde her yıl 45,000'den fazla ölümden sorumludur (128). ABD'de zehirlenmeye en yüksek maruz kalma oranı 1 ve 2 yaşındaki çocuklar arasında görülmektedir. Kaza sonucu zehirlenme 12 yaş ve altı kişilerde yaygındır ve suicidal zehirlenme insidansı ise 12 yaş ve üzeri kişilerde oldukça yüksektir (129). ABD Zehir Kontrol Merkezi'nin (American Association of Poison Control Centers - AAPCC) 2020 yılı verilerine göre; ABD'de son 38 yılda 20 yaş altında 1,182,814 olgu bildirildiği, bunların % 50.73'nün erkek, %48.79'unun kadın olduğu, yaşa göre dağılımı incelendiğinde %75.2'sinin 5 yaş altında, %10.2'sinin 6-12 yaş aralığında, %14.6'sının 13-19 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir. 0-12 yaş aralığında erkek üstünlüğü varken, 13-19 yaş aralığında olguların %64.2'sinin kadın olduğu bildirilmiştir. 5 yaş altında kaza orijinli olgular çoğunluktayken, 13-19 yaş aralığında ise suicidal orijinli zehirlenmeler ön planda saptanmıştır. 5 yaş altında en sık zehirlenmeye neden olan madde kozmetik ve kişisel bakım ürünleri olduğu bunu temizlik ürünlerinin takip ettiği bildirilmiştir (129). Malezya'da Alwan ve ark. (125) tarafından 10 yıllık retrospektif olarak yapılan bir başka çalışmada ise; 13,583 çocuk zehirlenme olgusunun bildirildiği, bunların %43.2'sinin erkek, %40.1'inin kadın olduğu, %16.7'sinin ise cinsiyetinin bilinmediği, olgularının %62.2'sinin 0-5 yaş grubunda görüldüğü ve bunu %28.8 ile 13-18 yaş grubunun takip ettiği bildirilmiştir. 0-5 yaş grubu olgularının %96.7'sinin kaza orijinli olduğu, 13-18 yaş grubu olguların ise %76'sının suicidal amaçlı olduğu bildirilmiştir. Tüm yaş gruplarında zehirlenmeye neden olan en sık maddenin farmakolojik ajanlar olduğu ve bunu ev ürünlerinin takip ettiği belirtilmiştir. Uluslararası diğer çalışmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür (129–133).

Ülkemizde yapılan çocukluk çağı zehirlenme olgularını inceleyen çalışmalarda; zehirlenme olgularının, erkeklerde %41.2 ile %60.5 arasında ve kadın cinsiyette ise %39.5 ile %58.8 arasında değiştiği tespit edilmiştir (58, 92, 134–141). Çalışmaların çoğunda zehirlenmelerin en sık sebebinin ilaç intoksikasyonları (%33-%70.2) olduğu görülmüştür. Korozyif madde alımı (%6.7 - %28.1) ise bir diğer önemli zehirlenme sebebi olarak belirtilmiştir. Çalışmalarda zehirlenme olgularının 0-6 yaş grubu ile 12-17 yaş grubu çocuklarda iki kez pik yaptığı dikkati çekmiştir (58, 92, 137, 140–143).

Çalışmamızda zehirlenme olgularının %60.2'sinin kadın, %39.8'inin erkek olduğu tespit edilmiş ve bulgularımızla uyumlu çalışmalar olsa da genel literatüre göre çalışmamızda kadın cinsiyet üstünlüğü daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında 0-6 yaş grubunda erkek cinsiyet üstünlüğü (%54.7) ve 12-17 yaş aralığında ise kadın cinsiyet üstünlüğü (%70.3) saptandı ve literatür ile uyumluydu. Yine literatür ile uyumlu olarak 0-6 yaş grubunda en sık zehirlenmeye neden olan madde, korozif maddeler iken; 12-17 yaş aralığında ise farmakolojik ajanlar olduğu ve zehirlenme olgularının 0-6 yaş ve 12-17 yaş aralığında iki kez pik yaptığı görülmüştür (Şekil 5).



Şekil 9. Zehirlenme Olgularının Yaşa Göre Dağılımı

Ersoy ve ark. (92) çocuk travma olgularının %65.9'unun yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilir nitelikte olduğunu, %9'unda ise yaşamsal tehlikesinin olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda bu oranlar sırasıyla %50.1 ve %15.4'tür. Çalışmalar arasındaki farklar, çalışmamızda trafik kazalarının, künt travmalar içinde daha fazla yer kaplıyor olması sebebiyle olabilir. Çalışmamızda trafik kazaları künt travmaların %60.8'ini oluşturuyorken, Ersoy ve ark. (92) çalışmasında %47.3'ünü oluşturmaktadır.

Ülkemizde adli tıp polikliniklerinde yapılan çalışmalarda; travma olgularının %2.6-13.7'sinde yaralanmalar yüzünde sabit iz niteliğinde olarak değerlendirilmiştir (110, 144–146). Ancak bu çalışmalara çocuk ve yetişkinler birlikte dahil edilmiştir.

Yalnızca çocuk olguların dahil edildiği çalışmalarda; yüzünde sabit ize neden olan olguların tüm travma olgularının %0.3-0.8'ini oluşturduğu, çalışmamızda ise bu oranın %1.6 olduğu tespit edilmiştir (92, 98). Çocuklar ile yetişkinler arasındaki bu farklılık, çocukların yara iyileşme kapasitelerinin daha iyi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yaşlanmaya bağlı olarak yara iyileşme mekanizmalarının etkinliğinin düştüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (147, 148).

Ülkemizde yapılan, çocuk ve yetişkinler birlikte dahil edilmiş olan, duyarlar veya organlar ile kas-iskelet sistemindeki yaralanmalarda işlevin sürekli zayıflaması ya da işlev yitirilmesinin değerlendirildiği çalışmalarda; olguların %5.4-7.4'ünü zayıflama veya yitirmeye sebep olan yaralanmalara sahip olguların oluşturduğu bildirilmiştir. Yalnızca çocuk yaş grubu olguların dahil edildiği çalışmalarda ise bu oran %0.5-1.4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise bu oran %1 olarak bulunmuş ve adli tıp polikliniğine başvuran çocukların incelendiği diğer çalışmalar ile uyumludur.

Çocuğun cinsel istismarı, kadınlarda önemli ölçüde daha fazla görüldüğü ve çocukluk dönemindeki kadınların, erkeklerden 2 ila 3 kat daha fazla cinsel istismar riski altında olduğu bildirilmektedir (31). Ayrıca DSÖ'nün 22 ülkeden 65 çalışmayı içeren meta-analizinde; çocuk cinsel istismar prevalansının kadınlarda %19.7, erkeklerde %7.9 olduğu bildirilmiştir (149). Çalışmamızda cinsel istismar mağdurlarının %76.3'ünü kadınlar oluşturmakta olup literatür ile uyumludur.

Cinsel istismara maruz kalan çocukların üçte ikisinin olayın ilk gerçekleştiği sırada 12 ila 17 yaşlarında olduğu tahmin edilmektedir (150). 16 ila 19 yaşlarındaki kadınların cinsel saldırıya uğrama olasılığı diğer tüm yaş gruplarındaki kadınlara kıyasla 4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (151). ABD adalet bakanlığının verilerine göre; cinsel istismar olgularının tüm yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, tüm yaş grupları arasında en sık 12-17 yaş aralığında görüldüğü ve olguların %32.8'ini oluşturduğu, çocuk yaş grubunun ise %49'unu oluşturduğu bildirilmiştir (152). Davies ve ark. (36) cinsel istismara maruz kalan çocukların %44.2'si 13-15 yaş olmak üzere %63.8'inin 13-17 yaş aralığında olduğunu tespit etmişlerdir. Whitelock ve ark. (153) ise 588,014 kişi arasında yaptıkları bir anket çalışmasında; ankete cevap verenlerinin %11'inin çocukluk döneminde cinsel istismar veya cinsel tacize maruz kaldıklarını belirtmişler ve %44.1'inin 12-17 yaş aralığında yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda cinsel istismar muayenesi amacıyla başvuran olguların en sık 12-17 yaş aralığında (%77.5) olduğu görülmektedir.

Çocuklara yönelik cinsel istismarın büyük çoğunluğu çocuğu tanıyan bir erkek tarafından gerçekleştirilmektedir. Çeşitli çalışmalarda eylemi çocukları tanıyan kişi tarafından gerçekleştirilme oranı %78-96 arasında bulunmuştur (154–157). Çalışmamızda ise mağdurların yalnızca %4.5'i öykülerinde bir yabancı tarafından cinsel istismara uğradığını belirtmişlerdir.

Aile içi istismar, daha küçük yaşta başlaması, süreklilik göstermesi ve çocuğun istismarı bildirmesindeki gecikme ve zorluklar bakımından önem arz etmektedir (158). Teresa ve ark. (158) aile içi (%40.2; %18 baba, %3.7 üvey baba, %18.5 akraba) ve aile dışı (%59.8; %19.1 yabancı %40.6 arkadaş/komşu) çocuk cinsel istismarı olgularının karşılaştırdıkları çalışmasında; aile içi çocuk cinsel istismarı olgularının özellikle; istismarın daha küçük yaşta ve genellikle evde, duygusal şiddetin daha baskın olduğu ve daha önce cinsel suç geçmişi olan istismarcılar tarafından gerçekleştirildiğini; ayrıca son istismar tarihi ile adli tıp muayenesi arasında daha fazla zaman olduğunu ve fiziksel bulguların daha az tespit edilebildiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda; aile içi ve aile dışı çocuk cinsel istismar olgularının yaş ortalamaları (sırasıyla 12.59 ± 3.5 ve 13.77 ± 2.9) karşılaştırıldığında, aile içi cinsel istismar mağdurlarının daha küçük yaşta oldukları ($U=4021,5$ $p<0.017$) ve aile içi olgularının %57.6'sının istismarın üzerinden 1 yıldan fazla süre geçtikten sonra bildirdikleri, aile dışı olgularında bu oranın %16.9 olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Aile içi cinsel istismar olgularında fail en sık baba ve üvey baba olduğu ve aile içi cinsel istismar faillerinin çocuklukta cinsel istismar, aile istismarı ve ihmal ve zayıf ebeveyn bağlılığı geçmişine sahip olma olasılığı daha yüksek olduğu bildirilmiştir (159–163). Çalışmamızda ise aile içi istismar şüphelilerinin % 42.3'ini akrabalar, %23.7'sini kardeşler ve %18.6'sını babanın oluşturduğu görülmektedir.

Literatürde, çocuklukta cinsel istismara uğrayan çocukların bu istismarı açıklamayı önemli ölçüde geciktirdiği ya da yetişkinliğe kadar hiç açıklamadıkları konusunda yaygın bir fikir birliği bulunmaktadır. Yapılan iki anket çalışmasında; istismarı 1 yıldan daha uzun bir süreden sonra ya da anket sırasında açıklamayanların oranı sırasıyla %45 ve %75 olarak bildirilmiştir (164–166). Goodman-Brown ve ark.

(167) 218 çocuğun ABD bölge savcılığındaki soruşturma dosyalarını inceledikleri çalışmalarında; çocukların %64'ünün 1 ay içinde, %29'unun ise 6 ay içerisinde açıkladıkları bulunmuştur. Ancak bu çalışmanın önemli bir özelliği, örneklemindeki çocuklarının büyük çoğunluğunun aile dışından bir kişi tarafından cinsel istismara maruz kalmış olmasıdır. Literatürde, aile içinde istismara uğrayan çocukların istismarı açıklamayı erteleme sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmektedir (164, 165, 167–169). Priebe ve ark (170) yaptığı anket çalışmasında; herhangi bir cinsel istismara maruz kaldığını belirten 1962 ergenin %59.5'i istismarı ilk defa anket sırasında açıklamışlardır. Mcgee ve ark. (171) anket çalışmasında ise 17 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldığını ifade edenlerin %47'si istismarı ilk defa anket sırasında açıklamışlardır. Çalışmamızda ise olguların çoğunluğunda (%24.4) adli tıp başvurusu ile cinsel istismarın ilk başladığı zaman arasında 1 yıldan fazla süre geçmiş olduğu görülmektedir. Çalışmalar önemli sayıda çocuğun cinsel istismar maruziyetlerini yetişkinliğe kadar açıklamadıklarını ve hatta yetişkinlerin önemli bir kısmının istismarı hiçbir zaman açıklamadıklarını göstermektedir (164). Bu durum tespit edilen cinsel istismar olgularını, buzdağının sadece görünen bir parçası olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Cinsel istismarın şiddeti, ortaya çıkardığı sonuçlar ile yakından ilişkilidir. Çalışmalar, temassız istismarın en az şiddetli ve olumsuz sonuçlar açısından en az riskli cinsel istismar türü olarak kabul edildiğini ortaya koymaktadır (172–174). Neggrif ve ark. (175) ergenlerin %15'inin temas içermeyen, %76.67'sinde penetrasyonsuz temas içeren ve %40'ının ise penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kaldığını belirtmişlerdir. Schaefer ve ark. (176) anket çalışmasında; mağdurların %35.8'i temassız, %91.7'si penetrasyon dışında temas içeren, %37.3'ü ise penetrasyon içeren cinsel istismara çocukluk dönemlerinde maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda anal ve vajinal penetrasyon içeren cinsel istismarın oranı %73.2 iken, penetrasyon içermeyen cinsel istismarın oranı %21.4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda penetrasyon içermeyen cinsel istismar olgularının daha az olmasının sebebi, adli tıp polikliniklerine genellikle anogenital muayene amacıyla penetrasyon şüphesi olan mağdurların gönderilmesi olabilir.

Penetrasyon içeren cinsel istismar oranlarının bu kadar fazla olmasına rağmen muayene bulguları bu kadar zengin değildir. Bunun sebebi; istismarı açıklamaktaki

gecikmeler ve anogenital bölgenin hızlı ve neredeyse tama yakın yenilenme yeteneğine sahip olması sebebiyle istismardan kaynaklanan fiziksel yaralanmalar zamanla ortadan kaybolması olarak değerlendirilmektedir (70, 177–180). Geniş kapsamlı prospektif bir çalışmada; muayenesinde fiziksel bulgusu olan olguların %73'ünü akut olgular oluştururken, %26'sını akut olmayan olgular oluşturduğu görülmüştür. Himen dokusunun derin laserasyonlar haricinde büyük çoğunluğunun iyileşmesinin mümkün olduğu ve akut olmayan olgularda genital travma bulgularına daha nadir rastlanıldığı bildirilmektedir (179, 181). Anderst ve ark. (182) ise tamamına yakını akut olmayan penetrasyon öyküsü olan olgulardan oluşan çalışmada; olguların yalnızca %12.6'sında tanısal muayene bulgusuna rastlamıştır. Gallion ve ark. (181) çocukların bildirdikleri penetrasyon öykülerinin %79'unun muayenesinde genital travmaya rastlanmamıştır. Bunun bir sebebinin, çocukların labial penetrasyon ile vajinal kanal penetrasyonu arasındaki farkı ayırt edememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (181–183). Çalışmamızda vajinal penetrasyon öyküsü olan olguların %40.9'unun genital muayenesinde travmatik bulguya rastlanmamıştır. Bunun yanında, bu olguların %21.9'unda himenin elastik yapıda ve geniş iç açıklığa sahip olduğu değerlendirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda elastik yapıda ve geniş iç açıklığa sahip himenin %8.9-%68.5 arasında görüldüğü bildirilmiştir (184–188). Uluslararası bilimsel literatürde ya da uluslararası kılavuzlarda bu himen yapısına ait herhangi bir bilimsel tanım ya da sınıflandırma bulunmamakla birlikte geniş iç açıklığı bulunan, elastik yapıdaki himen dokusunun travmaya uğramaksızın penetrasyona izin verebileceğine dair çalışmalar mevcuttur (188–192).

Pediyatrik yaş grubunda yapılan, anal penetrasyon öyküsü olan ve olmayan gruplardaki anogenital muayene bulgularının karşılaştırıldığı çalışmalarda; Myhre ve ark. (193) yüksek şüpheli anal penetrasyon öyküsü olan çocukların anogenital muayeneleri sonucunda; %12.1'inde total dilatasyon, %10.7'sinde anal fissür, %4.6'sında anal laserasyon saptanmış ve bu bulgular anal penetrasyon ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.000$). Perianal bölgede gaita bulaşı ('soiling') ile yalnızca eksternal dilatasyon ise daha zayıf ilişkili bulunduğu bildirilmiştir ($p<0.05$) (193). Bir başka önemli bulgu ise, anal dilatasyon bulgusunun yalnızca diz dirsek pozisyonunda muayene edilmiş olgular kendi arasında karşılaştırıldığında anlamlı olmasıdır. Hobbs ve ark. (69) çalışmada ise; refleks anal dilatasyon, anal tonusta zayıflama,

kızarıklık/eritem, perianal venöz konjesyon ve anal fissür anal penetrasyon ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.001$). Ancak bu çalışmada, cinsel istismardan sonra ilk 7 gün içinde muayene edilenlerin oranı önceki çalışmalara göre daha yüksekti (%31.5) ve bu nedenle eritem bulgusu literatüre göre daha yaygın olarak tespit edilmiş ve literatürün aksine venöz konjesyon da anal penetrasyon ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir. Ancak; Adams ve ark. (68) Çocuk cinsel istismarı bulgularının 2018 güncellemesinde; eritem ve venöz konjesyon bulgularını 'Kategori B' (birden fazla sebebi olabilen ve genellikle travma veya cinsel temas dışındaki tıbbi durumlardan kaynaklanan bulgular) grubunda değerlendirmiştir. Bir başka tartışmalı bulgu olan 'komplet anal dilatasyon' ise 'kategori D'de (bazı çalışmalarda cinsel istismar öyküsüyle ilişkilendirilmiş, ancak önem derecesi konusunda uzmanlar arasında görüş birliği olmayan bulgular) değerlendirilmiştir. Bu bulgunun muayene pozisyonu ile değişkenlik gösterebileceği bildirilmektedir (193). Çalışmamızda ise anal penetrasyon öyküsü olan ile olmayan olgular karşılaştırıldığında literatür ile benzer bir şekilde; anal fissür, refleks anal dilatasyon, anal bölgede ekimoz/abrazyon, sfinkter tonusunda azalma ve anal pililerde silinme bulguları anal penetrasyon ile ilişkili bulunmuştur (Bkz. Tablo 25). Çalışmamızda en göze çarpan bulgu; anal penetrasyon öyküsü olan çocukların %54.8'in anogenital muayenesinde bulguya rastlanmamış olmasıdır. Anal penetrasyonun hiçbir yaralanmaya neden olmadan gerçekleşebileceği ya da meydana gelen yaralanmanın iz bırakmadan iyileşebileceği bilinmektedir (70, 71, 194). Hobbs ve ark. (69) anal penetrasyon öyküsü olan çocukların %26'sının anal muayenesinde hiçbir bulguya rastlanmadıklarını bildirmişlerdir.

Adams ve ark. (195) anal penetrasyon öyküsü olan çocuk yaş grubundaki olguların %56'sında hiçbir bulguya rastlamamıştır. Ayrıca olay üzerinden zaman geçtikçe cinsel istismarın fiziksel bulguların saptanması zorlaşmaktadır. Smith ve ark (71) ile Adams ve ark. (195) ilk 72 saatte yapılan anogenital muayenelerde daha fazla fiziksel bulgu saptandığını bildirmişlerdir. İlk 7 günde yapılan muayenelerde daha fazla fiziksel bulgu saptandığını belirten çalışmalar da mevcuttur (69, 196). Çalışmamızda anal penetrasyon öyküsü olup, cinsel istismar sonrası ilk 7 günde yapılan anal muayenelerin %58.8'inde ($n=10$) bulgu saptanmışken 7 günden daha uzun süre geçtikten sonra başvuran olguların ise %41.2'sinde ($n=28$) bulgu saptanmıştır.

Tekrarlayan çocuk cinsel istismarları, çocuklarda ortaya çıkan komorbid hastalıklar, akut psikotik problemler, intihar girişimleri ve düşük okul başarısı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, cinsel istismar mağduru bir çocuğun tekrar cinsel istismara maruz kalma riski daha fazladır (11). Walker ve ark. (197) yayınladıkları meta analizde; cinsel istismar mağdurlarının %47.9'unun daha sonraki bir zaman diliminde tekrar cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca tekrarlayan cinsel istismar ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hu ve ark. (11) ise çalışmalarında tekrarlayan çocuk cinsel istismar oranını %35.2 olarak belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise literatür ile benzer şekilde, tekrarlayan cinsel istismara maruz kaldığını belirten olguların oranı %43.1 idi ve cinsiyet ile ilişkili saptanmadı ($p=0.86$). Bunun yanında, tekrarlayan cinsel istismarların, aile içi çocuk cinsel istismarı olgularında anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edildi. Bu bulgular; aile içi cinsel istismara uğrayan çocukların, kendi güvenliklerinden korkmaları, utanç duymaları, kendilerini suçlamaları, faile olan sadakatleri gibi sebeplerle, istismarları açıklamaktan çekindikleri ve tekrarlayan mağduriyetler yaşadıkları düşüncesini desteklemektedir (198).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, cinsel istismarın büyük çoğunluğunun (%53.3-64.5) ev ortamında gerçekleştiği bildirilmektedir (199–202). Çalışmamızda da olguların yarısının ev ortamında meydana geldiği görülmüştür. Bu sonuçlar; cinsel istismarın, çocuğun güvendiği kişiler tarafından ve kendisini güvende hissettiği ortamda meydana gelir düşüncesini destekler niteliktedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; 2016 yılında yürürlükten kaldırılan TCK 103/6 maddesi kapsamında beden veya ruh sağlığı bakımından değerlendirme yapılan 258 olgunun %19'unda beden veya ruh sağlığında bozulma olduğuna dair rapor verildiği görülmüştür (203). Bir başka çalışmada ise Adli Tıp Kurumu bünyesinde ve adli tıp anabilim dallarında değerlendirilen toplam 436 olgunun %38.9'unda beden veya ruh sağlığının bozulduğuna dair görüş bildirilmiştir (204). Çalışmamızda beden veya ruh sağlığının bozulduğu bildirilen olguların oranı %5.4 olarak bulunmuştur. Ancak beden veya ruh sağlığı bakımından değerlendirme yapılmak için hastanemize başvuran olguların büyük çoğunluğu adli tıp, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ve psikiyatri anabilim dallarının ortak heyeti ile sonuca varılmış ve bu heyetin raporları çalışmamız kapsamına alınmamıştır. Boz ve Ünlü (205) Ocak 2014-Mart 2016

tarihleri arasında bu heyete başvuran olguları incelediğinde, olguların %51.3'ünün ruh veya beden sağlığının bozulduğuna dair görüş bildirildiğini belirlemiştir.

Kişinin beden veya ruh bakımından kendisini savunup savunamayacağı adli tıp pratiğinde sıkça değerlendirilen unsurlardandır. Çalışmamızda olguların %6.9'unu (n=139) bu olgular oluşturmaktadır. Olguların %51.8'i kadın, %48.2'si erkek olup %80.6'sının beden bakımından savunamayacağı yönünde görüş bildirilmiştir. Ruh bakımından kendisini savunup savunamayacağı hakkında görüş bildirilen 51 olgunun büyük çoğunluğunda (%96) ise savunamayacağına dair görüş bildirilmiştir.

TCK 31. madde kapsamında, çocuğun işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişip gelişmemiş olduğunun saptanması için adli tıp polikliniğimize başvuran olguların büyük çoğunluğunu (%78.6) ülkemizde yapılan diğer çoğu çalışmadaki gibi erkekler oluşturmaktaydı (206–215). Olguların %50'sinin (n=7) işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabildiği ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince geliştiğine dair görüş bildirilmiştir. Bu oran diğer çalışmalarda %11-%94 gibi geniş bir aralıktadır (206–215). Çalışmalar arasındaki farklılıklar bölgelerin sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklar ile olayların oluş şekli ve niteliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ilimizde bu olguların genellikle Adli Tıp Kurumu şube müdürlüğüne yönlendirilmesi sebebiyle olgu sayımız karşılaştırma için yeterli değildir. Ceza sorumluluğu değerlendirmelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonu imkânı olan adli tıp anabilim dallarınca değerlendirilmesi, çocuğun bir bütün olarak değerlendirilmesinde önem arz etmektedir.

Çalışmamızda değerlendirilen kemik yaşı tayini olgularının çoğunluğunu (%79) kadınlar oluşturmaktadır. Başvuru sebeplerine bakıldığında en sık (%52.1) cinsel istismar mağduru çocukların yönlendirildiği görülmekte ve kadınların cinsel istismara daha sık maruz kaldığı da göz önüne alındığında kadınların daha sık yaş tayini için başvurmuş olması beklendik bir bulgudur. Nitekim Ülkemizde yapılan çalışmalarda adli tıp polikliniklerine yaş tayini amacıyla başvuran olguların %53.1-72.5'ini kadınlar oluşturmaktadır (216–218) Bulgularımız hukuki açıdan önem arz edecek şekilde 0-11, 12-14, 15-17 ve 18 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldığında olguların %49.4'ünün kronolojik yaş grubu ile tespit edilen yaş grubunun aynı kaldığı, %50.6'sının ise tespit

edilen yaş gurubunun kronolojik yaş grubundan büyük olduğu tespit edilmiştir. Tespit edilen kemik yaşlarının kronolojik yaşlarından büyük olması ÷lkemizde yapılan diğerk çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (218–221).



SONUÇ

Çalışmamızda Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na 2013-2022 yılları arasında başvuran 1991 çocuk olgu değerlendirilerek tartışılmış ve Türkiye'de yapılan bu konudaki en kapsamlı çalışmalardan biri olmuştur.

1. Yaralama olgularının çoğunluğunu erkek (%68.7) olguların oluşturduğu tespit edilmiştir.
2. Yaralama olgularının büyük çoğunluğunu künt travmaların (%74) oluşturduğu ve künt travmaların da %49.6'sını trafik kazalarının oluşturduğu tespit edilmiş, trafik kazalarının çocukların adli tıp polikliniklerine başvurmalarındaki önemli bir sebep olduğu görülmüştür.
3. Trafik kazalarının %68.4'ünü, darp olgularının ise %77.4'ünü oluşturan erkek çocukların daha sık trafik kazaları ve darp olaylarına maruz kaldıkları belirlenmiştir.
4. Zehirlenme olguları kadınlarda daha sık görülmekle birlikte en sık ilaç intoksikasyonlarına bağlı zehirlenmeler görülmüştür. 0-2 yaş grubunda korozif madde alımı, 12-18 yaş aralığında ise ilaç intoksikasyonuna bağlı zehirlenme olgularında artış saptanmıştır.
5. Künt, penetran, fiziksel ve patlama tarzı yaralanma olgularının %55.5'inde görülen baş-boyun yaralanması en sık yaralanan bölge olduğu, Baş – boyun yaralanmalarını %31.7 olguda görülen alt ekstremit ve %28.5 olguda görülen üst ekstremit yaralanmaları izlediği tespit edilmiştir.
6. Yalnızca %4.7'sinin yaşamsal tehlike geçirdiği tespit edilen zehirlenme olgularının diğer yaralama olgularına göre daha az yaşamsal tehlike geçirdiği belirlenmiştir.
7. Yaşamsal tehlikesi bulunan yaralama olguları, en sık kranial yaralanmalar (%49.1) nedeniyle yaşamsal tehlike geçirmişlerdir.
8. Penetran yaralanmaların, diğer yaralama olgularına kıyasla daha fazla basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek derecede hafif nitelikte olmadığı (%63.1) belirlenmiştir.

9. Kemik kırığı tespit edilen olguların %93.3'ünü künt travmaların oluşturduğu ve künt travmaların içinde ise araç dışı trafik kazalarının kemik kırığına daha sık neden olduğu tespit edilmiştir.
10. Literatür ile benzer şekilde cinsel istismar muayenelerinin çoğunluğunu kadın (%76.3) olgular oluşturmaktadır.
11. Cinsel istismarının çoğunluğunu aile dışı (%74.5) cinsel istismar olguları oluşturmaktadır. Aile içi cinsel istismar olgularının cinsel istismar muayenesi amacıyla başvuru süresi daha uzundur. Aile içi cinsel istismar olgularının %57.6'sı 1 yıldan daha uzun süre geçtikten sonra cinsel istismar muayenesi amacıyla başvuru sağlık kuruluşuna başvurmuştur.
12. Vajinal penetrasyon öyküsü olan olgularda himende akut ve eski laserasyon bulguları ile vajinal penetrasyon öyküsü olmayan olgularda ise hymenin intakt görünümde olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.
13. Anal muayenede, anal penetrasyon öyküsü olan olgularda sfinkter tonusunda azalma, anal mukozada ekimoz ya da abrazyon ile akut anal fissür bulguları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha sık tespit edilmiştir. Yedi günden daha uzun süre geçtikten sonra yapılan muayenelerde tespit edilebilecek anal penetrasyon bulguları önemli ölçüde azalmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Road traffic injuries: Children. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/road-traffic-injuries-children>. Erişim tarihi: 1 Şubat 2024
2. Ugur Baysal S. Birinci A. Çocukluk çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. Türk Klin J Pediatr. 2006; 2:64–79.
3. Barraco RD, Cheng JD, Bromberg WJ, Falcone RA, Hammond JS, Lui FY, et al. Child passenger safety: an evidence-based review. J Trauma Acute Care Surg. LWW; 2010; 69(6):1588–90.
4. Boztaş G, Özcebe H. Trafik Kaza Yaralanmalarında İkincil Korunma: Çocuk Araba Koltukları. STED. 2005; 14(4):68–9.
5. Wu J-H, Wu H-P, Liu H-L, Yang M-C, Chou C-C, Chang C-F, et al. Factors associated with outcomes of children treated at an emergency department for nonpharmaceutical poison exposure. J Acute Med. Elsevier; 2011; 1(2):41–6.
6. Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. Adv Psychiatr Treat. Cambridge University Press; 2007; 13(2):101–10.
7. Dokgöz H. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Akad Kitabevi Ank. 2019; 1–696.
8. Korkmazlar Oral Ü, Engin P, Büyükyazıcı Z. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. AB Projesi Özet Raporu. 2010; 1–42.
9. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. Bolu Abant İzzet Baysal University; 2009; 9(1):49–62.
10. Uzun N. Çocuk ve Ergen Psikiyatri-Temel Bilgiler. NEÜ Yayınları; 2021
11. Hu M-H, Huang G-S, Huang J-L, Wu C-T, Chao A-S, Lo F-S, et al. Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. Medicine (Baltimore). 2018; 97(14):e0236.
12. Çocuk Koruma Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> Erişim tarihi: 22 Ocak 2024
13. Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 22 Ocak 2024
14. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme | UNICEF Türkiye <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme> Erişim tarihi 22 Ocak 2024

15. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. Nobel Tıp Kitabevi. 3. Baskı İstanbul. 2002; 1:109–19.
16. Child maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Erişim tarihi: 22 Ocak 2024
17. Asil H, Özdemir Ç, Çocuk İstismarına Kapsamlı Bir Bakış: Durum Analizi ve Uygun Stratejilerin Modellenmesi https://prochild.erciyes.edu.tr/dosyalar/cocuk_istismarina_kapsamli_bir_bakis.pdf. Erişim tarihi: 24 Ocak 2024
18. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS Med. Public Library of Science; 2012; 9(11):e1001349.
19. Pinheiro PS. World Report on Violence Against Children. <https://eelawcentre.org.za/wp-content/uploads/kq-2.pdf>. Erişim tarihi 25 Ocak 2024
20. Butchart A, Phinney Harvey A, Kahane T, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence. Geneva: World Health Organization. 2006.
21. Jenny C. Child Abuse and Neglect. Diagnosis, Treatment, and Evidence. Elsevier [Internet]. 2011;2:10-15.
22. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. Psychol Bull. American Psychological Association; 2002; 128(4):539.
23. Abolishing Corporal Punishment of Children. https://www.coe.int/t/dg3/children/pdf/QuestionAnswer_en.pdf. Erişim tarihi: 1 Şubat 2024.
24. McCoy ML, Keen SM. Child abuse and neglect. 2022.
25. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1. SeçkinYayınları Ank. 2021; 158–88.
26. Report of the consultation on child abuse prevention. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65900/WHO_HSC_?sequence=1. Erişim tarihi: 26 Ocak 2024.
27. World report on violence and health: Summary. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42512/9241545623_rus.pdf. Erişim tarihi: 26 Ocak 2024.
28. Banvard-Fox C, Linger M, Paulson DJ, Cottrell L, Davidov DM. Sexual Assault in Adolescents. Prim Care. 2020; 47(2):331–49.

29. Stoltenborgh M, Van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat*. 2011; 16(2):79–101.
30. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(4):328–38.
31. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013; 58(3):469–83.
32. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014; 23(2):321–37.
33. Pérez-Fuentes G, Olsson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(1):16–27.
34. Butler AC. Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse Negl*. Elsevier; 2013; 37(9):643–52.
35. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics; 2009; 124(5):1411–23.
36. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *J Forensic Leg Med*. 2013; 20(3):146–50.
37. Assink M, Put CE van der, Meeuwssen MWCM, Jong NM de, Oort FJ, Stams GJJM, et al. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. US: American Psychological Association; 2019; 145(5):459–89.
38. Campbell AM, Hibbard R. More than words: the emotional maltreatment of children. *Pediatr Clin*. Elsevier; 2014; 61(5):959–70.
39. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu. *Birinci Basamakta Adli Tıp*. 2011; 2:181–91.
40. Brayden RM, Altemeier WA, Tucker DD, Dietrich MS, Vietze P. Antecedents of child neglect in the first two years of life. *J Pediatr*. Elsevier; 1992; 120(3):426–9.
41. Yazar A, Akın F, Türe E, Odabaş D. Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Derg*. 2017; 345–53.
42. Türk ceza kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi rehberi. 2019. <https://www.atk.gov.tr/tckyaralama24-06-19.pdf>. Erişim tarihi: 10 Şubat 2024.

43. Saukko P, Knight B. Knight's forensic pathology. CRC press; 2015.
44. Madea B. History of forensic medicine. Handb Forensic Med. Wiley Online Library; 2014; 1–14.
45. DiMaio VJ, Molina DK. DiMaio's forensic pathology. CRC Press; 2021.
46. Biswas G. Review of forensic medicine and toxicology. JP Medical Ltd; 2012.
47. Bardale R. Principles of forensic medicine & toxicology. Wife Goes On; 2011.
48. McLay WDS. Clinical forensic medicine. Cambridge University Press; 2009.
49. Hancı İH. Adli tıp ve adli bilimler. Seçkin Yayıncılık; 2002.
50. Jorolemon MR, Lopez RA, Krywko DM. Blast Injuries. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
51. Wightman JM, Gladish SL. Explosions and blast injuries. Ann Emerg Med. Elsevier; 2001; 37(6):664–78.
52. Mathews ZR, Koyfman A. Blast injuries. J Emerg Med. Elsevier; 2015; 49(4):573–87.
53. Wolf SJ, Bebarta VS, Bonnett CJ, Pons PT, Cantrill SV. Blast injuries. The Lancet. Elsevier; 2009; 374(9687):405–15.
54. Moritz AR, Henriques Jr FC. Studies of thermal injury: II. The relative importance of time and surface temperature in the causation of cutaneous burns. Am J Pathol. American Society for Investigative Pathology; 1947; 23(5):695.
55. Castro I, Vazquez A, Arias M, Lamar DG, Hernando MM, Sebastian J. A review on flicker-free AC–DC LED drivers for single-phase and three-phase AC power grids. IEEE Trans Power Electron. IEEE; 2019; 34(10):10035–57.
56. Denizbaşı A. Koroziif Madde Alan Hastaların Acil Tıpta Yönetimi. Anatol J Emerg Med. Türkiye Acil Tıp Derneği; 2020; 3(1):27–30.
57. Dülger HE, Doymaz MZ, Bostancı M. Adli tıp da zehirlenmeler ve bazı toksikolojik analiz metodları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 1996.
58. Akgül F, Er A, Çelebi Çelik F, Çağlar A, Ulusoy E, Yılmaz D, et al. Retrospective Analysis of Childhood Poisoning. Turk J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2016; 91–6.
59. Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) Raporları 2014-2020 yılları. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Ulusal_Zehir_Danisma_Merkezi_UZEM_Raporlari_2014-2020_Yillarr.pdf Erişim tarihi: 20 Şubat 2024.

60. Giovannini E, Roccaro M, Peli A, Bianchini S, Bini C, Pelotti S, et al. Medico-legal implications of dog bite injuries: A systematic review. *Forensic Sci Int.* 2023; 352:111849.
61. Chhabra S, Chhabra N, Gaba S. Maxillofacial Injuries Due to Animal Bites. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015; 14(2):142–53.
62. Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B, Şişmanlar ŞG, Öç ÖY, Memik NÇ, et al. Cinsel İstismara Maruz Kaldığı Bildirilen Olguların Ruhsal Değerlendirme Sonuçları. *Bull Leg Med.* 2006; 11(2):53–8.
63. Rosenberg JE. Forensic aspects of PTSD in children and adolescents. *PTSD Child Adolesc.* American Psychiatric Publishing Washington, DC; 2001; 33–58.
64. Donnelly CL, March JS, Amaya-Jackson L. Posttraumatic stress disorder. *Essent Child Adolesc Psychiatry Wash DC Am Psychiatr Assoc.* 2006; 479–504.
65. Abbeduto L, Murphy MM, Richmond EK, Amman A, Beth P, Weissman MD, et al. Child and adolescent psychiatry. *Psychiatry.* 2006; 19:481–5.
66. American Psychiatric Association. Anxiety disorders: DSM-5, American Psychiatric Pub; 2015.
67. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(2):81–7.
68. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(3):225–31.
69. Hobbs CJ, Wright CM. Anal signs of child sexual abuse: a case–control study. *BMC Pediatr.* 2014; 14(1):128.
70. Berkowitz CD. Healing of Genital Injuries. *J Child Sex Abuse.* Routledge; 2011; 20(5):537–47.
71. Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(2):79–83.
72. Bülbül S, Doğan S. Suça sürüklenen çocukların durumu ve çözüm önerileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalık Derg.* 2016; 59(1):31–6.
73. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtuş Ö, Aker T. Adli psikiyatri. *Klin Gelişim Derg Adli Tıp Özel Sayı.* 2009; 22:126–32.

74. Güler G, Yıldırım V, Kütük MÖ, Toros F. Adli psikiyatrik değerlendirme ve çocuk ile iletişim. Adli Tıp Bül. 2016; 21(2):98–106.
75. Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO_TRS_668.pdf?seq. Erişim tarihi: 23 Ocak 2024
76. Yiğit M. Çocuklarda Engellilik ve Maluliyet Değerlendirmesi. Turk Klin Forensic Med - Spec Top. Türkiye Klinikleri; 2023; 9(1):70–4.
77. Gündoğmuş DÜN, Hancı DİH. Birinci Basamakta Adli Hekimlik Uygulamaları; 2003; 12(9):343.
78. İzgi MS, Kök H. Kemik Yaşı ve Maturasyon Tespiti. Selcuk Dent J. Selcuk University; 2020; 7(1):124–33.
79. Soysal Z, Çakalır C. Adli Olaylarda Kimlik Belirlemesi. Adli Tıp. 1999; 1(1):73–92.
80. Gök Ş, Erölçer N, Özen Ç. Adli Tıpta yaş tayini. Adli Tıp Kurumu Yayın. 1985.
81. Schmeling A, Reisinger W, Loreck D, Vendura K, Markus W, Geserick G. Effects of ethnicity on skeletal maturation: consequences for forensic age estimations. Int J Legal Med. 2000; 113(5):253–8.
82. Banerjee KK, Agarwal BB. Estimation of age from epiphyseal union at the wrist and ankle joints in the capital city of India. Forensic Sci Int. 1998; 98(1–2):31–9.
83. Isir AB. Adli Hekimlikte Yaş Tayini, 2009.
84. Türk Medeni Kanunu, <https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf> Erişim tarihi: 23 Ocak 2024
85. Ceylan E. Yeni Türk Medeni Kanunu'na Göre Kadının Hukuki Durumu. İstanbul Aydın Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. İstanbul Aydın University; 2016; 2(1):75–125.
86. Eraslan R, Aycan S. Bir İlköğretim Okulu İkinci Kademe Öğrencilerinde Okul Kazası Görülme Sıklığının İncelenmesi, Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2008.
87. Karakuş A, Zeren C, Karcioğlu M, Tuzcu K, Çelikel A, Çalışkan K, et al. Assessment of childhood forensic cases and protective measures. Turk J Forensic Med. 2013; 27(2):100–6.
88. Çınar O, Acar YA, Çev E, Kiliç E, Ak M, Cömert B. Acil Servise Başvuran 0-18 Yaş Grubu Adli Olguların Özellikleri. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2010.

89. Demircan A, Keleş A, Guerbuez N, Bildik F, Aygencel ŞG, DOĞAN NÖ, et al. Forensic emergency medicine-six-year experience of 13823 cases in a university emergency department. *Turk J Med Sci*. 2008; 38(6):567–75.
90. Aktas N, Gulacti U, Lok U, Aydin İ, Borta T, Celik M. Characteristics of the Traumatic Forensic Cases Admitted To Emergency Department and Errors in the Forensic Report Writing. *Bull Emerg Trauma*. 2018; 6(1):64–70.
91. Büken E, Yaşar ZF. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi acil servisine başvuran adli nitelikteki çocuk olguların değerlendirilmesi. *Bull Leg Med*; 2015; 20(2):93–8.
92. Ersoy B, Unuvar U, Gök Y, Balci Y. Adli Tıp Polikliniğinde Adli Rapor Düzenlenen Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi. *Muğ Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Derg*. 2020; 7(3):116–23.
93. Çakır G, Şenol E. 2015 Yılında Karşıyaka Devlet Hastanesi Adli Tıp Polikliniği'nce Düzenlenen Adli Raporların İncelenmesi. 2017; 27(2):114–20.
94. Akça H, Oğlakçioğlu A, Güneri K. Çocuk Acil Servisine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. *Cerrahpaşa Med J*. 2019; 43(3):75–9.
95. Özdemir AA, Elgörmüş Y, Yakup Ç. Acil servise gelen adli nitelikli çocuk olguların değerlendirilmesi. *Int J Basic Clin Med*. 2016; 4(1).
96. Demir ÖF, Aydin K, Turan F, Yurtseven A, Erbil B, Gülalp B. Acil servise başvuran çocuk adli olguların analizi. *Türk Pediatri Arş*. Galenos Yayınevi; 2013; 48(3):235–40.
97. Sever M, Saz EU, Koşargelir M. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli çocuk hastaların değerlendirilmesi. *Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES* 2010; 16(3):260–7.
98. Kılınç BB. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 2016-2018 Yılları Arasında Adli Değerlendirilmesi Yapılan Çocuk Travma Olgularının Retrospektif İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2020.
99. Wang Z, Chen H, Yu T, Liu S, Hu M. Status of injuries as a public health burden among children and adolescents in China. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(45):e17671.
100. Dai W, Liu A, Kaminga AC, Deng J, Lai Z, Wen SW. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Children and Adolescents following Road Traffic Accidents: A Meta-Analysis. *Can J Psychiatry*. SAGE Publications Inc; 2018; 63(12):798–808.
101. Dilek A, Cander B, Dikmetaş C, Bulut B, Eren S, Hilmi K, et al. Trafik kazası ile gelen pediatrik hastalarda, kaza oluş şekilleri ile travma skorlarının

- değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. Bursa Uludağ University; 2020; 46(1):47–52.
102. Serinken M, Özen M. Pediyatrik yaş grubunda trafik kazası sonucu oluşan yaralanmalar ve özellikleri. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2011; 17(3):243–7.
 103. Yaşar ZF, Büken E. Başkent Üniversitesi Hastanesine Trafik Kazası Nedeniyle Başvuran Adli Olguların İncelenmesi. Bull Leg Med. 2015; 20(3): 132-137.
 104. Brown JK, Jing Y, Wang S, Ehrlich PF. Patterns of severe injury in pediatric car crash victims: Crash Injury Research Engineering Network database. J Pediatr Surg. 2006; 41(2):362–7.
 105. Takahashi H, Fujita T, Nakahara S, Sakamoto T. Seating position and patterns of severely injured body parts among child passengers in motor vehicle crashes: Japan as a distinct case. Int J Inj Contr Saf Promot. Taylor & Francis; 2018; 25(4):427–32.
 106. Şenavcı M, Erel Ö. The Usefulness of Trauma Scoring Systems to differentiate Severity of Life-Threatening Injuries İn Forensic Reports. Bull Leg Med. 2022; 27(1):17–23.
 107. Çelik Y, Kiliboş T, Doğan B, Garbioğlu A, Şimşek Ü, Karbeyaz K. Adli Raporların Yaşamsal Tehlike Kriteri Açısından Değerlendirilmesi. Osman Tıp Derg. Eskişehir Osmangazi University; 2021; 43(4):308–17.
 108. Bilgin U E, Meral O, Koçak A, Aktaş E Ö, Kıyan S, Altuncı Y A. 2011 yılında trafik kazası sonucu Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların adli tıbbi boyutuyla incelenmesi. Ege Tıp Derg. Ege Üniversitesi; 2013; 52(2):93–9.
 109. Akıncı GE, Şahin E, Şimşek I, Çakmakçı G, Ece A. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Acil Servisi'nde 2013 Yılında Düzenlenen Adli Bildirim Raporlarının Değerlendirilmesi. Bull Leg Med. 2015; 20(2):93–98.
 110. Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 2009; 10(3):23-28
 111. Mohan D, Kajzer J, Bawa-Bhalla KS, Chawla A. Impact modelling studies for a three wheeled scooter taxi. Accid Anal Prev. Elsevier; 1997; 29(2):161–70.
 112. Törö K, Hubay M, Sótóyi P, Keller E. Fatal traffic injuries among pedestrians, bicyclists and motor vehicle occupants. Forensic Sci Int. 2005; 151(2):151–6.
 113. Injury Facts; Motorcycles; <https://injuryfacts.nsc.org/motor-vehicle/road-users/motorcycles/>. Erişim tarihi: 30 Ocak 2024

114. Masson F, Thicoipe M, Aye P, Mokni T, Senjean P, Schmitt V, et al. Epidemiology of severe brain injuries: a prospective population-based study. *J Trauma Acute Care Surg*. LWW; 2001; 51(3):481–9.
115. Lee JS, Kim YH, Yun JS, Jung SE, Chae CS, Chung MJ. Characteristics of Patients Injured in Road Traffic Accidents According to the New Injury Severity Score. *Ann Rehabil Med*. Korean Academy of Rehabilitation Medicine; 2016; 40(2):288–93.
116. Barmparas G, Dhillon NK, Smith EJT, Tatum JM, Chung R, Melo N, et al. Assault in children admitted to trauma centers: Injury patterns and outcomes from a 5-year review of the national trauma data bank. *Int J Surg*. 2017; 43:137–44.
117. Cotton BA, Nance ML. Penetrating trauma in children. *Semin Pediatr Surg*. 2004; 13(2):87–97.
118. Lumbard DC, Marek AP, Roetker NS, Richardson CJ, Nygaard RM. Comparing firearm and stabbing injuries in the pediatric trauma population using propensity matching. *Pediatr Emerg Care*. LWW; 2022; 38(4):147–52.
119. National Trauma data Bank 2016 Annual report. <https://www.facs.org/media/ez1hpdcu/ntdb-annual-report-2016.pdf> Erişim tarihi: 12 Şubat 2024.
120. Nielsen JW, Shi J, Wheeler K, Xiang H, Kenney BD. Resource use in pediatric blunt and penetrating trauma. *J Surg Res*. 2016; 202(2):436–42.
121. Miyata S, Cho J, Lebedevskiy O, Matsushima K, Bae E, Bliss DW. Trauma experts versus pediatric experts: comparison of outcomes in pediatric penetrating injuries. *J Surg Res*. 2017; 208:173–9.
122. Estimating Global Civilian-held Firearms Numbers. <https://www.smallarmssurvey.org/resource/estimating-global-civilian-held-firearms-numbers> Erişim tarihi: 15 Şubat 2024.
123. Apps JR, Williams C, McGuinness A, Gabbie S, Sutcliffe AG. Stabbing and safeguarding in children and young people: a Pan-London service evaluation and audit. *JRSM Short Rep*. 2013; 4(7):1–7.
124. Christensen MC, Nielsen TG, Ridley S, Lecky FE, Morris S. Outcomes and costs of penetrating trauma injury in England and Wales. *Injury*. 2008; 39(9):1013–25.
125. Alwan IA, Brhaish AS, Awadh AI, Misnan A, Rahim NAA, Tangiisuran B, et al. Poisoning among children in Malaysia: A 10-years retrospective study. *Public Library of Science*; 2022; 17(4):e0266767.

126. Bhat NK, Dhar M, Ahmad S, Chandar V. Profile of poisoning in children and adolescents at a North Indian tertiary care centre. *J Indian Acad Clin Med.* 2012; 13(1):37–42.
127. Ahmed B, Shirazi IH, Naeemullah S, Tahir M, Shabbir A, Rabia M. Accidental childhood poisoning. *J Rawalpindi Med Coll.* 2014; 18(2):216–8.
128. World Report on Child Injury Prevention. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf?sequence=1 Erişim tarihi: 20 Şubat 2024.
129. Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Bronstein AC, Rivers LJ, et al. 2020 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 38th Annual Report. *Clin Toxicol.* Taylor & Francis; 2021; 59(12):1282–501.
130. Ong YN. A Descriptive Study of Acute Pediatric Poisoning Age 0-12 Years Old Presenting to Pediatric Emergency Department Hospital Tunku Azizah, Malaysia. *Cureus.* 2023; 15(2):e34527.
131. Tobaiqy M, Asiri BA, Sholan AH, Alzahrani YA, Alkatheeri AA, Mahha AM, et al. Frequency and management of acute poisoning among children attending an emergency department in Saudi Arabia. *Pharmacy.* MDPI; 2020; 8(4):189.
132. Dayasiri MBKC, Jayamanne SF, Jayasinghe CY. Patterns and outcome of acute poisoning among children in rural Sri Lanka. *BMC Pediatr.* 2018; 18(1):274.
133. Ahmed A, AlJamal AN, Mohamed Ibrahim MI, Salameh K, AlYafei K, Zaineh SA, et al. Poisoning emergency visits among children: a 3-year retrospective study in Qatar. *BMC Pediatr.* 2015; 15(1):104.
134. Bozlu G, Kuyucu N. Çocuk Acil Servise Son 5 Yılda Gelen Zehirlenmeler: 1734 Olgunun Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bül.* 2018; 23(2):106–9.
135. Öztoprak Ü, Energin V. Çocuk Acil Servisine Zehirlenme Nedeniyle Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. *J Contemp Med.*; 2019; 10(4):585–90.
136. Eliaçık K, Kanık A, Karanfil Ö, Rastgel H, Metecan A, Oyman G, et al. Bir üçüncü basamak hastane çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının değerlendirilmesi An evaluation of the admissions to a tertiary hospital pediatric emergency department with intoxication. *Smyrna Tıp Derg.* 2012; 2(1):41–4.
137. Sümer V, Güler E, Karanfil R, Dalkıran T, Gürsoy H, Garipardıç M, et al. Çocuk acil servisine başvuran zehirlenme olgularının geriye dönük olarak değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arş.* 2011; 46(3):234–40.
138. Bükülmez A, Tahta EG, Şen TA, Alpay F. Çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Derg.* 2013;14(1).

139. Güzel İŞ, Kibar AE, Vidinlisan S. Çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının demografik özelliklerinin incelenmesi. Genel Tıp Derg. 2011; 21(3):101–7.
140. Yorulmaz A, Akbulut H, Yahya İ, Aktaş R, Emiroğlu HH, Peru H. Çocuk acil servisine zehirlenme nedeni ile başvuran olguların geriye dönük olarak değerlendirilmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2017; 4:96–103.
141. Demirgan EB, Erol M, Demirgan S, Yiğit Ö, Türkay M. Çocuk Acil Polikliniğine Başvuran İlaç ile Zehirlenme Vakalarının Retrospektif Değerlendirilmesi. Okmeydanı Tıp Dergisi.2014;30(3):128-134.
142. Esen FH, Doğan M. Çocuk acil kliniğine başvuran adli olgular: Tek merkez deneyimi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2022; 9:7–10.
143. Bulut M, Alemdar DK, Bulut A, Tekin E, Celikkalkan K. Evaluation of accidental and intentional pediatric poisoning: Retrospective analysis in an emergency Department of Turkey. J Pediatr Nurs-Nurs CARE Child Fam. New York: Elsevier Science Inc; 2022; 63:E44–9.
144. Tıraşçı Y, Durmaz U, Altınal A, Bulut K, Özdemir Y, Cengiz D, et al. Dicle Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalınca 2012-2015 yılları arasında düzenlenen adli raporların retrospektif olarak değerlendirilmesi. Dicle Tıp Derg. 2016; 43(3):424–30.
145. Akbaba M, Isır Ab, Karaarslan B, Dülger He. Gaziantep Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda Düzenlenmiş Adli Raporların Değerlendirilmesi. Bull Leg Med. 1996.
146. Bilgin N, Dokgöz H., Kar H. Eski ve Yeni Türk Ceza Yasasına Göre Düzenlenen Adli Raporların Karşılaştırılması. 2006;11(2):64-70
147. Morison M. A colour guide to the nursing management of chronic wounds. Mosby, 2nd ed. 1997.
148. Russell L. Understanding physiology of wound healing and how dressings help. Br J Nurs. 2000; 9(1):10–21.
149. Srivastava K, Chaudhury S, Bhat PS, Patkar P. Child sexual abuse: the suffering untold. Ind Psychiatry J. 2017; 26(1):1–3.
150. Sex Offenses and Offenders: An Analysis of Data on Rape and Sexual Assault. <https://bjs.ojp.gov/redirect-legacy/content/pub/pdf/soo.pdf>. Erişim tarihi: 15 Ocak 2024.
151. Rickert VI, Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1998; 11(4):167–75.

152. Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics. <https://bjs.ojp.gov/redirect-legacy/content/pub/pdf/saycrle.pdf>. Erişim tarihi: 15 Ocak 2024.
153. Whitelock CF, Lamb ME, Rentfrow PJ. Overcoming Trauma: Psychological and Demographic Characteristics of Child Sexual Abuse Survivors in Adulthood. *Clin Psychol Sci*. SAGE Publications Inc; 2013; 1(4):351–62.
154. Hassan MA, Gary F, Killion C, Lewin L, Totten V. Patterns of Sexual Abuse among Children: Victims' and Perpetrators' Characteristics. *J Aggress Maltreatment Trauma*. Routledge; 2015; 24(4):400–18.
155. Yektaş Ç, Tufan A, Büken B, Çetin N, Yazıcı M. Evaluation of abuse and abuser's features and risk factors associated with psychopathology in children and adolescents victimized by sexual abuse. *Anatol J Psychiatry*. 2018; 1.
156. Erdogan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Ozdemir E, et al. Characteristic features of perpetrators of sexual abuse on children and adolescents in four different regions of Turkey. *Anatolian J Psychiatry*. 2011; 12(1):55-61.
157. Cengel-Kültür E, Cuhadaroğlu-Cetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr*. 2007; 49(3):256–62.
158. Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med*. 2009; 16(8):455–9.
159. Seto MC, Babchishin KM, Pullman LE, McPhail IV. The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clin Psychol Rev*. 2015; 39:42–57.
160. Gibbens TCN, Soothill KL, Way CK. Sibling And Parent-Child Incest Offenders: A Long-term Follow-up. *The British Journal of Criminology*. Oxford University Press; 1978; 18(1):40–52.
161. Rice ME, Harris GT. Men who molest their sexually immature daughters: is a special explanation required? *Journal of Abnormal Psychology*. US: American Psychological Association; 2002; 111(2):329–39.
162. Richards K. Misperceptions about child sex offenders. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*. Australian Institute of Criminology; 2011; (429):1–8.
163. Seto MC, Lalumière ML, Kuban M. The sexual preferences of incest offenders. *Journal of Abnormal Psychology*. US: American Psychological Association; 1999; 108(2):267–72.

164. McElvaney R. Disclosure of Child Sexual Abuse: Delays, Non-disclosure and Partial Disclosure. What the Research Tells Us and Implications for Practice. *Child Abuse Rev.* 2015; 24(3):159–69.
165. Kogan SM. Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(2):147–65.
166. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl.* 2000; 24(2):273–87.
167. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DPH, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2003; 27(5):525–40.
168. Sjöberg RL, Lindblad F. Limited Disclosure of Sexual Abuse in Children Whose Experiences Were Documented by Videotape. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(2):312–4.
169. Hershkowitz I, Horowitz D, Lamb ME. Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. *Child Abuse Negl. Elsevier*; 2005; 29(11):1203–14.
170. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl. Elsevier*; 2008; 32(12):1095–108.
171. The SAVI report: sexual abuse and violence in Ireland. https://repository.rcsi.com/articles/report/The_SAVI_report_sexual_abuse_and_violence_in_Ireland/10770797 Erişim tarihi: 20 Şubat 2024.
172. Fergusson DM, Mullen PE. Childhood sexual abuse; an evidence based perspective. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*, 1999.
173. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. *Comp Quantif Health Risks Glob Reg Burd Dis Attrib Sel Major Risk Factors. JSTOR*; 2004; 2:1851–940.
174. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *Am J Prev Med.* 2005; 28(5):430–8.
175. Negriff S, Schneiderman JU, Smith C, Schreyer JK, Trickett PK. Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(2):261–70.
176. Schaefer GA, Mundt IA, Ahlers CJ, Bahls C. Child Sexual Abuse and Psychological Impairment in Victims: Results of an Online Study Initiated by Victims. *J Child Sex Abuse. Routledge*; 2012; 21(3):343–60.

177. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R. Physical Examination in Child Sexual Abuse. *Dtsch Arztebl Int.* 2014; 111(41):692–703.
178. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing Patterns in Anogenital Injuries: A Longitudinal Study of Injuries Associated With Sexual Abuse, Accidental Injuries, or Genital Surgery in the Preadolescent Child. *Pediatrics.* 2003; 112(4):829–37.
179. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics. American Academy of Pediatrics;* 2007; 119(5):e1094–106.
180. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics. American Academy of Pediatrics;* 2007; 120(5):1000–11.
181. Gallion HR, Milam LJ, Littrell LL. Genital Findings in Cases of Child Sexual Abuse: Genital vs Vaginal Penetration. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(6):604–11.
182. Anderst J, Kellogg N, Jung I. Reports of Repetitive Penile-Genital Penetration Often Have No Definitive Evidence of Penetration. *Pediatrics.* 2009; 124(3):e403–9.
183. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(6):645–59.
184. Karali H, Aktaş EÖ, Ertürk S, Güler K. İzmir’de 1997 yılında yapılan kızlık muayenelerinin incelenmesi. *Adli Tıp Bül.* 2000;5(3):286-288.
185. Demirci Ş, Doğan KH, Deniz İ, Doğan NÜ, Günaydin İG. Sağlam Himen Morfolojilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. Türkiye Klinikleri;* 2008; 5(3):93–100.
186. Salacın S, Alper B. Seksüel Saldırılarda Mağdurun Muayenesinde Karşılaşılan Sorunlar. *Turk J Forensic Med.* 1991; 7(Supp: 3-4):133–9.
187. Özden SY. Ülkemiz Kadınında Himen Morfolojisinin Araştırılması. *Kartal Eğitim Araştırma Klinikleri* 1990; 2(1).
188. Yılmaz Ö, Aktürk G, Dokgöz H, Gamsız Bilgin N, Kar H. “Elastic Hymen with A Large Inner Diameter” in Cases of Sexual Violence: Legal and Social Consequences. *Bull Leg Med.* 2023; 28(3):273–9.
189. Kar H, Arslan M, Çekin N, Akcan R, Hilal A. Sexual assault in childhood and adolescence; a survey study. *European Journal of Social Sciences.* 2010; 13:549–55.

190. Wells DL. Sexual assault practice: myths and mistakes. *J Clin Forensic Med*. Elsevier; 2006; 13(4):189–93.
191. Zayed AA, Elbendary RN, Moawad AM. Questioned Virginity Has No Definite Reply. *Arch Sex Behav*. 2022; 51(4):2369–72.
192. Olson RM, García-Moreno C. Virginity testing: a systematic review. *Reprod Health*. 2017; 14(1):61.
193. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013; 37(7):465–74.
194. Pierce AM. Anal fissures and anal scars in anal abuse--are they significant? *Pediatr Surg Int*. 2004; 20(5):334–8.
195. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal. *Pediatrics*. 1994; 94(3):310–7.
196. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Dis Child*. 2008; 93(10):851–6.
197. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. SAGE Publications; 2019; 20(1):67–80.
198. Gekoski A, Davidson JC, Horvath MAH. The prevalence, nature, and impact of intrafamilial child sexual abuse: findings from a rapid evidence assessment. *J Criminol Res Policy Pract*. 2016; 2(4):231–43.
199. Aksay E. Çocuk Cinsel İstismar Olgularının Medikolegal Değerlendirilmesinde Güncel Teknolojinin Kullanımı ve Multidisipliner Perspektif Yaklaşımı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Mersin, Mersin Üniversitesi, 2021.
200. Topal Y, Balcı Y, Erbaş M. Muğla'da 18 yaş ve altı cinsel istismar olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Derg*. 2018; 10(2):135–41.
201. Küçüker H. Analysis of 268 child and adolescent victims of sexual assault and the legal outcome. *Turk J Pediatr*. 2008; 50(4).
202. Pekşen Koç B. Vajinal yoldan cinsel istismar/saldırı iddiası olan olgularda polarize multispektral videokolposkopinin kullanılması (Tıpta Uzmanlık Tezi) Mersin, Mersin Üniversitesi, 2018.
203. Korkmaz M. Evaluation of physical and mental health of sexual assault cases applied to forensic medicine department. *Dicle Med J*. 2014; 41(4):656–61.

204. Karbeyaz K, Gunduz T, Balci Y, Akkaya H. The Term Of The Deterioration Of Mental Health At Sex Crime Victims And The Efficiency Of The Judicial Reports Repared About This Matter On The Dijudication. Turk J Psychiatry. 2012;23(4):255-63.
205. Boz B, Ünlü G. Adli psikiyatri: De facto-de jure. Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(5):430.
206. Aydın B, Turla A, Kocakaya M, Karaarslan B. Samsun’da 2004 yılında suç işlediği iddia edilen çocukların sosyodemografik özellikleri. Adli Psikiyatri Derg. 2005; 2(4):5–13.
207. Dirol F, Cantürk G, Küçüker H. 1997-1999 yıllarında Elazığ İli Adli Tıp Şube Müdürlüğünde farik ve mümeyyizlik muayenesi yapılan olguların değerlendirilmesi. Klin Adli Tıp. 2002; 2(2):43–6.
208. Güleç G, Yenilmez Ç, Balcı YG, Seber G. Çocuk suçluluğunda sosyodemografik özellikler. Klin Adli Tıp. 2001; 1(2):69–80.
209. Tuğ A, Balseven A, Özdemir Ç, Hancı İ. 1996-1999 Çocuk suçluluğu profili. 9. Ulus Adli Tıp Günleri Antalya. 2001; 80–3.
210. Bilgili M, Kar H, Yavuz E, Akgül E. Farik Mümeyyizlik, gasp ve hırsızlık. 9. Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı. 2001; 50–5.
211. Kandil S, Hocaoglu Ç, Bağdatlı H, Aktepe E, Yöntem T, Aksu G. Son dört yılda KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Klin Adli Tıp. 2002; 2(2):1–6.
212. Karagöz MY, Atılgan M, Sargın O, Demirçin S. Antalya’da suç işlediği iddia edilen çocukların sosyodemografik özellikleri. 10. Ulus Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Kitabı. 2003; 148.
213. Boz B, Yücel F, Kuğu N, Özdemir L. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 1997-1999 yıllarında farik ve mümeyyizlik muayenesi yapılan olguların değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 1999; 21(4):233–6.
214. Kurtuluş A, Salman N, Günbet G, Bora B, Cenger CD, Kemalettin A. Denizli İlinde 12-15 Yaş Arasındaki Suça Sürüklenen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri. Pamukkale Med J. Pamukkale University; 2009; (1):8–14.
215. Yağmur F, Renklidağ T, Cantürk G. Ankara Üniversitesinde 1992-2002 yılları arasında yapılan farik ve mümeyyizlik muayenelerinin değerlendirilmesi. Adli Psikiyatri Derg. 2004; 1(1):15–20.
216. Büken DB, Tokdemir DM, Dülger DHE, Erel DÖ, Fedakar DR, Amaç Ö. 1998-2005 Yılları Arasında Türkiye’de 5 Farklı Bölgedeki Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarında Raporlandırılan Yaş Tayini Olgularının İrdelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(2):304-13.

217. Atılgan M, Akkoyun M. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalından Yaş Tayini İstenen Olguların Değerlendirilmesi. Bull Leg Med. 2017; 22(1):34–9.
218. Yıldırım A, Çetin İ, Erdal Ö, Gümüş B. Adli Tıp Anabilim Dalına 2006-2010 Yılları Arasında Yaş Tayini İçin Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Derg. 2011; 1(2).
219. Büken B, Demir F, Büken E. 2001-2003 yılları arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen yaş tayini olgularının analizi ve adli tıp pratiğinde karşılaşılan güçlükler. Düzce Tıp Fakültesi Derg. 2003; 5(2):18–23.
220. Korkut M, Tüzün B, Korkut S, Çakmak Y. Ülkemizde adli tıp uygulamalarında karşılaşılan güçlükler ve çözüm önerileri. Klin Adli Tıp. 2001; 1(1):9–21.
221. Arslan MM, Çekin N, Akçan R, Saylak E. Hatay Ağır Ceza ve Asliye Hukuk Mahkemelerine 2007 yılında yansıyan yaş tespiti davalarının incelenmesi. Adli Tıp Derg. 2008; 22(2):8–13.