



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

ANAL YOLDAN CİNSEL İSTİSMAR/SALDIRI İDDİASI OLAN OLGULARDA BULGULARIN ZAMANA KARŞI DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bedir KORKMAZ

DANIŞMAN

Prof.Dr.M.Selim ÖZKÖK

(AYDIN-2015)

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

**ANAL YOLDAN CİNSEL İSTİSMAR/SALDIRI
İDDİASI OLAN OLGULARDA BULGULARIN
ZAMANA KARŞI DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bedir KORKMAZ

DANIŞMAN

Prof.Dr.M.Selim Özkök

(AYDIN-2015)

TEŞEKKÜR

Bana Adli Tıp'ıöğreten ve sevdirendeğerli hocalarım; Prof.Dr.Ufuk Katkıcı, Yrd.Doç.Dr.Musa Dirlik, Yrd.Doç.Dr.Özlem Erel ve tez danışmanım Prof.Dr.M.Selim Özkök'e, çalışma arkadaşlarım Dr.Tülay Elbek, Dr.Fusun Çallak Kallem, Dr. Başak Bostancıoğlu ve Dr.Berk Gün'e, Aydın Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde görev yapan abilerim Dr. Okan Kök ve Dr. Özgür Alaçam'a, her zaman yanımda olan aileme, eşim Sıdika Büşra Korkmaz ve oğlum Kerem'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
EKLER DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ:	1
2. GENEL BİLGİLER:.....	2
2.1. Cinsel şiddet ile ilgili tanımlar:	2
2.2. Cinsel şiddet türleri:	3
2.3. Cinsel şiddette risk faktörleri:	3
2.4. Cinsel şiddette epidemiyoloji:	4
2.5. Yasal düzenlemeler:	5
2.6. Cinsel şiddet olgularında muayene ve değerlendirme:.....	5
2.6.1. İlk değerlendirme:	5
2.6.1.1. Önceliklerin değerlendirilmesi:	5
2.6.1.2. Sağlık çalışanlarının hastaya yaklaşımı:.....	5
2.6.1.3. Onam alınması:.....	6
2.6.2. Öykü alma:	6
2.6.2.1. Genel tıbbi öykü:	6
2.6.2.2. Jinekolojik öykü:	6
2.6.2.3. Olay hakkında öykü:.....	7
2.6.3. Fizik muayene:	7
2.6.3.1. Genel prensipler:	7
2.6.3.2. Genel fizik muayene:.....	8
2.6.3.3. Genito-anal muayene:.....	10
2.6.4. Bulguların sınıflandırılması:.....	12
2.6.4.1. Genel fizik muayene bulguları:	12
2.6.4.2. Genito-anal muayene bulguları:	13
2.6.5. Tanısal testler ve örnek toplama:.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM:	16
4. BULGULAR	17

5. TARTIŞMA:.....	42
6. SONUÇ.....	58
ÖZET	59
ABSTRACT	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	72

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Yıllara göre anal yoldan cinsel istismar iddiası olan olgular.	17
Tablo II. Olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımı.	18
Tablo III. Olguların yaş ve eğitim durumuna göre dağılımı.	18
Tablo IV. Olguların işlerinin yaş aralığına göre dağılımı.	19
Tablo V. Olguların kardeş sayısı ile kaçınıcı kardeş olduğunun karşılaştırılması.	19
Tablo VI. Medeni durum ve yaş aralığının karşılaştırılması.	20
Tablo VII. Ebeveyn medeni durum.	21
Tablo VIII. Mağdurların annelerinin ve babalarının eğitim durumlarının karşılaştırması..	21
Tablo IX. Mağdur yaş aralığı ile sanık yaş aralığının karşılaştırması	22
Tablo X. Sanık yakınlık derecesi.	23
Tablo XI. Olay yeri.	23
Tablo XII. İstismarı yapma yöntemi.	24
Tablo XIII Olayı etkileyen faktörler, cinsiyet ve sanık yaş aralığının birlikte değerlendirilmesi.	25
Tablo XIV. İlişkinin boyutu.	26
Tablo XV. Olay tarihi ile muayene arasında geçen süre.	26
Tablo XVI. Vajinal muayene bulguları.	27
Tablo XVII. Fizik muayene bulguları.	27
Tablo XVIII Akut livata bulguları.	28
Tablo XIX. Muayene bulgusunda anal yırtık olan olguların değerlendirilmesi.	29
Tablo XX. Kronik livata bulguları.	30
Tablo XXI. Muayene bulgusunda anal skar olan olguların değerlendirilmesi.	30
Tablo XXII. Akut livata bulgularıyla olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi.	32
Tablo XXIII. Muayenede anal yırtık tespit edilen olgularla olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi.	33
Tablo XXIV. Kronik livata bulgularıyla olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi.	34
Tablo XXV. Sanık yakınlık derecesi ile fizik muayene bulgularının karşılaştırılması.	37
Tablo XVI. Sanık yaş aralığı ile kronik livata muayene bulgularının karşılaştırılması.	38

Tablo XXVII. Olayı etkileyen faktörlerle akut ve kronik livata bulgularının karşılaştırması.	39
Tablo XXVIII. İstismarı yapma yöntemi ile akut ve kronik livata bulgularının karşılaştırılması.	40
Tablo XXIX Medeni durum ile akut ve kronik livata bulgularının karşılaştırılması.	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İlişki sayısı ile akut livata bulguları.	35
Şekil 2. İlişki sayısı kronik livata bulguları.	35
Şekil 3. Sanık yakınlık derecesi ile akut livata bugularının karşılaştırılması.	36

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
ADÜ	Adnan Menderes Üniversitesi
Cİ	Cinsel İstismar
Ark	Arkadaşları
Ed	Editör

EKLER DİZİNİ

EK 1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onay yazısı.....	72
---	----

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Cinsel şiddet özellikle son yıllarda gerek ülkemizde gerek dünyada giderek arttığı bildirilen önemli bir tıbbi hukuki ve sosyal bir problemdir. Cinsel şiddet olaylarında yapılan muayene ve sonucun verilmesi eğitim, uzmanlık ve tecrübe gerektirir.

Cinsel şiddet olgularında genital bölge bulguları her zaman tek başına yeterli olmasa da yargıyı ve verilecek kararı etkileyen önemli bir faktördür. Cinsel şiddet olaylarında özellikle vulva ve vajendeki travmatik bulgular ayrıntılı olarak çalışılmış ve incelenmiş ise de anüs bulguları konusunda yeterince çalışma yoktur.

Anüsün gerek anatomik yapısı, gerekse fizyolojik özellikleri nedeni ile zorlamalı anal ilişkiler görülen lezyonların tipleri lezyon görülme oranları ve lezyonların iyileşme süreçleri ve uygulanan ilişki yöntemleri bulgu bulma ve bulamama oranının etkilemektedir.

Bu çalışmada cinsel şiddet iddiasıyla polikliniğimize yönlendirilen olgulara ait sosyodemografik veriler, olay bilgileri, fizik muayene ve anüs muayene bulguları araştırılmış, bulguların zamana karşı değişimleri değerlendirilmiş ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER:

Cinsel şiddet veya cinsel saldırı; kültür, din, sosyoekonomik düzey, rejim farkı gözetmeksizin, farklı düzeylerde de olsa bütün toplumlarda, bireyin mahremiyetine, temel hak ve kişisel özgürlüğüne, fiziksel ve ruhsal varlığına ve çevresine karşı işlenen, cinayetten sonra en ağır suç olarak varlığını devam ettiren şiddetin bir alt biçimidir. Cinsel saldırının suç olarak kabul edilmesinde toplum değerleri, gelenekleri, görenekleri, hukuk kuralları, ahlaki yapısı, aile düzenleri gibi farklı kriterler göz önünde bulundurulmaktadır (1).

2.1. Cinsel şiddet ile ilgili tanımlar:

Genel anlamda cinsel saldırı, rızası olmayan veya yaşının küçüklüğü, akıl hastalığı gibi herhangi bir nedenden dolayı rızası kabul edilmeyen bir kişiye fiziksel güç kullanma, kişiyi tehdit etme, korkutma, hile veya kandırma gibi yöntemlerle, cinsel içerik taşıyan, cinsel doyumunu amaçlayan, toplumun kabul etmediği bir davranışta bulunulmasıdır. Cinsel saldırı olarak ifade edilen davranışlar, cinsel amaçlı bir dokunuştan cinsel penetrasyona kadar geniş bir alanda değerlendirilmektedir (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2003 yılındaki tanımlamasına göre cinsel şiddet; mağdurun rızası olmadan, baskı kullanılarak ya da rızasının kabul edilemeyeceği durumlarda (uyutucu-uyuşturucu madde etkisi altında, zihinsel özürlü olmak gibi) herhangi bir cinsel hareket veya girişimde bulunarak veya cinsel içerikli sözler ile kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zarara uğratılması olarak tanımlanmaktadır (3).

DSÖ'nün çocuk istismarının ana hatlarını belirlediği 2003 yılında yayınladığı rehberde: “cinsel istismar, bir çocuğun, tam olarak anlamadığı, yeterli bilgi veya gelişim düzeyine sahip olmadığı için rıza veremeyeceği ya da kanunlara, toplumun sosyal tabularına uymayan herhangi bir seksüel aktivite içerisinde yer alması” olarak belirtilmektedir (3).

2.2. Cinsel şiddet türleri:

Temas içermeyen: Cinsel içerikli konuşma, teşhir, röntgencilik gibi davranışlardır.

Cinsel dokunma: Mağdura dokunma veya mağdurun saldırgana dokunması için mağduru zorlamayı içeren davranışlardır.

Oral seks: İstismarcının çocuğun genital organlarını yalaması, öpmesi veya ısırması veya çocuğun oral yoldan kendisi ile birleşmesini sağlamasıdır.

İnterfemoral ilişki: İstismarcının penisini çocuk mağdurun bacakları arasına yerleştirdiği ilişki türüdür.

Cinsel penetrasyon: İstismarcının kurbanın bir orifis açıklığına girişi ile gerçekleşir. Dijital penetrasyon, objelerle penetrasyon, genital ilişki, anal ilişki şeklinde olabilir.

Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhşudur (1,4).

2.3. Cinsel şiddette risk faktörleri:

Bireye ait: Kadın cinsiyet, küçük yaş ve fiziksel ve/veya mental özürlü olmak sayılabilmektedir. Kızların erkeklerden 2 ila 5 kat daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (5,6).

Aileye ait: Parçalanmış aile yapısı, aile içi şiddet, ebeveynlerde alkol veya madde kullanımı, üvey babanın varlığı, ebeveynlerin kendilerinin geçmişte cinsel istismara uğrama öykülerinin olması, ebeveynlerin eğitim ve sosyoekonomik açıdan düşük düzeyde olmaları, işsizlik, ebeveynlerde ruhsal, mental ve fiziksel hastalık veya özürlülük risk faktörleri arasında sayılmaktadır (6,7).

İstismarcıya ait: Yapılan çalışmalar istismarcıların %85-95'inin erkek, %31-71 arasında arkadaş ya da tanıdık, %14-43'ünün ise özellikle öz veya üvey baba olmak üzere aile üyelerinden biri olduğunu vurgulamaktadır (8-10).

2.4. Cinsel şiddette epidemiyoloji:

Diğer suçlarla karşılaştırıldığında, cinsel saldırıya uğrayanların yalnızca %15'inin adli makamlara bildirildiği dikkate alınırsa ulaşılabilen olguların cinsel istismara uğrayanların oldukça küçük bir kısmı olduğu görülmektedir (11). Müracaat edenlerin de genellikle psikiyatrik sorunlar, korku hissi gibi nedenlerle şikayette bulundukları ve kurbanların %55,6'sının başvurudan yıllar önce cinsel saldırıya maruz kaldıkları belirtilmektedir (8,12).

Cinsel saldırının neden olduğu utanç, suçluluk ve ayıplanma duygularından dolayı çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak oldukça zor olmaktadır (8).

Çoğu ülkede cinsel istismar problemi hakkında araştırmalar yetersiz kalmasına rağmen yaklaşık her dört kadından birinin eşi tarafından cinsel şiddete maruz bırakıldığı düşünülmektedir. Ergen kızların üçte birinden fazlasında ilk cinsel deneyimleri zorlamalı bir şekilde olmaktadır (3).

Ülkemizde 2008 yılındaki yapılan bir çalışma sonucuna göre cinsel saldırı suçları, tüm suçların yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır (13).

Pereda ve ark. 2009 yılında cinsel istismar üzerine 21 ülkede yapılan 39 çalışmayı değerlendirdikleri meta analiz çalışmalarında; çalışmaların yaklaşık %35'inde kadınlarda cinsel istismar oranı %10-20 arasında, çalışmaların yaklaşık %30'unda kadınlarda cinsel istismar oranı %30-40 arasındadır. Çalışmaların %50'sinde erkeklerde cinsel istismar %10'un altında, %40'ında %10-20 arasındadır (14).

22 ülkeden 65 çalışmanın çocuk cinsel istismar prevalansının incelendiği bir meta analiz çalışmasında erkeklerin %7.9'u kadınların %19.7'si 18 yaşından önce cinsel istismara uğramıştır (15).

Literatür taramalarında erkek cinsel istismar yaygınlığı çeşitlilik göstermektedir. Bu kullanılan cinsel istismar tanımı ve metodolojik yöntemlerden kaynaklanmaktadır. Örneğin benzer gönüllü popülasyon üzerinde benzer cinsel istismar tanısı kullanılarak yapılan çalışmalarda erkeklerde cinsel istismar %13 ile %27 arasında değişmektedir (16). Ayrıca

literatür çalışmalarında seçilen eşcinsel ve biseksüel erkekler, gaziler, mahkumlar ve fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetleri arayan erkekler gibi popülasyonlarda cinsel istismar özellikle yüksek oranlarda raporlanma eğilimindedir (16).

2.5. Yasal düzenlemeler:

TCK’de Cinsel saldırı 102. maddede, çocukların cinsel istismarı 103. maddede, reşit olmayanla cinsel ilişki 104. maddede ve cinsel taciz 105. maddede yer almaktadır. Aynı zamanda TCK’de 287. maddede genital muayenenin “yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın yapılması durumunda” verilecek ceza yer almaktadır (17).

CMK 75. maddesinde şüpheli veya sanığın beden muayenesi veya vücuttan örnek alınması, 76. maddesinde diğer kişilerin beden muayenesi ve vücudundan örnek alınması, 77. maddesinde kadının muayenesi düzenlenmiştir. 78. maddede moleküler genetik incelemeler, 79. maddede hakim kararı ve biyolojik örnekler üzerinde inceleme yapılması, 80. maddede ise genetik inceleme sonuçlarının gizliliği yer almaktadır (18,19).

2.6. Cinsel şiddet olgularında muayene ve değerlendirme:

2.6.1. İlk değerlendirme:

2.6.1.1. Önceliklerin değerlendirilmesi:

Cinsel şiddet mağdurları eğitimli bir sağlık görevlisine hemen ulaştırılmalıdır. Onların akut sağlık ihtiyaçları bu erken aşamada birincil olarak göz önünde tutulmalıdır ve en kısa sürede değerlendirilmelidir. Eğer hastanın beklemesi gereken bir durum varsa hastanın tıbbi gereksinimleri karşılanıncaya kadar konforunun sağlanabileceği, desteklenebileceği bir ortam hazırlanmalıdır (3,4).

2.6.1.2. Sağlık çalışanlarının hastaya yaklaşımı:

Sağlık çalışanlarının istismar kurbanlarına iyi bir şekilde yaklaşımı onların iyileşme sürecini olumlu etkilemiştir. Hastalar; polisler, doktorlar ya da diğer kişiler tarafından olumsuz yorumlara maruz kalabilmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanları kelimelerini seçerken dikkatli olmalıdır ve hastayı hiçbir şekilde yeniden travmatize etmemelidir. Yumuşak ve yatıştırıcı kelimeler seçmelidir ayrıca yargılayıcı yorumlar yapılmamalıdır.

Tüm cinsel istismar mağdurlarının sosyal statüsüne, ırkına, dinine, kültürüne, cinsel eğilimine, yaşam tarzına bakılmaksızın muayene edilmesi şarttır (3, 21,22).

2.6.1.3. Onam alınması:

Muayeneden önce aydınlatılmış onam alınmalıdır. Aydınlatılmış onam kişiye, yapılacak tıbbi incelemeler, bu incelemelerin nasıl ve ne amaçla yapıldığı, hangi tıbbi materyallerin nasıl ve ne şekilde alınacağı ile birlikte yapılması gerekli tüm adli ve idari işlemler hakkında açıklama yapılması demektir. Adli mercilere muayene hakkında bilgi verileceği onamda vurgulanmalıdır. Kişilerin isteği dışında muayene hiçbir şekilde mümkün değildir (1-4,21,22).

2.6.2. Öykü alma:

2.6.2.1. Genel tıbbi öykü:

Kısa bir genel tıbbi hikayenin alınması yararlıdır. Kişinin evli veya bekar olup olmadığı, geçirdiği hastalıklar, operasyonlar, halen bir tedavi altında olup olmadığı, son 24 saatte alkol ve başka bir ilaç kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır (2,3,21,22).

2.6.2.2. Jinekolojik öykü:

İlk ve son adet tarihi, adet periyotları, gebelikleri, düşükleri, doğumları, kaç çocuğunun olduğu, korunma yöntemi olarak ne kullandığı, düzenli bir cinsel partnerinin olup olmadığı sorulmalıdır. Kişinin genel ve son günlerdeki cinsel yaşamı sorulabilir. Bu bilgiler bazı olgularda, yapılacak semen incelemelerinin yorumlanmasını etkileyebilecek özellikte bilgilerdir. Hastaya geçmiş cinsel yaşamı ile ilgili bu bilgilerin gizli kalacağı güvencesi verilmelidir (2,3,21,22).

2.6.2.3. Olay hakkında öykü:

Saldırı zamanı, yeri, çevre şartları ve şikayetin ne zaman yapıldığı, elbiselerin değiştirilip değiştirilmediği, kişinin yıkanıp yıkanmadığı ve tampon kullanıp kullanmadığı, saldırı sırasında alkol, ilaç, uyuşturucu madde kullanımı sorularak not edilmelidir. Vajinal, anal, oral penetrayon veya kontakt olup olmadığı, saldırıda ejakülasyon olup olmadığı sorulmalıdır. Saldırı sırasında zor kullanılıp kullanılmadığı, kişinin pozisyonu, direnç

gösterip göstermediği, saldıran kişilerin sayısı, kişi ya da kişilerin vücut yapıları, yaşları gibi bilgiler mutlaka sorulmalıdır (1,2,3,21,22).

2.6.3. Fizik muayene:

2.6.3.1. Genel prensipler:

1- Hastanın genel görünümü, tavırları, mental fonksiyonları not edilmelidir. Hastanın mental fonksiyon bozukluğu varsa alkol, uyuşturucu madde etkisi altında olup olmadığı, mental retardasyonunun bulunup bulunmadığı tanımlanmalıdır.

2- Kan basıncı, nabız, sıcaklık, solunum gibi vital bulgular kaydedilmelidir.

3- Hasta baştan tırnağa genito-anal alan ile birlikte muayene edilmelidir.

4- Fiziksel hasarlar adli olayla ilgili olmasa bile detaylı bir şekilde tarif edilmelidir.

5- Lezyonların fotoğraflandırılması gerekmektedir.

6- Kırık, baş ve göğüs hasarı, beyin ve spinal kord hasarı, ya da batin travması gibi durumlarda direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi tanısal testler kullanılmalıdır.

7- HIV, hepatit B, sifiliz ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kan örnekleri alınmalıdır (3).

Fizik muayeneye başlamadan önce hastaya uygulanacak prosedürlerin neden gerekli olduğunu açıklamak için zaman ayrılmalıdır. Hastanın soru sormasına şans tanınmalıdır (3).

Eğer çok isterse ailesinin muayene sırasında yanında kalmasına izin verilmelidir (3).

Muayene sırasında özellikle muayene eden kişi erkekse bir hemşire veya bayan bir sağlık personeli ile birlikte muayene yapmak faydalı olacaktır (21,22).

Muayene sırasında sürekli hastayı bundan sonraki aşamada ne yapılacağı konusunda bilgilendirmeli ve izin almalıdır. Ne zaman, nereye dokunulacağı hastaya söylenmelidir. Hastaya kullanacağınız aletler ve materyaller gösterilmelidir (3).

İyi aydınlatılmış, ısıtılmış, temiz ve özel bir muayene ortamında yapılmalıdır. İşitsel ve soyunma için ayrı alanlar ile fiziksel ve işitsel gizlilik sağlanmalıdır. Önceden hazır bulunan önden ve arkadan açılabilir (bağlı ya da çıtçıtı) önlükler sağlanmalıdır (3,21,22).

Eğer istismar kıyafetleri istismar sırasında giymiş olduğu kıyafetler ise adli delil toplamak için hasta beyaz büyük bir kağıt üzerine soyundurulur. Hasta soyunurken mümkün olduğunca gizlilik sağlanır. Eğer hasta razı ise kıyafetlerinin her parçası bir kağıt torba içine muayene eden kişinin eldivenli eliyle yerleştirilmelidir. Alınan kıyafetler yerine yeni giysiler temin edilmelidir (3,21,22).

Tıbbi ve adli örnekler muayene sırasında toplanmalıdır. Aynı anda tıbbi ve adli hizmetlerin sağlanması örneğin aynı anda, aynı yerde, aynı kişi tarafından muayene sayısını azaltır (3,21,22).

Sağlık çalışanının fizik muayene ilerledikçe tüm bulguları belgelemesi gerekir. Hasta rahatsız olduğu bir durumda eğer gerekli ise muayenenin herhangi bir aşamasında muayeneyi durdurabileceğini bilmelidir (3,22). Her zaman hastanın soruları ve endişeleri yargılayıcı olmadan yanıtlanır. Sakin bir ses tonu kullanılır (3,22).

2.6.3.2. Genel fizik muayene:

Genital lezyonların minimal olduğu olgularda vücudun diğer bölgelerindeki lezyonlar cinsel bir saldırı meydana geldiğini kanıtlamada çok daha fazla ön plana çıkmaktadır. Muayenenin başarılı olabilmesi için hazır formlar ve kitler kullanılmalıdır. Böylece önemli noktalar atlanmamış olur ve laboratuvara daha standart örnekler gönderilebilir (1,3,21,22).

Çocukların muayenesinde önce çocuğun güveni kazanılmalıdır. Çocukların genital muayenesi dahil tüm muayenesi gerekirse annesinin kucağında yapılabilir. Bu konuda ısrarlı olmamak gerekmektedir. Ayrıca küçük çocukların muayenesini bir kerede bitirecek

şekilde organize olunmalıdır. Teknik olanaklar ve tecrübe eksikliği durumunda çocuğun muayenesinin ve tedavisinin daha geniş olanakların bulunduğu bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına veya bu konuda çalışan bir merkeze sevk edilmesi çocuğun tekrar tekrar muayenesini engelleyecektir (1,3,21).

Hastanın genel durumu muayene edildikten sonra hastanın elleri muayene edilir. Bağ izi için bilekler gözlemlenebilir (3,21). Kanıt amaçlı tırnak altı kazıntısı gerekebilir (3).

Ön kol savunma yaraları açısından dikkatli incelenir (3). Kolun arka kısımları, aksilla ekimoz açısından dikkatle incelenmelidir. Bazı kurbanlarda eller tarafından bastırılma ile veya zorla tutma ile parmaklarla oluşması muhtemel ekimozlar görülebilir. Benzer bir şekilde elbiseler zorla çıkarılırken kırmızı lineer abrazyonlar meydana gelmiş olabilir (3).

Yüz inspeksiyonu yapılmalı, burun kanaması için buruna bakılmalı, çene ve orbital kemikler hassasiyet açısından yüzeysel palpasyonla muayene edilmelidir. Bukkal mukozada ekimoz, laserasyon, abrazyon kontrol etmek için ağız dikkatli bir şekilde incelenmelidir (3). Penetrasyon sırasında sert ve yumuşak damakta peteşiler meydana gelebilir (1,3). Frenilumda yırtılma, diş kırıkları veya kayıpları kontrol edilmelidir (3). Ağızdan oral sürüntü örnekleri alınmalıdır (1,2,3,21).

Kulak ve özellikle kulak arkası inspeksiyonu yapılır. Kulak kafa derisi üzerine vurduğunda kulak arkasında oluşan gölge ekimoz açısından dikkatli olunmalıdır. Kulak zarı otoskopla muayene edilmelidir (3).

Genel palpasyonla skalpteki hassasiyet, ödem, hematoma muayene edilir. Saldırı sırasında oluşabilen saç kayıpları ya da muayene sırasında muayene eden kişinin eline gelen kurbana ait saçlar olabilir (3).

Boyun bölgesi adli inceleme açısından oldukça önemlidir. Emme tipi ekimozlar, ısırık izleri görülebilir (3,21). Dokunmadan önce saldırganın ait salgılar açısından bu alanlardan sürüntü alınabilir (3).

Memeler saldırı sırasında saldırganların hedefi olabilir. Isırılma ile oluşan yaralanmalar ve emme tipi ekimozlara rastlanabilir (3,21).

Abdominal bölge ekimoz, laserasyon, abrazyon açısından ve delil toplamak amaçlı incelenmelidir (3). Olası bir iç travma ve gebelik şüphesi açısından muayene edilmelidir (3).

Bacaklarda saldırganın parmaklarıyla oluşturduğu ya da özellikle tekme ile oluşan künt travmalara ait ekimozlar izlenebilir. Dizde ve ayakta özellikle yerde sürümeye bağlı oluşabilen abrazyonlar görülebilir. Ayak bilekleri bağ izi açısından dikkatli incelenmelidir. Bacağın arkasını ve kalçaları incelerken mümkünse hastadan ayakta durması istenilir (3). Semen, tükürük, kan için kanıt izlerinden nemlendirilmiş çubuklar ile alınmalıdır sürüntü alınmalıdır ve saç, lifler, çimen, toprak için cımbız kullanılır (3,21).

Genel bir kural olarak dövme izleri ve fiziksel deformiteler kaydedilir (3,21).

Cilt üzerindeki alanlardan semen belirlemek için Wood's lambası kullanımı klinikte tavsiye edilmemektedir. Onun yerine sürüntü almak gibi daha güvenilir teknikler kullanılmaktadır (3).

2.6.3.3. Genito-anal muayene:

Genital alan muayenesi yapılmadan hastanın rahatlaması ve gevşetilmesi sağlanmalıdır. İyi bir ışıklandırma yapılmalı, hasta litotomi pozisyonunda muayene edilmelidir (3).

Genital muayene:

Önce dış genital organlar laserasyon, ekimoz, ödem ve kanama açısından gözle incelenir. İnspeksiyondan sonra var olan sıvılar tüpe veya pipete toplanarak örnekleme yapılabilir. Posterior forşet nazikçe gerilerek abrazyonlar açığa çıkarılabilir aksi halde bu alanları mukozal kıvrımlar arasına gizlenmişse görmek zordur. Muayenede himenin rahatça görülebilmesi için labium minörler bir gazlı bez ile tutularak öne ve yukarı doğru çekilir. Muayene sırasında himen kıvrımlarının tamamen açılmasına dikkat edilmelidir. Aksi takdirde yırtıklar kıvrımlar arasında kalabilecektir (3,21,22).

Himen muayenesi bir cinsel saldırıda önemli deliller içerir. Himenin yapısı anatomik farklılıklar, rıza ile olan cinsel ilişkiler, gebelikler, cerrahi müdahaleler, vajinal tampon uygulaması, kaza ile olan yaralanmalar, mastürbasyon, parmak penetrasyonu, tıbbi muayeneler, cinsel amaçlı olarak yabancı cisimlerin penetrasyonu nedenleri ile çok değişkendir (21).

Himen muayenesinin sonunda: Şekli, kenar yüksekliği (yüksek/alçak) , yapısı (elastik /sert), açıklığının kaç cm., mm. olduğu, doğal çentik varlığı, derinliği ve lokalizasyonu, yırtık varsa lokalizasyonu, yırtık çevresinde tırnak izi olup olmadığı, yırtık bölgesinin kanamalı ve iltihaplı görünümde olup olmadığı, yırtığın taze ya da eski olduğu, ekimoz ya da diğer gözlenebilen bulgular yazılmalıdır (2,21).

Anal muayene:

Anüs muayenesi diz dirsek pozisyonunda, sol lateral pozisyonunda, sırt üstü pozisyonunda ve çocuklarda anne kucağında yapılabilir. Anal bölgenin elle muayenesinden önce anüs etrafından, perineden ve anüs iç bölümünden yayma için örnek alınması unutulmamalıdır (2,21,22).

Kalça açma hareketi ile anüs görünür hale getirilir. Önce göz ile incelenir. Rektumda bir yaralanma şüphesi var ise anal kanal proktoskop veya spekulum ile de incelenebilmektedir. Daha sonra anal sfinkter tonusunun yorumlanması için tuşe yapılabilir (3,21).

Diz dirsek pozisyonunda bulunan kişide bir kaç dakika sonra venöz konjesyon oluşabilir. Muayene sırasında dilatasyon ile bu konjesyonda değişiklik olup olmadığına dikkat edilmelidir (21,23).

Zorlamalı bir anal ilişki sonrası anüs çevresinde hiperemi, ödem, ekimoz, abrazyonlar, mukoza yırtıkları, hassasiyet, feçes ile bulaşma ve ağrı nedeni ile anüste spazm görülebilmektedir. Mağdur küçük çocuk ise perine yırtıkları gibi şiddetli lezyonlar da görülebilmektedir (1,2,21).

Rıza ile ve alışkanlık haline getirmiş bir kişide anal yolla cinsel ilişki sonucunda akut lezyonlardan hiçbiri bulunmayabilir (2,21). Kayganlaştırıcı madde kullanılarak gerçekleştirilen zorla bir anal ilişkide de herhangi bir lezyon oluşmayabilir (2,21).

Kronik anal ilişkilerde bir takım kalıcı değişiklikler tarif edilmektedir. Bunlar anal bölgede mukozalarda düzleşme, normal kıvrımlarda silinme, mukozalarda kalınlaşma, fissürler, eski veya yeni laserasyonlar, anal bölgenin huni şeklinde daha derin yerleşimli olması, anal sfinkterde gevşeme ve cinsel ilişki ile gecen hastalıkların varlığı şeklinde özetlenebilir. Sıklıkla görülen mukoza konjesyonu non-spesifik bir bulgu olarak yorumlanmaktadır (2,21).

Kronik anal ilişki sonucunda, elle muayenede perine stimülasyonu ile refleks anal sfinkter gevşemesi olduğu da bildirilmektedir. El ile gluteuslar ayrıldığında kronik olgularda sfinkter tonusunun tamamen kaybolmuş olabileceği ve muayene sırasında mukozanın kolaylıkla görülebildiği belirtilmektedir (2,21)

2.6.4. Bulguların sınıflandırılması:

2.6.4.1. Genel fizik muayene bulguları:

Lezyonların yeri, boyutu, şekli, çevredeki dokulara göre durumu, rengi, uygulanan kuvvetin yönü, yaranın içinde bulunan olası yabancı cisimler, yaşı, kenar özellikleri, derinliği kaydedilir (3).

Genel ekimozlar ve abrazyonlar: Boyuna ve başa yapılan öldürücü yaralanmalardan başka, bazı ekimozlar cinsel bir motivasyonun belirtisi olabilmektedir. Göğüsler sıkıştırılmış olabilir. Bunun sonucunda öncelikle meme başı çevresinde 1-2 santimetre aralıklı değişik ekimozlar görülebilir. Tırnakların neden olduğu lineer abrazyonlar da bulunabilir. Penetrasyonun gerçekleştirilmesi amacıyla zorlamadan dolayı bacaklarda ve kalçalarda ekimozlar görülebilir. Femoral bölgenin iç kısımlarında bacakların zorla açılması neticesinde de ekimozlar görülebilir. Anüs etrafında, anal veya vulva penetrasyonun gerçekleştirilmesi amacıyla ellerin gluteusları ayırması neticesinde de ekimozlar görülebilmektedir (21).

Eğer saldırı sert ve düzensiz bir zeminde gerçekleşmişse sırtta özellikle omuzlarda ve gluteal bölgelerde ekimozlar ve abrazyonlar bulunabilir. Açık arazide ise taşlara, camlara ve dallara ait lezyonlar, yaprak ve çimenin deride lekeleri bulunabilir (21).

Isırık ve emme izleri: Omuzlarda, göğüslerde, boyunda ve gluteal bölgelerde emmeye ve ısirmaya bağlı ekimozlar bulunabilir. Bunlar hafif şiddetteki lezyonlardan sadistik yapıdaki parçalayıcı lezyonlara kadar değişebilmektedir. Emme lezyonları oval veya yuvarlak şekillerde, intradermal peteşial kanamalar içeren lezyonlar şeklinde olabilir. Dudak kenarlarında yarım ay şeklinde lezyonlar bulunabilir. Bunlara dişlerin neden olduğu izler ve abrazyonlar eşlik edebilir. Bunlar gibi emmeye bağlı lezyonlar boyunda, kulak altında, omuz üst bölümlerinde, göğüslerde ve meme başı etrafında sıklıkla görülebilmektedir (2,3,21).

Cinsel saldırılarda ısırık şeklinde lezyonlar ile karşılaşıldığında eğer mümkün ise bir diş hekiminden yardım alınmalı, yaraların bir cetvel konularak fotoğrafı çekilmeli ve ölçümlemesi yapılmalıdır. İleride kıyaslamak amacıyla diş izlerinin bir kalıbının alınması da önerilmektedir. Lezyonlarda herhangi bir inceleme yapmadan önce gerekli görülür ise yayma preparatlar alınmasına da dikkat edilmelidir (2,21).

2.6.4.2. Genito-anal muayene bulguları:

Cinsel saldırı olguları adli işlemler için raporlanmalıdır. Tavsiye edilen cinsel saldırı konusunda özel eğitilmiş kişilerin muayene ve belgeleme işlemine katılmasıdır. Pek çok eğitimde "TEARS" kısaltması kullanılarak genito-anal bölgedeki bulguların belgelemesi yapılmaktadır (24,25). Açılımı şu şekildedir;

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

Bununla birlikte anüs muayenesinde görülen bazı belirtilerin tanımları şu şekildedir.

Refleks Anal Dilatasyon: İnternal ve eksternal sfinkter kasın gevşememesi ile minimal kalça ayrılması sonrası anüs açılmasının dinamik olarak gözlenmesidir.

Anal Tonus Azalması (laxity): Anal kas tonusun azalması. Bu statik (durağan/değişmeyen) bir bulgudur. İnspeksiyonla açıklık değişmez.

Anal Dilatasyon (gaping): Anüsün kalça ayrılma manevrasından önce zaten dilate olması halidir. Rektum ve anal kanal görülebilir. Muayene sırasında aynen kalır. Bu bir statik bulgudur. Anal gaping, anal laxityden daha ağır bir derecededir.

Fissür/lacerasyon: Anal açıklığın radyal yayıldığı perianal dokuda yüzeysel ya da derin olabilen yaralanmadır.

Kızarıklık (redding): Cilt altı kapiller dilatasyon nedeni ile oluşan mukoz membran ve/veya dokunun kızarıklığıdır.

Perianal Venöz Konjesyon: Perianal dokunun venöz pleksusunda venöz kanın toplanması, mor renk değişikliği, şişlik, düzleşme (flat) oluşturması. ekimozdan farklıdır.

Tag: Perianal doku simetrisinin kesilmesi, bir perianal doku ya da kenarın çıkıntısıdır.

Skar: Yara iyileşmesi sonrasında normal dokunun yenilenmesi ile oluşan fibröz dokudur.

Ekimoz (bruise): Doku içinde, subkutanöz dokuda kanın lokalize toplanmasıdır. Kapiller veya büyük kan damarlarının hasarı sonucu kan doku altına girer ve doku renk değişikliğine neden olur.

Ödem (swelling) Perianal alanda ödem, lastik görünümü verir.

Hunileşme (funneling): Tam dilatasyon olmadan derin yerleşimli tabanlı anal görünümüdür.

Abrazyon: Derinin ya da müköz membranın sadece dış tabakasını içeren epidermis kalınlığının tümüne uzanmayan yüzeysel lezyondur.

Mukozal Prolapsus: Dilate anal sfinkter içinden aşağıya rektal mukozanın uzanmasıdır.

Anal Kenar Defekti: En çok peri anal dokunun eksternaline doğru uzanan distal anal kısımda subkutanöz eksternal anal sfinkter üzerindeki dokuda defekt ya da ayrılımdır.

Kat Değişiklikleri (fold change): Anal kenardan radial uzanan perianal doku katlantısının asimetrisi, düzensizliğidir.

Lekelenme (soiled): Anüs etrafında önemli miktarda feçeş varlığıdır (26,27).

Kronik livata: Bir alışkanlık olarak anüs yolu ile çok sayıda cinsel ilişkide bulunanlarda kullanılır. Bu olgularda anüste yırtık, ekimoz gibi taze travmatik bulgulara rastlanmaz. Tanıda sfinkter tonusunun azalması, anüsün tam olarak kapanmaması, anüste huni şeklinde görünüm, anüs mukozasının koyu dolgun, hiperpigmente ve kaygan görünüm kazanması, anal pililerin silinerek düzleşmesi, daha önce oluşmuş ve iyileşmiş fissürlere ve/veya laserasyonlara bağlı beyaz veya pembemsi renkte nedbe dokular değerlendirilmelidir (2,21).

2.6.5. Tanısal testler ve örnek toplama:

Saldırı niteliği ve yaraların şiddetine bağlı olarak hastaya direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi buna ek olarak tıbbi test amaçlı (örn: gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) numunelerden bir dizi tanısal testler gerekebilir. Hangi testin ya da örneklerin gerekli olduğu vakadan vakaya değişiklik göstermektedir (3).

Tıbbi muayene sırasında toplanan herhangi bir adli delil eğer ilgiliyse hastaya büyük yarar olacaktır. Adli tıbbi değerlendirme gerçekleştiren bir sağlık çalışanının ideal olarak bunu yapmak için düzgün eğitilmiş olması gerekmektedir (3).

Oldukça detaylı bir işlem olan adli numune toplama teknikleri bu tezde ele alınmayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

24.06.2010 tarihinden 2014 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne cinsel istismar iddiası ile yönlendirilen hastalardan cinsel muayeneleri kolposkop eşliğinde yapılan, anal yoldan cinsel istismar iddiası olan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Olgularımızın tamamı elde edilen verilerin bilimsel bir çalışmada kullanılmasına onay vermiş olup onay vermeyen olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Olgular yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, iş kardeş sayısı gibi demografik veriler açısından incelenmiştir. Ayrıca olay yeri, olay tarihi ile muayene arasında geçen süre, olayın nerede olduğu, muayene bulguları ve sanıkların yaşı, mağdura yakınlık derecesi açısından bilgiler irdelenmiştir. Olay yeri sekiz gruba ayrılmış; sosyal mekanlar maddesine otel, gece kulübü gibi mekanlar, açık alan maddesine inşaat, terk edilmiş ev, sokak gibi mekanlar dahil edilmiştir. Sanık yakınlık derecesi on gruba ayrılmış; erkek arkadaş maddesi sevgili, arkadaş maddesi sosyal arkadaş olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulunun 05.05.2015 tarih 2015/579 sayılı kararı ile onayı alınarak gerçekleştirmiştir.

Bu çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS 20.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin dağılımı ve sıklığının analizlerinde tanımlayıcı analizler kullanılmıştır. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

24.06.2010 tarihinden 2014 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne cinsel istismar iddiası bulunan 592 olgu gönderilmiştir. Cinsel muayeneleri kolposkop eşliğinde yapılan bu olguların %88,6'i (n:524) kadın, %11,4'ü (n:68) erkekti. Çalışmaya kolposkop eşliğinde muayene edilen 592 olgudan anal yoldan cinsel istismar iddiası bulunan ve elde ettiğimiz verileri bilimsel bir çalışmada kullanılmasına izin veren 222 olgu dahil edildi.

Olguların yıllara göre dağılımına bakıldığında 2013'te bölümümüze cinsel istismar nedeni ile gönderilen hasta sayısının diğer yıllara göre daha fazla olduğu, bununla birlikte 2014 yılında hasta sayısı az olmasına rağmen anal yoldan cinsel istismar sayısının arttığı bulundu. Ayrıca olgularımızda kadın erkek oranı %69,4'e %30,6 iken 2014 yılında erkeklerin oranının %44,6'ya çıktığı belirlendi (Tablo 1).

Tablo I. Yıllara göre anal yoldan cinsel istismar iddiası olan olgular.

Yıl	Anal yoldan cinsel istismar iddiası		Toplam
	Var	Yok	
2014	65	59	124
2013	53	99	152
2012	47	92	139
2011	38	76	114
2010	19	44	63
Toplam	222	370	592

Çalışmaya dahil edilen 222 olgunun 154'ü (%69,4) kadın, 68'i (%30,6) erkekti. Olguların en küçüğü üç, en büyüğü 53 yaşında olup ortalama yaş $19,88 \pm 10,49$ olarak bulundu. Olguların %60,8'i 18 yaş ve altında iken, %18'i 12 yaş ve altındaydı. Erkek olguların %36,8'i 12 yaşın altındaydı ve 12 yaş altında erkeklerin oranı kadınlardan daha fazlaydı. Olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımı (Tablo II)'de gösterilmiştir.

Tablo II. Olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımı.

Yaş Aralığı	Cinsiyet		Toplam
	Kadın	Erkek	
0-12	15 (%6,8)	25 (%11,3)	40 (%18,0)
13-15	39 (%17,6)	11(%5,0)	50 (%22,5)
16-18	32 (%14,4)	13 (%5,9)	45 (%20,3)
18 üstü	68 (%30,6)	19 (%8,6)	87 (%39,2)
Toplam	154 (%69,4)	68 (%30,6)	222 (%100,0)

Eğitim durumlarına bakıldığında 222 olgunun % 36'sının (n:80) ilkokul, %13,5'inin (n:30) lise, %1,8'inin (n:4) üniversite öğrencisi olduğu belirlendi. Olguların %14,4'ü okuryazar değildi. İlkokul mezunu olan veya ilkokul öğrencisi olan ya da hiç eğitim almamış olguların oranının % 77,9 olduğu bulundu (Tablo III).

Tablo III. Olguların yaş ve eğitim durumuna göre dağılımı.

Eğitim durumu	Yaş aralığı				Toplam
	0-12	13-15	16-18	18 üstü	
Okuma yazma yok	13(%5,9)	2(%0,9)	4(%1,8)	13(%5,9)	32(%14,4)
Okuryazar	1(%0,5)	0	3(%1,4)	5(%2,3)	9(%4,1)
İlkokul öğrenci	26(%11,7)	26(%11,7)	0	0	52(%23,4)
İlkokul mezunu	0	11(%5,0)	21(%9,5)	48(%21,6)	80(%36,0)
Lise öğrenci	0	11(%5,0)	15(%6,8)	4(%1,8)	30(%13,5)
Lise mezunu	0	0	2(%0,9)	7(%3,2)	9(%4,1)
Üniversite öğrenci	0	0	0	4(%1,8)	4(%1,8)
Üniversite mezunu	0	0	0	6(2,7%)	6(2,7%)
Toplam	40(%18,0)	50(%22,5)	45(%20,3)	87(%39,2)	222(%100,0)

Olguların % 36,5'inin öğrenci olduğu, gelir getiren bir işte çalışanların oranının %15,4 olduğu bulundu. Olguların %39,2'si işsiz, %9'u ev hanımı olduğu belirlendi (Tablo IV). 18 yaş üzeri olgularda getiren bir işte çalışanların oranının %31,8'e yükseldiği bulundu.

Tablo IV. Olguların işlerinin yaş aralığına göre dağılımı.

Mağdur iş	Yaş aralığı				Toplam
	0-12	13-15	16-18	18 üstü	
Öğrenci	31 %14,0	32 %14,4	13 %5,9	5 %2,3	81 %36,5
İşsiz	9 %4,1	17 %7,7	27 %12,2	34 %15,3	87 %39,2
Çiftçi	0	0	1 %0,5	3 %1,4	4 %1,8
İşçi	0	1 %0,5	3 %1,4	9 %4,1	13 %5,9
Memur	0	0	0	9 %4,1	9 %4,1
Esnaf	0	0	0	4 %1,8	4 %1,8
Seks işçisi	0	0	1 %0,5	3 %1,4	4 %1,8
Ev Hanımı	0	0	0	20 %9,0	20 %9,0
Toplam	40 %18,0	50 %22,5	45 %20,3	87 %39,2	222 %100

Olguların %7,7'sinin ailenin tek çocuğu olduğu saptandı. %43,7'sinin iki veya üç çocuklu olduğu, %13,5'inin dört ve üzerinde kardeşinin olduğu bulundu. %38,3'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu saptandı (Tablo V).

Tablo V. Olguların kardeş sayısı ile kaçınıcı kardeş olduğunun karşılaştırılması.

Kardeş sayısı	Kaçınıcı kardeş						Toplam
	1	2	3	4	5 ve üzeri	Bilinmiyor	
Tek Kardeş	17 %7,7	0	0	0	0	0	17 %7,7
2	40 %18,0	23 %10,4	0	0	0	0	63 %28,4
3	16 %7,2	22 9,9%	22 9,9%	0	0	0	60 %27,0
4	10 %4,5	8 %3,6	7 %3,2	5 %2,3	0	0	30 %13,5
5 ve üzeri	2 %0,9	4 %1,8	11 %5,0	7 %3,2	18 %8,1	0	42 %18,9
Bilinmiyor	0	0	0	0	0	10 %4,5	10 %4,5
Toplam	85 %38,3	57 %25,7	40 %18,0	12 %5,4	18 %8,1	10 %4,5	222 %100

Olguların medeni durumu değerlendirildiğinde olguların %79,3'ünün bekar olduğu, %4,5'inin boşanmış olduğu tespit edildi. 18 yaş altındaki olguların üçü evli, bir tanesi boşanmıştı (Tablo VI). 13-15 yaş aralığında kanunen evli olmayan ancak partneri ile birlikte ve partnerinin ailesinin evinde yaşayan iki olgu vardı. Bu olgular evli olarak kabul edildi.

Tablo VI. Medeni durum ve yaş aralığının karşılaştırılması.

Medeni durum	Yaş aralığı				Toplam
	0-12	13-15	16-18	18 üstü	
Bekar	40 %18,0	48 %21,6	43 %19,4	45 %20,3	176 %79,3
Evli	0	2 %0,9	1 %0,5	33 %14,9	36 %16,2
Boşanmış	0	0	1 %0,5	9 %4,1	10 %4,5
Toplam	40 %18,0	50 %22,5	45 %20,3	87 %39,2	222 %100

Olguların aile yapıları incelendiğinde %55,9'unun evli olduğu, %20'sinin boşanmış olduğu tespit edildi. Olguların kardeş sayısı ile ebeveyn medeni durum karşılaştırıldığında tek kardeş olanlarda ebeveyn boşanma oranının %53 olduğu görüldü(Tablo VII).

Tablo VII. Ebeveyn medeni durum.

Ebeveyn medeni durum	Olgu sayısı	%
Bekar	1	%0,5
Evli	124	%55,9
Boşanmış	46	%20,7
Vefat	30	%13,5
Bilinmiyor	21	%9,5
Toplam	222	%100,0

Olguların annelerine ait veriler incelendiğinde lise ve üniversite mezunlarının oranının %5,9 olduğu, %12,6'sının okuma yazma bilmediği bulundu. %55'inin ev hanımı olduğu tespit edildi. Olguların babalarının %6,8'inin işsiz olduğu, %9,9'unun vefat etmiş olduğu belirlendi. Lise ve üniversite mezunlarının oranının %13,5 olduğu ve %7,2'sinin okuma yazma bilmediği tespit edildi. Mağdurların annelerinin ve babalarının eğitim durumlarının karşılaştırması (Tablo VIII)'de gösterilmiştir.

Tablo VIII. Mağdurların annelerinin ve babalarının eğitim durumlarının karşılaştırması.

Anne eğitim	Baba Eğitim						Toplam
	Okuma yazma yok	Okur yazar	İlkokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu	Bilinmiyor	
Okuma yazma yok	11 %5,0	11 %5,0	6 %2,7	0	0	0	28 %12,6
Okur yazar	4 %1,8	19 %8,6	11 %5,0	0	0	0	34 %15,3
İlkokul mezunu	1 %0,5	5 %2,3	86 %38,7	19 %8,6	3 %1,4	1 %0,5	115 %51,8
Lise mezunu	0	0	4 %1,8	3 %1,4	1 %0,5	0	8 %3,6
Üniversite mezunu	0	0	1 %0,5	2 %0,9	2 %0,9	0	5 %2,3
Bilinmiyor	0	0	0	0	0	32 %14,4	32 %14,4
Toplam	16 %7,2	35 %15,8	108 %48,6	24 %10,8	6 %2,7	33 %14,9	222 %100

Sanıkların tamamı erkekti. Olguların %82'si bir sanık tarafından, %11,7'sinin iki sanık tarafından, %1,8'inin beş ve üzeri sanık tarafından istismara maruz kaldığı öğrenildi. Şüphelilerin yaş ortalaması $27,1 \pm 10,4$ olup sanıklar yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında 18 yaşından büyük olanların oranı %70,3 olarak bulundu. Mağdur yaş grupları ile şüpheli yaş grupları karşılaştırıldığında 18 yaş altındaki mağdurlara istismarda bulunan saldırganların %31,1'inin 18 yaş üzerinde olduğu, 29,7'sinin 18 yaş altında olduğu tespit edildi. 0-12 yaş arası mağdurlara saldırıda bulunan sanıkların %67,5'si 0-18 yaş arasında sanık olduğu belirlendi. Mağdur yaş aralığı ile sanık yaş aralığının karşılaştırması (Tablo IX)'da verilmiştir.

Tablo IX. Mağdur yaş aralığı ile sanık yaş aralığının karşılaştırması

Mağdur yaş aralığı	Sanık yaş aralığı		Toplam
	0-18	18 üzeri	
0-12	27 %12,2	13 %5,9	40 %18,0
13-15	24 %10,8	26 %11,7	50 %22,5
16-18	15 %6,8	30 %13,5	45 %20,3
18 üstü	0	87 %39,2	87 %39,2
Toplam	66 %29,7	156 %70,3	222 %100

Sanıkların mağdura olan yakınlığının değerlendirilmesinde; mağdurların %92,3'ünün daha önceden tanıdığı biri ya da birileri tarafından istismara maruz kaldığı bulundu. Olguların %14,4'ü eşi tarafından, %25,2'si erkek arkadaşı tarafından istismar edilmişlerdi. Birinci, ikinci derece akraba, üvey baba ve uzak akrabaları tarafından istismar edilen mağdurlar tüm olguların %10,8'ini oluşturuyordu (Tablo X).

Tablo X. Sanık yakınlık derecesi.

Sanık yakınlık derecesi	Olgu sayısı	%
1. derece akraba	7	%3,2
2. derece akraba	1	%0,5
Üvey baba	4	%1,8
Eş	32	%14,4
Partner	56	%25,2
Arkadaş	46	%20,7
Komşu	9	%4,1
Tanıdık	38	%17,1
Tanımıyor	17	%7,7
Uzak akraba	12	%5,4
Toplam	222	%100

Cinsel saldırı eyleminin en sık (%19,4) şüpheli ile mağdurun birlikte yaşadıkları evde meydana geldiği ayrıca olayın %18,9'u sanığın evinde, %8,1'i mağdurun evinde gerçekleştiği bulundu. Olguların %25'i açık alan, kırsal ve araç içi gibi ev dışı yerlerde istismara uğramıştı. Ayrıca açık alanda istismar edilen mağdurların yaş grupları incelendiğinde %42,9'luk kısmını 0-12 yaş grubundan çocukların oluşturduğu ve 0-12 yaş grubu çocukların %30'unun açık alanda istismara maruz kaldığı belirlendi (Tablo XI).

Tablo XI. Olay yeri.

Olay yeri	Olgu sayısı	%
Sanık evi	42	%18,9
Mağdurun evi	18	%8,1
3. bir kişiye ait ev	20	%9,0
Sosyal mekanlar	4	%1,8
Kırsal alan	27	%12,2
Araç	7	%3,2
Toplu yaşam alanı	28	%12,6
Açık alan	28	%12,6
İş yeri	5	%2,3
Ortak ev	43	%19,4
Total	222	%100

Saldırganların %37,4'lük oranla en sık fiziksel güç kullanarak cinsel istismarı gerçekleştirdikleri belirlendi. Cinsel saldırı eylemlerinin %49,6'sının tehdit veya zor kullanılarak gerçekleştiği bulundu (Tablo XII).

Tablo XII. İstismarı yapma yöntemi.

İstismarı yapma yöntemi	Olgu sayısı	%
Hile	47	%21,2
Tehdit	27	%12,2
Fiziksel güç kullanımı	83	%37,4
Fiziksel-mental kısıtlılık	12	%5,4
Yaş kısıtlılığı	19	%8,6
Fiziksel güç ve tehdit	21	%9,5
Fiziksel güç ve fiziksel- mental kısıtlılık	9	%4,1
Tehdit ve fiziksel mental Kısıtlılık	4	%1,8
Toplam	222	%100

Olguların %9,5'inin (n:21) olay öncesinde şüpheli kişi ile birlikte sosyal bir paylaşımda bulunduğu belirlendi.

Olayı etkileyen faktörler incelendiğinde sanıklar tarafından %30,2 oranında en sık kayganlaştırıcı kullanıldığı tespit edildi. Cinsel istismar sırasında kullanılan yardımcı faktörler ile cinsiyetin birlikte değerlendirilmesinde; erkeklerde %63,2 oranında olayı etkileyen herhangi bir faktör yokken, kadınlarda %52 oranında cinsel istismarı etkileyen kayganlaştırıcı, alkol gibi faktörlerin kullanılmış olduğu bulundu. Ayrıca sanık yaş aralığı ile istismarı kolaylaştırıcı bir faktör kullanım öyküsü karşılaştırıldığında 18 yaş altı sanıklarda kayganlaştırıcı gibi istismarı kolaylaştırıcı faktör kullanımı %34,8 iken 18 yaş üzerinde %52,6'ya çıktığı gözlemlendi. Olayı etkileyen faktörler cinsiyet ve sanık yaş aralığının birlikte değerlendirilmesi (Tablo XIII)'te verilmiştir.

Tablo XIII Olayı etkileyen faktörler, cinsiyet ve sanık yaş aralığının birlikte değerlendirilmesi.

Olayı etkileyen faktörler	Cinsiyet		Toplam	Sanık yaş aralığı		Toplam
	Kadın	Erkek		0-18	18 üzeri	
Yok	74 %33,3	43 %19,4	117 %52,7	43 %19,4	74 %33,3	117 %52,7
Kayganlaştırıcı	49 %22,1	18 %8,1	67 %30,2	19 %8,6	48 %21,6	67 %30,2
Alkol	7 %3,2	4 %1,8	11 %5	0	11 %5	11 %5
İlaç	6 %2,7	1 %0,5	7 %3,2	1 %0,5	6 %2,7	7 %3,2
Kabızlık	4 %1,8	2 %0,9	6 %2,7	0	6 %2,7	6 %2,7
Alkol ve ilaç	3 %1,4	0	3 %1,4	2 %0,9	1 %0,5	3 %1,4
Kayganlaştırıcı+alkol	9 %4,1	0	9 %4,1	1 %0,5	8 %3,6	9 %4,1
Kayganlaştırıcı + ilaç	1 %0,5	0	1 %0,5	0	1 %0,5	1 %0,5
Kayganlaştırıcı + kabızlık	1 %0,5	0	1 %0,5	0	1 %0,5	1 %0,5
Toplam	154 %69,4	68 %30,6	222 %100	66 %29,7	156 %70,3	222 %100

Cinsel istismarı uygulama şekline bakıldığında %84,2 oranla anal penetrasyon gerçekleştiği, %4,5'inin taciz boyutunda kaldığı bulundu (Tablo XIV).

Tablo XIV. İlişkinin boyutu.

İlişkinin boyutu	Olgu sayısı	%
Taciz	10	%4,5
Teşebbüs	22	%9,9
Anal penetrasyon	187	%84,2
Oral	2	%0,9
Teşebbüs+oral	1	%0,5
Toplam	222	%100

Cinsel istismar sırasında en sık %83,3 ile penis kullanıldığı, %2,7 penis ve parmak veya sair cismin birlikte kullanıldığı belirlendi.

Olay tarihi ile muayene arasında geçen süre incelendiğinde; vakaların %26,1'lik (n:58) oranla en sık olaydan 24 saat içerisinde muayene edildiği görülürken %27'lik (n:48) önemli bir kısmının olaydan bir aydan daha sonraki bir zamanda muayene edildikleri bulundu (Tablo XV).

Tablo XV. Olay tarihi ile muayene arasında geçen süre.

Olay tarihi muayene arasında geçen süre	Olgu sayısı	%
1 gün	58	%26,1
1-3 gün	21	%9,5
3-7 gün	37	%16,7
7-10 gün	10	%4,5
10 gün 1 ay	36	%16,2
1 ay- 1 yıl	48	%21,6
1 yıldan fazla	12	%5,4
Toplam	222	%100

Vajinal bulguların değerlendirilmesinde kadın olguların %62,4'ünde pozitif bulgu vardı. Kadın olgular göz önünde bulundurulduğunda en sık %26,6'lık oranla himende yırtık bulundu (Tablo XVI).

Tablo XVI. Vajinal muayene bulguları.

Vajinal muayene bulgusu	Olgu sayısı	%
Yok	58	%37,7
Yırtık	41	%26,6
Ekimoz	2	%1,3
Kızarıklık	1	%0,6
Karinkula mirtiformis	15	%9,7
Birden fazla bulgu	17	%11,0
Silinme	19	%12,3
İkiden fazla bulgu	1	%0,6
Toplam	154	%100

Mağdurların %24,3'ünde zor izine rastlandı, olguların dördünde kiss of love tespit edildi (Tablo XVII).

Tablo XVII. Fizik muayene bulguları.

Fizik muayene	Olgu sayısı	%
Yok	163	%73,4
Var	54	%24,3
Kiss of love	4	%1,8
Zor izi ve kiss of love	1	%0,5
Toplam	222	%100

222 olgunun %31,5'inde (n:70) akut livata bulgularına rastlandı. %9,9'luk (n:22) oranla en sık anal fissüre rastlanırken ikiden fazla bulgu bulduğumuz olguların oranı %5,9 (n:13) olarak tespit edildi. Akut livata saptanan olguların %32,9'unda (n:23) hem akut hem kronik livata bulguları tespit edildi. Akut livata bulguları (Tablo XVIII)'de gösterilmiştir.

Tablo XVIII Akut livata bulguları.

Akut livata bulguları	Olgu sayısı	%
Yok	152	%68,5
Mühür tarzı ekimoz	1	%0,5
Fissür	22	%9,9
Ekimoz	7	%3,2
Abrazyon	3	%1,4
Kızarıklık	3	%1,4
Ödem	4	%1,8
Hassasiyet ağrı	1	%0,5
Taze kanama	1	%0,5
Yırtık + taze kanama	1	%0,5
2'den fazla bulgu	13	%5,9
Abrazyon+ekimoz	7	%3,2
Yırtık+kızarıklık	4	%1,8
Abrazyon + kızarıklık	1	%0,5
Yırtık + ekimoz	2	%0,9
Toplam	222	%100

222 olgunun %17,6'sında anal bölgede yırtık olduğu, yırtık gözlemlenen olgular değerlendirildiğinde diz dirsek pozisyonunda saat kadranına göre saat 6 veya 12 hizalarında %30,8 oranında yırtık belirlendi. Saat kadranına göre iki bölgede ve ikiden fazla bölgede yırtık görülme oranı %33,3 olduğu bulundu. Birden fazla yırtığın olduğu tüm olgular değerlendirildiğinde muayene ettiğimiz mağdurlarda saat kadranına göre on hariç diğer tüm kadranlarda yırtık saptandı (Tablo XIX).

Tablo XIX. Muayene bulgusunda anal yırtık olan olguların değerlendirilmesi.

Anal yırtıkların saat kadranına göre yerleşimi	Olgu sayısı	%
yok	183	%82,4
1	3	%1,4
4	1	%0,5
6	7	%3,2
7	3	%1,4
8	1	%0,5
9	2	%0,9
11	4	%1,8
12	5	%2,3
Birden fazla kadranda	5	%2,3
2den fazla kadranda	8	%3,6
Toplam	222	%100

Olguların %24,8'inde (n:55) kronik livata bulgularına rastlandı. Kronik livata olan olguların %41,8'inde (n:23) hem akut hem kronik livata bulguları olduğu belirlendi. Olgularda %11,3'lük oranla en sık skar bulundu. Kronik livata bulgusu olan olguların %23,6'sında (n:13) birden fazla kronik livata bulgusu saptandı (Tablo XX).

Tablo XX. Kronik livata bulguları.

Kronik livata bulguları	Olgu sayısı	%
Yok	167	%75,2
Tonusta azalma	2	%0,9
Pililerde asimetri	8	%3,6
Pililerde silinme	3	%1,4
Skar	25	%11,3
Refleks anal dilatasyon	3	%1,4
Hunileşme	1	%0,5
İkiden fazla bulgu	4	%1,8
Tonus azalması + hunileşme	2	%0,9
Tonus azalma+ pili asimetri	4	%1,8
Tonus azalma+ RAD	1	%0,5
Pili asimetrisi + hunileşme	2	%0,9
Toplam	222	%100

Anal bölgede skar açısından olgular incelendiğinde olguların %12,2'sinde (n:27) skar bulundu. Diz dirsek pozisyonuna göre anüste saat kadranına göre skar değerlendirildiğinde %66,7'si altı ve/veya on iki hizasında saptandı (Tablo XXI).

Tablo XXI. Muayene bulgusunda anal skar olan olguların değerlendirilmesi.

Anal skarın saat kadranına göre yerleşimi	Olgu sayısı	%
Yok	195	%87,8
5	1	%0,5
6	6	%2,7
7	2	%0,9
11	2	%0,9
12	9	%4,1
1	3	%1,4
Diğer kadranlar	1	%0,5
6 ve 12	3	%1,4
Toplam	222	%100

Olay tarihi ve muayene arasında geçen süre ile akut livata bulguları birlikte değerlendirildiğinde ilk 72 saat içerisinde gelen olgularda %50'den fazla bulgu bulundu. On günden sonra gelen vakalarda bulgu bulma oranı dramatik bir şekilde %20'nin altına düşmüştü. Olay tarihinden itibaren bir yıldan fazla süre geçmiş olgularda akut livata ya da kronik livata bulgusuna rastlanmadı. Akut livata bulguları olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi (Tablo XXII)'de gösterilmiştir.

Tablo XXII. Akut livata bulgularıyla olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi.

Akut livata bulguları	Olay ile muayene arası geçen süre							Toplam
	1 gün	1-3 gün	3-7 gün	7-10 gün	10 gün 1 ay	1 ay- 1 yıl	1 yıldan fazla	
yok	29 13,1%	10 4,5%	21 9,5%	6 2,7%	29 13,1%	45 20,3%	12 5,4%	152 68,5%
mühür tarzı ekimoz	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
fissür	7 3,2%	2 ,9%	5 2,3%	2 ,9%	4 1,8%	2 ,9%	0 ,0%	22 9,9%
ekimoz	1 ,5%	3 1,4%	3 1,4%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	7 3,2%
abrazyon	0 ,0%	0 ,0%	2 ,9%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	3 1,4%
kızarıklık	3 1,4%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 1,4%
ödem	1 ,5%	0 ,0%	2 ,9%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 1,8%
hassasiyet ağrı	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%
taze kanama	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
yırtık + taze kanama	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
2den fazla	8 3,6%	3 1,4%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	13 5,9%
abrazyon+ekimoz	4 1,8%	1 ,5%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	7 3,2%
yırtık+kızarıklık	1 ,5%	0 ,0%	2 ,9%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	4 1,8%
abrazyon + kızarıklık	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
yırtık + ekimoz	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 ,9%
Toplam	58	21	37	10	36	48	12	222

Olay tarihi ve muayene arasında geçen süre ile saptanan yırtık arasında da akut livatadakine benzer bir oran bulundu. Olay tarihi ile muayene arasında geçen süre uzadıkça yırtık bulma oranı azalmıştı (Tablo XXIII).

Tablo XXIII. Muayenede anal yırtık tespit edilen olgularla olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi.

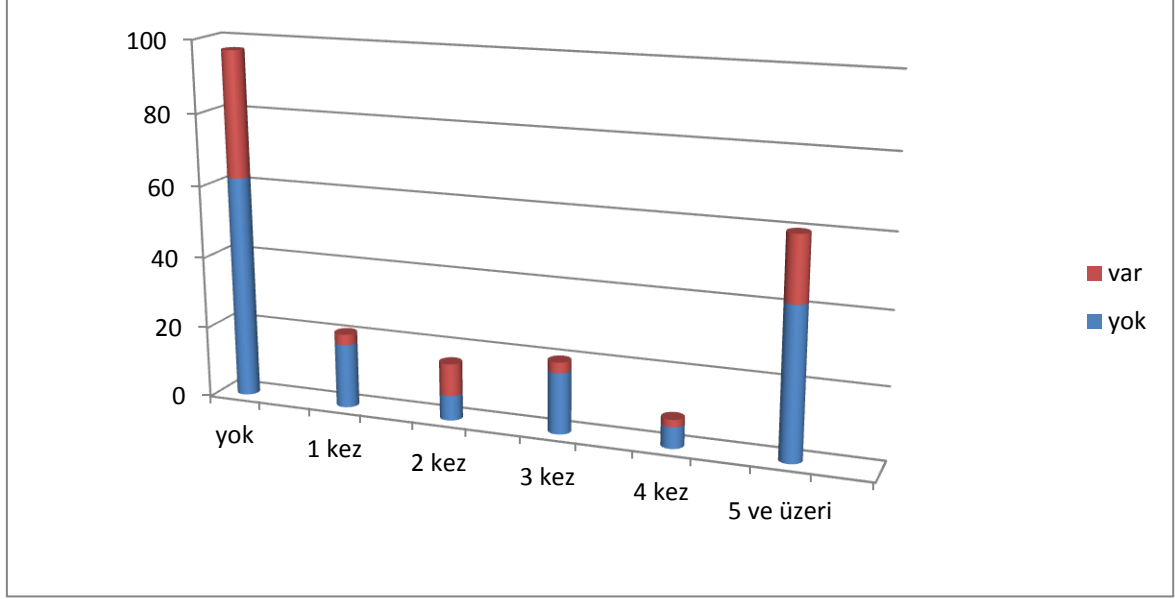
Anal yırtıkların saat kadrana göre yerleşimi	Olay ile muayene arasında geçen süre							Toplam
	1 gün	1-3 gün	3-7 gün	7-10 gün	10 gün 1 ay	1 ay- 1 yıl	1 yıldan fazla	
Yok	42 18,9%	16 7,2%	29 13,1%	8 3,6%	30 13,5%	46 20,7%	12 5,4%	183 82,4%
1	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	3 1,4%
4	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
6	4 1,8%	1 ,5%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	7 3,2%
7	2 ,9%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 1,4%
8	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
9	0 ,0%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 ,9%
11	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	2 ,9%	0 ,0%	0 ,0%	4 1,8%
12	1 ,5%	1 ,5%	3 1,4%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	5 2,3%
Birden fazla kadranda	3 1,4%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	5 2,3%
İkiden fazla kadranda	4 1,8%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	8 3,6%
Toplam	58 26,1%	21 9,5%	37 16,7%	10 4,5%	36 16,2%	48 21,6%	12 5,4%	222 100,0%

Kronik livata bulguları ile olay tarihi ile muayene arası geçen süre incelendiğinde aralarında belirli bir ilişki kurulamadı. Aynı durum olay sonrası geçen süre ile skar arasında da görüldü (TabloXXIV).

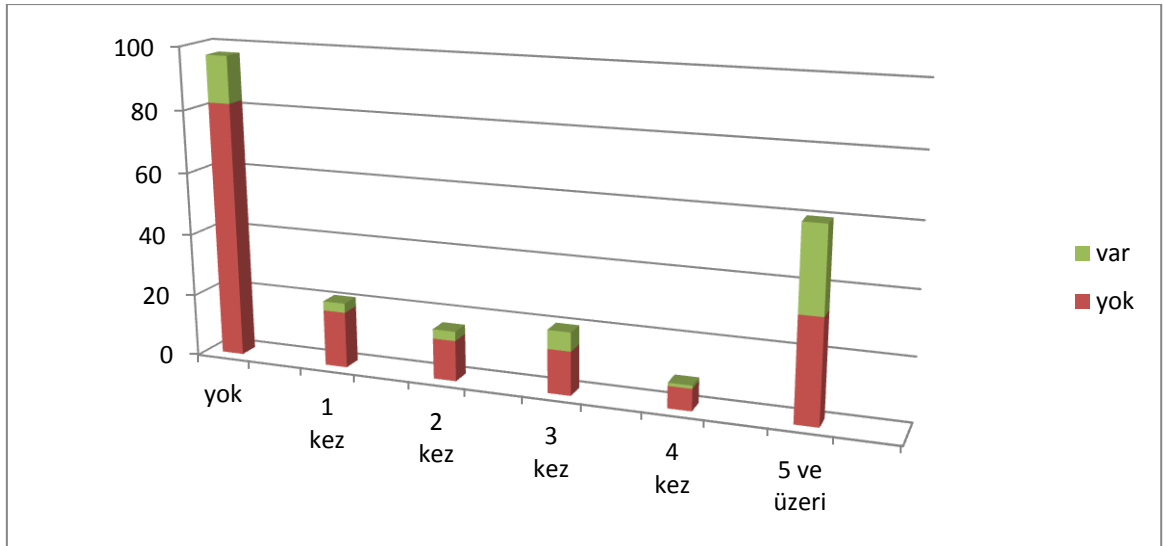
Tablo XXIV. Kronik livata bulgularıyla olay tarihi ile muayene arası geçen sürenin değerlendirilmesi.

Kronik livata bulguları	Olay ile muayene arası geçen süre							Toplam
	1 gün	1-3 gün	3-7 gün	7-10 gün	10 gün 1 ay	1 ay- 1 yıl	1 yıldan fazla	
Yok	47 21,2%	16 7,2%	25 11,3%	5 2,3%	29 13,1%	33 14,9%	12 5,4%	167 75,2%
Tonusta azalma	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 ,9%
Pililerde asimetri	1 ,5%	1 ,5%	4 1,8%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	8 3,6%
Pililerde silinme	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	3 1,4%
Skar	2 ,9%	3 1,4%	3 1,4%	2 ,9%	3 1,4%	12 5,4%	0 ,0%	25 11,3%
Refleks anal dilatasyon	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	2 ,9%	0 ,0%	0 ,0%	3 1,4%
Hunileşme	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
İkiden fazla bulgu	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	4 1,8%
Tonus azalması + hunileşme	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	2 ,9%
Tonus azalma+ pili asimetri	2 ,9%	0 ,0%	2 ,9%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 1,8%
Tonus azalma+ refleks anal dilatasyon	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
Pili asimetrisi + hunileşme	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	2 ,9%
Toplam	58 26,1%	21 9,5%	37 16,7%	10 4,5%	36 16,2%	48 21,6%	12 5,4%	222 100,0%

İstismar öncesi anal ilişki değerlendirildiğinde %43,7'sinin anal ilişkisinin olmadığı, %27'sinin 5 ve üzerinde anal ilişkisinin olduğu belirlendi. Daha öncesinde anal ilişki tariflemeyenlerin %36,1'inde akut livata bulgusu bulundu. Olay öncesinde beş ve üzerinde anal ilişki tarifleyenlerde kronik livata bulgusu bulma oranı %45 olduğu görüldü. İlişki sayısı ile akut ve kronik livata bulgularının değerlendirilmesi Şekil 1 ve 2'de gösterilmiştir.

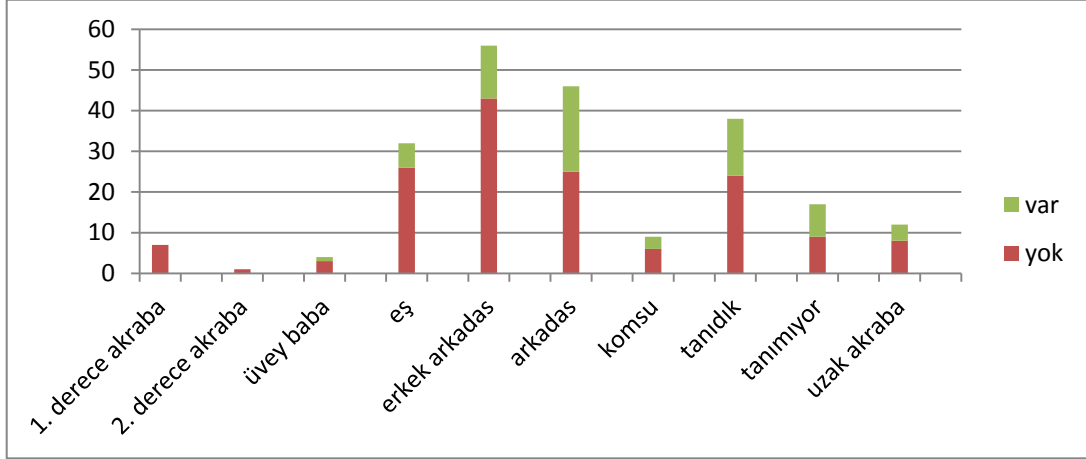


Şekil 1. İlişki sayısı ile akut livata bulguları.



Şekil 2. İlişki sayısı kronik livata bulguları.

Sanık yakınlık derecesi ile akut livata bulguları karşılaştırıldığında tanımadığı bir kişi tarafından istismara uğrayanlarda akut livata bulgusu %48,1'e kadar yükseldiği belirlendi. Birinci dereceden bir akrabası tarafından istismara uğrayan olgularda akut livata bulguları yoktu (Şekil 3).



Şekil 3. Sanık yakınlık derecesi ile akut livata bulgularının karşılaştırılması.

Fizik muayene bulguları ile sanık yakınlık dereceleri birlikte incelendiğinde; tanımadığı kişiler tarafından istismara uğrayanlarda zor izi %47,1 olarak bulundu. Sanık yakınlık derecesi ile fizik muayene bulgularının karşılaştırılması Tablo XXV'te gösterilmiştir.

Tablo XXV. Sanık yakınlık derecesi ile fizik muayene bulgularının karşılaştırılması.

Sanık yakınlık derecesi	Fizik muayene bulguları				Toplam
	Yok	Var	Kiss of love	Zor izi ve kiss of love	
1. derece akraba	4 1,8%	3 1,4%	0 ,0%	0 ,0%	7 3,2%
2. derece akraba	1 ,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 ,5%
Üvey baba	4 1,8%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 1,8%
Eş	23 10,4%	8 3,6%	0 ,0%	1 ,5%	32 14,4%
Erkek arkadaş	44 19,8%	10 4,5%	2 ,9%	0 ,0%	56 25,2%
Arkadaş	35 15,8%	11 5,0%	0 ,0%	0 ,0%	46 20,7%
Komşu	6 2,7%	3 1,4%	0 ,0%	0 ,0%	9 4,1%
Tanıdık	25 11,3%	12 5,4%	1 ,5%	0 ,0%	38 17,1%
Tanımıyor	9 4,1%	7 3,2%	1 ,5%	0 ,0%	17 7,7%
Uzak akraba	12 5,4%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	12 5,4%
Toplam	163 73,4%	54 24,3%	4 1,8%	1 ,5%	222 100,0%

Sanık yaş aralığı ile kronik livata bulguları karşılaştırıldığında; sanıkların 18 yaş üzerinde olduğu durumlarda kronik livata bulgusu görülme oranı artmıştı. Tablo XXVI'da sanık yaş aralığı ile kronik livata muayene bulguları karşılaştırılmıştır.

Tablo XXVI. Sanık yaş aralığı ile kronik livata muayene bulgularının karşılaştırılması.

Kronik livata bulguları	Sanık yaş aralığı		Toplam
	0-18	18 üzeri	
Yok	53 23,9%	114 51,4%	167 75,2%
Tonusta azalma	0 ,0%	2 ,9%	2 ,9%
Pililerde asimetri	1 ,5%	7 3,2%	8 3,6%
Pililerde silinme	1 ,5%	2 ,9%	3 1,4%
Skar	8 3,6%	17 7,7%	25 11,3%
Refleks anal dilatasyon	1 ,5%	2 ,9%	3 1,4%
Hunileşme	0 ,0%	1 ,5%	1 ,5%
İkiden fazla bulgu	1 ,5%	3 1,4%	4 1,8%
Tonus azalması + hunileşme	0 ,0%	2 ,9%	2 ,9%
Tonus azalma+ pili asimetri	1 ,5%	3 1,4%	4 1,8%
Tonus azalma+ RAD	0 ,0%	1 ,5%	1 ,5%
Pili asimetrisi + hunileşme	0 ,0%	2 ,9%	2 ,9%
Toplam	66 29,7%	156 70,3%	222 100,0%

Sanık sayısı ile akut livata bulguları birlikte değerlendirildiğinde sanık sayısı arttıkça akut bulgu bulma oranının arttığı belirlendi. Sanık sayısı bir olduğunda bulgu bulma oranı %29,1 (n:182), iki olduğunda %34,6 (n:26), üç olduğunda %50 (n:8), dört olduğunda %50 (n:2), beş ve üzerinde olduğunda %75 olarak bulundu. Ayrıca sanık sayısı beş olduğunda kronik livata bulgusu sanık sayısı bir olduğunda görülen orandan yaklaşık üç kat daha fazla olduğu saptandı.

Olayı etkileyen faktörler ile akut ve kronik livata bulguları birlikte değerlendirildiğinde; istismar yapma sırasında alkol, kayganlaştırıcı kullanımı gibi kolaylaştırıcı bir unsur kullanımı ile bulgular arasında bir ilişki yoktu. Kayganlaştırıcı kullanımında bulgu bulma oranı beklenenin aksine artmıştı (Tablo XXVII).

Tablo XXVII. Olayı etkileyen faktörlerle akut ve kronik livata bulgularının karşılaştırması.

Olayı etkileyen faktörler	Akut livata bulguları			Kronik livata bulguları		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Yok	83	34	117	93	24	117
Kayganlaştırıcı	48	19	67	51	16	67
Alkol	6	5	11	7	4	11
İlaç	2	5	7	6	1	7
Kabızlık	2	4	6	3	3	6
Alkol ve ilaç	3	0	3	3	0	3
Kayganlaştırıcı+alkol	6	3	9	3	6	9
Kayganlaştırıcı + ilaç	1	0	1	1	0	1
Kayganlaştırıcı + kabızlık	1	0	1	0	1	1
Toplam	152	70	222	167	55	222

Sanıkların saldırı sırasında fiziksel güç kullanması veya mağduru tehdit etmesi akut livata bulgularını belirgin bir şekilde arttırmıştı ancak fiziksel güç ve tehdit unsurunun birlikte kullanıldığı vakalarda akut livata bulgusu %9,5'e düşmüştü. İstismarı yapma yöntemi ile kronik livata bulguları arasında benzer bir ilişki belirlendi (Tablo XXVIII).

Tablo XXVIII. İstismarı yapma yöntemi ile akut ve kronik livata bulgularının karşılaştırılması.

İstismarı yapma yöntemi	Akut livata bulguları			Kronik livata bulguları		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Hile	35	12	47	42	5	47
Tehdit	16	11	27	17	10	27
Fiziksel güç kullanımı	51	32	83	55	28	83
Fiziksel-mental kısıtlılık	10	2	12	8	4	12
Yaş kısıtlılığı	15	4	19	17	2	19
Fiziksel güç ve tehdit	19	2	21	19	2	21
Fiziksel güç ve fiziksel mental kısıtlılık	4	5	9	6	3	9
Tehdit ve fiziksel mental kısıtlılık	2	2	4	3	1	4
Toplam	152	70	222	167	55	222

Medeni durum ile akut livata bulguları karşılaştırıldığında bekar olgularda akut livata bulgularına rastlanma oranının evli olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Akut livata bulgularının oranı boşanmış olgularda %50 (n:10) olduğu tespit edildi. Buna karşılık evli olgularda kronik livata bulguları bekarlara göre daha fazlaydı (Tablo XXIX).

Tablo XXIX Medeni durum ile akut ve kronik livata bulgularının karşılaştırılması.

Medeni durum	Kronik livata bulguları			Akut livata bulguları		
	Yok	Var	Toplam	Yok	Var	Toplam
Bekar	135	41	176	120	56	176
Evli	24	12	36	27	9	36
Boşanmış	8	2	10	5	5	10
Toplam	167	55	222	152	70	222

5. TARTIŞMA:

2001–2006 yılları arasında çocuk hastanelerine başvurup istismar ve ihmal kuşkusu ile izlenen Türkiye genelinde çalışan on çocuk koruma biriminin verilerine göre, 593 vakanın %51.4'ünün cinsel istismar olduğu belirlenmiştir (28). Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Samsun Ağır Ceza Mahkemesine yansıyan tüm dava dosyalarının %12.4'ünün, Hatay'da yapılan çalışmada %3.25'inin, Aydın'da %7.6'sının cinsel suçlar ile ilgili olduğu bildirilmiştir (9,29,30).

Çocukluğunda cinsel istismara maruz kalanların prevelansının DSÖ'nün 2004 yılına ait verilerinde kızlarda yaklaşık %27, erkeklerde %14 olduğu belirtilmiştir (31). 2008 yılında üç Orta Amerika ülkesinde 15 yaş öncesi cinsel istismar verilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 15 yaş öncesinde istismara maruz kalanların prevelanslarının Guatemala'da %4.7, Honduras %7.8 ve El Salvador'da %6.4 arasında değiştiği, bildirilen vakaların çoğunluğu 11 yaşından önce meydana geldiği ve faillerin genellikle kurbanlar tarafından bilinen insanlar olduğu belirtilmiştir (32). Cinsel istismara uğramış 1962 lise öğrencisinin %76.7 kız, %23.3 erkek olduğu belirtilmiştir (33). 21 ülkeden 39 çalışmanın değerlendirildiği metaanaliz çalışmasında; iki çalışma dışında, tüm çocukluk yaş grupları için kızların, erkeklere oranla birbuçuk-beşbuçuk kat daha fazla Cİ'ye uğradıkları vurgulanmıştır (14). Hatay Ağır Ceza Mahkemesi'nde 2006-2007 yıllarında karara bağlanan 1844 dava dosyasından cinsel suçlar ile ilgili olan 60 dosya üzerinden yapılan bir çalışmada cinsel saldırı mağdurlarının %21.6'sının erkek, %78.3'ünün kadın olduğu, Şahin ve ark. tarafından Gazi Üniversitesi'nde Şubat 2001 ve Ocak 2007 tarihleri arasında yapılan çalışmada; Cİ nedeni ile değerlendirilen 64 çocuğun; 38'inin (%59.3) kız, 26'sının (%40.7) erkek olduğu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne 2000 ve 2004 yılları arasında başvuran hastalardan, Cİ nedeniyle değerlendirilen 42 çocuğun; 25'inin (%59.5) kız, 17'sinin (%40.5) erkek olduğu bildirilmiştir (30,34,35) . Ayrıca literatürde erkek olguların kız olgulara göre daha küçük yaşlarda istismara maruz kaldığı belirtilmektedir (36,37).

Nisan 2001 Mart 2006 tarihleri arasında Kuzey İrlanda adalet sistemine kaydedilen 9155 Cİ mağduru üzerinde yapılan çalışmada %56'sının (5126) çocuk olduğu, istismarın en sık 10 yaş ve üzeri (%70), en az ise 0–4 yaş grubunda (%8) gerçekleştiğini

belirtmişlerdir (38). Samsun 1. Ağır Ceza Mahkemesi'nde 1999-2003 yılları arasında karara bağlanmış cinsel suçlarla ilgili dosyaları incelendiği bir çalışmada kadın mağdurların 16-18 yaş, erkek mağdurların ise sıklıkla 11 yaş altı grubundan olduğunu belirtmişlerdir (29). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne başvuran 42 olgunun değerlendirildiği çalışmada; erkeklerin en sık okul döneminde (7-11 yaş; %39.1), kızların ise ergenlik döneminde (12 ve üzeri; %62.5) cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir (35). Hatay'da yapılan bir çalışmaya göre cinsel saldırı mağdurlarının en küçüğünün 5, en büyüğünün 38 yaşında olduğu bildirilmiştir (30).

24.06.2010 tarihinden 2014 Aralık ayına kadar yargı makamları tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne toplam 6285 hasta yönlendirilmiştir. Bunlardan cinsel istismar iddiası olanların oranı %10,61 (n:592) olarak belirlendi. Cinsel muayeneleri kolposkop eşliğinde yapılan bu olguların %88,6'i (n:524) kadın, %11,4'ü (n:68) erkekti. Çalışmaya kolposkop eşliğinde muayene edilen 592 olgudan anal yoldan cinsel istismar iddiası bulunan ve elde ettiğimiz verileri bilimsel bir çalışmada kullanılmasına izin veren 222 olgu dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 222 olgunun 154'ü (%69,4) kadın, 68'i (%30,6) erkekti. Polikliniğimize başvuran tüm olgular incelendiğinde cinsel istismar iddiası ile gönderilen olgu oranı literatürdekilerle benzer olduğu görüldü. Çalışma grubu içerisine aldığımız olgularda anal istismar iddiasının olması çalışmamızdaki erkek oranını yaklaşık üç kat arttırdı.

Çalışmamızda olguların en küçüğü üç, en büyüğü 53 yaşında olup ortalama yaş $19,88 \pm 10,49$ olarak bulundu. Kadınların yaş ortalaması $21 \pm 10,4$ iken erkeklerin yaş ortalaması $17,3 \pm 10,1$ olarak bulundu. Olguların %60,8'i 18 yaş ve altında iken, %18'i 12 yaş ve altındaydı. Erkek olguların %36,8'i 12 yaşın altındaydı ve 12 yaş altında erkeklerin oranı kadınlardan daha fazlaydı. Literatürde mağdurların cinsiyetleri ile yaşlarının karşılaştırıldığı veriler daha ziyade çocuk yaş grubu ile ilgiliydi (29,35). Bu çalışmada çocuk ve yetişkin yaş grubundan olgular olmasına rağmen erkek olguların yaş ortalaması kız olgulardan daha küçük olarak bulundu.

Erkek mağdurların erkeksi özelliklerin henüz belirgin hale gelmediği küçük yaşların saldırgan tarafından tercih edildiği düşünüldü. Ayrıca saldırgana karşı koymada yeterli fiziksel ve ruhsal gelişimini tamamlamamış olmasının yine saldırgana fayda sağladığı düşünüldü.

Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan çalışmada Cİ'nin görüldüğü grupta okula gitmeme oranının (%22.6), kontrol grubundan (%1.6) istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir (39). Çukurova Üniversitesi'nde 484 olgunun değerlendirildiği çalışmada; ortalama eğitim süresinin 4.91 ± 3.32 yıl, kızlar için 5.50 ± 3.3 yıl, erkekler için ise 3.50 ± 2.9 yıl olduğunu, olguların %33.7'sinde eğitiminin aksadığı, %17.6'sının ailesinden ayrıldığı, %33.3'nün ise çevre baskısı ile karşılaştığı ve bu durum kızlarda erkeklere göre daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (40). Mersin'de Çocuk Psikiyatri polikliniğinde Temmuz 2001- 2010 yılları arasında değerlendirilen cinsel istismar olgularını içeren bir çalışmada; 353 (%87.8) (282 kız ve 71 erkek) olgunun ortalama eğitim süresinin 6.62 ± 2.66 yıl, kız olguların ortalama eğitim süresinin 7.02 ± 2.58 , erkek olguların ortalama eğitim sürelerinin ise 5.04 ± 2.41 olduğu, Cİ'ye uğramış olgu grubunda okula gitmeme oranının kontrol grubuna göre 17.5 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (41).

Eğitim durumlarına bakıldığında 222 olgunun % 36'sının (n:80) ilkokul, %13,5'inin (n:30) lise, %1,8'inin (n:4) üniversite öğrencisi olduğu belirlendi. Olguların %14,4'ü okuryazar değildi. İlkokul mezunu olan veya ilkokul öğrencisi olan ya da hiç eğitim almamış olguların oranının % 77,9 olduğu bulundu. Literatürde mağdurların eğitim süreleri ve okula gitmeme oranları karşılaştırılmış olduğu halde okuryazar oranları belirtilmemişti. Olguların büyük çoğunluğunun ilkokul seviyesinden daha fazla eğitim almamış oldukları görüldü bu açıdan literatürdeki veriler ile uyumluydu (40,41).

Yıldız ve arkadaşlarının Mersin'de yaptıkları çalışmada olguların %25.66'sının kalifiye olmayan işlerde çalıştıkları, 97 kadın olgudan %27.83'nün, 16 erkekten %12.5'inin bir işte çalıştığı saptanmıştır (42).

Olguların % 36,5'inin öğrenci olduğu, gelir getiren bir işte çalışanların oranının %15,4 olduğu bulundu. Olguların %39,2'sinin işsiz, %9'unun ev hanımı olduğu belirlendi. Gelir getiren bir işte çalışanların oranı düşüktü. Literatürde cinsel saldırı/istismara maruz kalan olguların iş sahibi olup olmadıkları ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdı ve bulunan oranlar Mersin'de yapılan çalışma ile benzerdi.

Cİ'ye uğramış olguların çoğunluğunun kardeş sayısının bir ve ailenin de ilk çocuğu olduğu belirtilmiştir (41). Almanya'da yapılan bir çalışmada; üç ya da daha fazla kardeşe

sahip olmanın çocukluk döneminde Cİ'ye uğrayan olgularda, uğramayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta olduğu ifade edilmiştir (43). Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada; Cİ'ye uğramış olgu grubunda kardeş sayısının daha fazla olduğu ve ailenin küçük çocuğu olma eğilimi yönünden olgu grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, ailenin küçük çocuğu olmanın cinsel istismara uğrama riskini artırdığı belirtilmiştir (39). Bu çalışmaların aksine Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1997 yılında yapılan bir çalışmada ve Çin'de 4 ilde 3261 lise öğrencisi ile cinsel istismar üzerine yapılan bir anket çalışmasında; ailedeki çocuk sayısı ile Cİ arasında bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (44,45).

Bizim çalışmamızda olguların %7,7'sinin ailenin tek çocuğu olduğu saptandı. %43,7'sinin iki veya üç çocuklu olduğu, %13,5'inin dört ve üzerinde kardeşinin olduğu bulundu. %38,3'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu saptandı. Çalışmamıza katılan ailelerin çoğunluğunun iki veya daha fazla çocuklu olduğu belirlendi. Cinsel saldırı/istismara uğrayan olguların %38,3 ile en fazlası ailenin ilk çocuğuydu ve bu sonuç dikkat çekiciydi.

2008 yılında 7–12 yaş aralığında Cİ mağduru olan 67 kız çocuk ile Cİ mağduru olmayan 67 kız çocuğunun karşılaştırıldığı bir çalışmada; Cİ mağduru olan olguların %25,4'ünün ebeveynlerinin birlikte olduğu, %53,7'sinde ise çocuğun tek ebeveynle yaşadığını ve tek ebeveynle yaşama oranının Cİ mağduru olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduklarını bildirmiştir (46). Boşanmış veya parçalanmış aileye sahip olguların aile içi istismara uğramanın (%25,9), anne ve babası birlikte olanlara (%14,7) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandığı belirtilmiştir (41).

Olguların aile yapıları incelendiğinde ebeveynlerinin %55,9'unun evli olduğu, %20'sinin boşanmış olduğu tespit edildi. Olguların kardeş sayısı ile ebeveyn medeni durum karşılaştırıldığında tek kardeş olanlarda ebeveyn boşanma oranının %53 olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda parçalanmış ailelerin oranı yüksekti ve literatüre uygundu (41,46).

2009 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan çalışmada; cinsel istismara uğramış olgu grubundaki annelerin eğitim düzeyinin kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (39). Ayrıca Bernard-Bonnin ve ark. çalışmalarında; Cİ mağduru olan grubun anne ve baba eğitim süresinin, Cİ mağduru

olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir (46).

Çukurova Üniversitesi'nde yapılan çalışmada Cİ'ye uğrayan çocukların annelerinin %7.6'sının, babalarının %91.7'sinin bir işte çalıştığı belirtilmiştir (40). Çengel ve ark. 2007 yılında yaptığı çalışmada istismara uğrayan çocukların %88.3'ünün babasının çalıştığı, %54'ünün ise annesinin ev hanımı olduğunu bildirmiştir (35). Bernard-Bonnin ve ark. çalışmalarında; her Cİ'ye uğrayan ve uğramayan iki grup arasında annenin çalışıyor olması açısından istatistiksel olarak bir farklılık saptamamışlardır (46). Sosyoekonomik düzeyi düşük, kırsal veya yarı kentsel bölgelerde yaşayanların daha fazla cinsel istismara maruz kaldığını belirtmişlerdir (2). Ancak Finkelhor tarafından 1993 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise sosyoekonomik düzeyin fiziksel istismar ve ihmal için güçlü bir risk etkeni iken, cinsel istismara etkisinin olmadığı belirtilmiştir (47).

Olguların annelerine ait veriler incelendiğinde lise ve üniversite mezunlarının oranının %5,9 olduğu, %12,6'sının okuma yazma bilmediği bulundu. %55'inin ev hanımı olduğu tespit edildi. Olguların babalarının %6,8'inin işsiz olduğu, %9,9'unun vefat etmiş olduğu belirlendi. Lise ve üniversite mezunlarının oranının %13,5 olduğu ve %7,2'sinin okuma yazma bilmediği tespit edildi. Annelerde babalara göre hem okuma yazma bilme oranı az olduğu hem de nitelikli bir eğitim alamamış oldukları görüldü. Bir işte çalışma oranı da babalarda annelere göre çok daha fazla olduğu bulundu. Çocuk yetiştirme görevinin annelerin üzerinde olduğu toplumumuzda anne eğitim düzeyinin düşük olmasının olguların cinsel istismara daha fazla maruz kalmalarına neden olabileceği düşünüldü.

Nikel ve ark. tarafından yapılan çalışmada; birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme %21.4, Santos ve ark. tarafından %11 bulunmuştur (43,48). Mersin'de yapılan çalışmada birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme oranı %15.9 olarak tespit edilmiştir (41). Doğan'ın yaptığı çalışmada Cİ'ye uğrayan olguların istismarcılarının sayısının olguların %89.5'inde bir kişi olduğu belirtilmiştir (39).

Cinsel saldırıda/istismarda bulunan kişinin cinsiyeti ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda; %85-100'ünün erkek cinsiyet olduğu belirlenmiştir (46,49,50,51).

Metin çalışmasında istismarcının yaş ortalamasının 27.71 ± 13.14 yıl olduğunu, Doğan yaptığı çalışmada, 34.7 ± 17.1 yıl ve 14 ila 79 yaş aralığında olduğunu belirtmişlerdir (39,41). Hükümlü 102 kişi üzerinde yapılan çalışmada; çocuğa yönelik cinsel saldırıda bulunanların yaş aralığı 15-61 yaş, yaş ortalaması 26.69 ± 9.53 yıl, yetişkine yönelik cinsel suç işleyenlerin ise yaş aralığı 18-48 yaş, yaş ortalaması 28.50 ± 7.33 yıl olup çocuğa ve yetişkine yönelik cinsel saldırıda bulunan iki grubun yaş değişkeni açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (52). Gudjonsson ve Sigurdsson tarafından yapılan çalışmada; çocuğa yönelik cinsel saldırıda bulunanların yaş ortalamasının 29 ± 8.7 , erişkine yönelik cinsel saldırıda bulunanların yaş ortalamasının 26 ± 8.7 olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (53).

Çalışmamızda sanıkların tamamının erkek olduğu görüldü. Olguların %82'sinin bir sanık tarafından, %11,7'sinin iki sanık tarafından, %1,8'inin beş ve üzeri sanık tarafından istismara maruz kaldığı öğrenildi. Cinsel istismarı gerçekleştirenlerin cinsiyeti ve sanık sayısı oranları literatürle benzerdi (39,41,43,46,48-51).

Sanıkların yaş ortalaması $27,1 \pm 10,4$ olup yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında 18 yaşından büyük olanların oranı %70,3 olarak bulundu. Mağdur yaş grupları ile şüpheli yaş grupları karşılaştırıldığında 18 yaş altındaki mağdurlara istismarda bulunan saldırganların %31,1'inin 18 yaş üzerinde olduğu, %29,7'sinin 18 yaş altında olduğu tespit edildi. 0-12 yaş arası mağdurlara saldırıda bulunan sanıkların %67,5'inin 0-18 yaş arasında olduğu belirlendi. Sanıkların büyük çoğunluğu 18 yaş üzerindeydi, ancak mağdur yaşları küçüldükçe sanıkların 18 yaşının altında olma oranı artıyordu. Özellikle mağdur yaşı 12 yaşın altında olduğunda normal sanık yaş grubu profilinin tam tersine sanıkların büyük çoğunluğunun 18 yaş altında oldukları görüldü.

Sanıkların mağdura olan yakınlığı ile ilişkili çalışmalarda istismarcının %14-43 arasında aile üyelerinden biri olduğu belirtilirken, %31-71 arasında çocuğun bir arkadaşı ya da tanıdığı biri olduğu, yabancı biri tarafından istismara uğrama oranının da %22 olduğu bildirilmiştir (50,54,55). Diğer bir çalışmada; olguların %41'inde istismarcının tanıdık, %25'inde akraba, %34'ünde yabancı, başka bir araştırmada %49.2'sinde yakın akraba, %19.4'ünde uzak akraba, %25.4'ünde tanıdık ve %6'sında yabancı olduğu belirtilmiştir (46,56). Erişkin cinsel saldırı mağdurları üzerinde yapılan bir çalışmada;

kadın kurbanların %62'sinin, erkek kurbanların ise %63'ünün tanındık biri tarafından saldırıya uğradığı bildirilmiştir (57).

Ülkemizde Samsun'da yapılan çalışmada %11.1'inde yabancı, %66.7'sinde tanındık ve %22.2'sinde ise akraba, Aydın'da %88'inin tanındık, Konya'da yapılan çalışmada; %35.3'ünün erkek arkadaşı, %16'sını tanındık, %7.3'ünün akraba olduğu saptanmıştır (10,29,58). Carlstedt ve ark. 162 olgudan oluşan çalışmalarında; istismarcılardan %27.7'sinin tanındık, %25.3'ünün yabancı ve %23.4'ünün babası olduğu bildirilmiştir (59). Edinburgh ve ark. aile dışı cinsel istismar tanısı olan tüm kız ve erkek çocukları incelediği çalışmada; tüm Cİ türleri arasında aile dışı Cİ'ye enestten daha sık rastlandığı bildirilmiştir (60). Magalhaes ve ark. çalışmasında; 1054 olgudan 860'ının kız çocuğu %41.5'inin aile içi, %58.4'ünün aile dışı, 194 erkek çocuğun %34.5 aile içi, %65.5'sinin aile dışı biri tarafından istismar edildiği aile içi olanların %46.0'sının akraba, %44.8'inin baba, %9.2'sinin üvey baba olduğu, aile dışı olanlardan %67.9'unun tanındık olduğu kızların erkeklere göre daha çok aile içi istismara uğradığı belirtilmiştir (61).

İzmir'de yapılan bir çalışmada istismar olgularının %76.3'ünde istismarcının aile dışından, %23.7'sinin aile içinden biri olduğu, aile içi istismarcı kimliğinin çoğunlukla öz baba ve üvey baba olduğu belirtilmiştir (39). Csorba ve ark. çalışmalarında; 209 kız çocuk ve ergenin %25'inin aile içi Cİ'ye uğradığını ve bunların %40'ında istismarcının üvey baba, %44'ünde ise öz baba olduğu belirtilmiştir (56).

Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada; istismarcıların %34.3'ünün aile içi, %65.7'sinin aile dışı, %37.5'inin ise tanındık olduğunu, Adana'da yapılan çalışmada; %66.6'sının aile dışı, %33.3'ünün ise aile içi olduğunu tespit etmişlerdir (34,35). Almanya'da psikosomatik kliniğinde yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada; çocukluk döneminde Cİ'ye uğrayan 250 erişkin hastanın %25.7'si baba veya üvey baba, %4'ü anne veya üvey anne, %12.4'ü amca veya kuzen, %10'u kız veya erkek kardeş, %7.6'sı dede veya nine, %30.1'i tanındık, %29.3'ü de yabancı tarafından Cİ'ye uğradığını bildirmiştir (43).

Adana'da yapılan bir çalışmada her iki cins için de istismarın en sık tanındık tarafından (K:%50.4 E:%63.6) yapıldığı, kızların birinci derece akraba (K:%10.6; E:%3.5) tarafından erkeklere göre (K:%13.0; E:%6.3) erkeklerin ise yabancı kişiler (E:%26.6;

K:%17.7) tarafından kızlara göre daha çok istismar edildiği belirtilmiştir (40). Bahalı ve ark. yapmış oldukları çalışma sonucunda; aile dışı istismara maruz kalmanın erkeklerde %92.3, kızlarda %75.5 olduğu sonucuna varmışlardır (62). Şahin ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada; ergen Cİ'si ile ilgili sonuçlara bakıldığında; akran istismarının %33.3, bir erkek akraba tarafından istismarın %7.4, öz baba istismarının %14.8 olduğu bildirilmiştir (43).

Sanıkların mağdura olan yakınlığının değerlendirilmesinde; mağdurların %92,3'ünün daha önceden tanıdığı biri ya da birileri tarafından istismara maruz kaldığı bulundu. Olguların %14,4'ü eşi tarafından, %25,2'si erkek arkadaşı tarafından istismar edilmişlerdi. Birinci, ikinci derece akraba, üvey baba ve uzak akrabaları tarafından istismar edilen mağdurlar tüm olguların %10,8'ini oluşturuyordu. Sonuç olarak cinsel saldırıların genelde yabancılar tarafından işlendiği görüşünün aksine saldırıların çoğunluğunun tanıdıklar tarafından işlendiğini ortaya koymuştur. Olgularımızda akrabalar tarafından istismarının açıklanması ve başkaları tarafından fark edilmesi daha güç olduğundan dolayı ve ensest grubu olarak diğer çalışmalardan daha dar bir akrabalığın ensest ilişki kabul edilmesi nedeni ile akrabalar tarafından istismar edilme oranlarının daha düşük çıktığı düşünüldü.

Olay yeri ile ilgili yapılan çalışmalarda %20.3-54.6'sının evde, %37.5 - 60.5'inin ev dışında gerçekleştiği bildirilmiştir. Ayrıca vakaların %20.9- 56'sında saldırının kurbanın evinde, %20.8-46'sında ise saldırganın evinde meydana geldiğini belirten çalışmalar mevcuttur (2,56,61,63,64).

Cinsel saldırı eyleminin en sık (%19,4) şüpheli ile mağdurun birlikte yaşadıkları evde meydana geldiği ayrıca olayın %18,9'u sanığın evinde, %8,1'i mağdurun evinde gerçekleştiği bulundu. Olguların %25'i açık alan, kırsal ve araç içi gibi ev dışı yerlerde istismara uğramıştı. Ayrıca açık alanda istismar edilen mağdurların yaş grupları incelendiğinde %42,9'luk kısmını 0-12 yaş grubundan çocukların oluşturduğu ve 0-12 yaş grubu çocukların %30'unun açık alanda istismara maruz kaldığı belirlendi. Mağdurun evinde istismara uğrama oranı oldukça düşüktü bu durumun anketimizde yer alan üçüncü bir kişinin evinde istismara uğrama seçeneğinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. 12 yaşının altındaki çocukların sokakta Cİ açısından hedef oldukları düşünüldü.

Tüm yaş grupları için Adana'da ve Aydın'da cinsel suçların yaklaşık 1/3, Samsun'da ise %58.7 oranında mağdurun rızası ile gerçekleştiği bildirilmiştir (3,9,29). Samsun 1. Ağır Ceza Mahkemesi'nde karara bağlanmış dava dosyaları ile yapılan çalışmada; erkek mağdurların %68.8'inde eylemin rızaları dışında (darp-cebir, hile, tehdit vb.) gerçekleştiği, kadın mağdurların ise %33.5'inin cinsel eyleme rızaları dışında maruz kaldığı belirtilmiştir (29). Magalhaes ve ark. 18 yaş altı 1054 Cİ olgusunun 93'ünde (%8.8) mağdurun rızasının olmadığını bildirmişlerdir (61).

Yapılan çalışmalarda cinsel şiddet ile birlikte genellikle mağduru cinsel ilişkiye zorlama şekli olarak şiddet kullanıldığı, kullanılan şiddetin ise en fazla fiziksel şiddet olduğu, literatürde fiziksel şiddetin tüm cinsel saldırı olgularının %33-64'ünde tespit edildiği bildirilmiştir (10,61,63). Priebe ve ark. tarafından 2009 yılında anket yöntemi ile yapılan çalışmada; kız mağdurların %18.6'sının alıkonulma, %2.8'inin zor kullanılma, %1.7'sinin ise tehdit edilme, erkeklerin ise %8.0'ının alıkonulma, %0.2'sinin zor kullanılma ve %1'inin de tehdit edilme şeklinde olduğu, kızlarla erkekler arasındaki fark için sadece alıkonulmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (65).

Cinsel şiddet için silah kullanımının çok yaygın olmadığı ancak Aydın'da yapılan bir çalışmada ise kesici delici alet kullanımının %12, ateşli silah kullanımının %8 oranında olduğu tespit edilmiştir (9).

Saldırganların %37,4'lük oranla en sık fiziksel güç kullanarak cinsel istismarı gerçekleştirdikleri belirlendi. Cinsel saldırı eylemlerinin %49,6'sının tehdit veya zor kullanılarak gerçekleştiği bulundu. Cinsel ilişkiye zorlama şekli olarak fiziksel şiddet ve tehdit kullanımı literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi (10,29,61,63,65).

Eğer penis veya benzeri cismin yavaşça, zor kullanılmadan, rızayla ve kayganlaştırıcı madde kullanılarak penetrasyonu gerçekleşmişse, duhule dair hiçbir travmatik iz bulunamayabilir. Erişkinlerde ise hiperemi, ekimoz, fissür ve laserasyon gibi travmatik lezyonlar, penis veya benzeri cismin penetrasyonuna direnç gösterme ve/veya penetrasyon zorla yapıldığında ortaya çıkabilir (66). Dubé ve Anda'nın 2005 yılındaki çalışmasına göre; genital yaralanmaların olmaması özellikle erişkinlerdeki daha önceden yapılmış olan cinsel aktivitelere ayrıca saldırganın mağduru tehdit etmesi, ikna etmesi,

kandırması ya da kaydırıcı kayganlaştırıcı madde kullanılmasına bağlı olabileceği belirtilmiştir (67).

Çalışmamızda olayı etkileyen faktörler incelendiğinde sanıklar tarafından %30,2 oranında en sık kayganlaştırıcı kullanıldığı tespit edildi. Cinsel istismar sırasında kullanılan yardımcı faktörler ile cinsiyetin birlikte değerlendirilmesinde; erkeklerde %63,2 oranında olayı etkileyen herhangi bir faktör yokken, kadınlarda %52 oranında cinsel istismarı etkileyen kayganlaştırıcı, alkol gibi faktörlerin kullanılmış olduğu bulundu. Ayrıca sanık yaş aralığı ile istismarı kolaylaştırıcı bir faktör kullanım öyküsü karşılaştırıldığında 18 yaş altı sanıklarda kayganlaştırıcı gibi istismarı kolaylaştırıcı faktör kullanımı %34,8 iken 18 yaş üzerinde %52,6'ya çıktığı gözlemlendi. Kadınlara yönelik cinsel istismarda daha çok kayganlaştırıcı kullanılması ve sanıkların 18 yaş üzerinde kayganlaştırıcı madde kullanımı olayın nitelikli olması halini düşündürdü.

Yapılan çalışmalarda; anal ve/veya vajinal penetrasyonun %0.8-%80 arasında değişen oranlarda görüldüğü belirtilmiştir (46,56,60). Magalhaes ve ark. 1054 olgunun %32.3'ünde dokunma, %17.9'unda vajinal penetrasyon, %6.7'sinde anal penetrasyon, %7.1'inde vajinal ve anal penetrasyon, %14.4'ünde sürtünme, %1.6'sında ise göstericilik olduğunu belirtmiştir (61). Dube ve ark. tarafından 1995-1997 yılları arasında 17337 yetişkin ile retrospektif olarak yapılan anket çalışmasında; istismar şekli olarak 9367 kız mağdurun %22.5'sinin dokunma, %8.6'sının sürtünme, %5.6'sının penetrasyon, 7970 erkek mağdurun ise %13.2'sinin dokunma, %7.3'ünün sürtünme, %6.7'sinin penetrasyon şeklinde istismar edildiği cevaplarını almışlardır (67). Shaw ve ark. 2000 yılında yapmış oldukları 51 olguluk çalışmalarında istismarın %70'inin dokunma, %45'inin genital sürtünme, %16'sının vajinal penetrasyon, %38'inin oral/genital temas, %23'ünün anal sürtünme, %17'sinin anal penetrasyon ve %12'sinin obje penetrasyonu şeklinde gerçekleştiği bildirilmiştir (68). Ruggiero ve ark. 2000 yılında yaşları 6-16 arasında değişen 80 Cİ olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında genital penetrasyon oranının %58.4 olduğu bildirilmiştir (69).

Cinsel istismarı uygulama şekline bakıldığında %84,2 oranla anal penetrasyon gerçekleştiği, %4,5'inin taciz boyutunda kaldığı bulundu. Literatürde bazı araştırmalarda dokunma gibi temas içermeyen istismar şekillerinin daha sık olması, ülkemizdeki çalışmalarda penetrasyonun ön planda olması, sosyokültürel nedenlerden dolayı

dokunmanın bildirim olarak oldukça düşük seviyelerde bulunması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan çok daha fazla penetrasyon olması çalışma grubunda anal yoldan istismar edilen kişilerin yer alması ile ilgili olduğu düşünüldü.

İstismarı açıklamaya kadar geçen süreyi değerlendiren çalışmalar ortalama 3–18 yıl gibi bir gecikmenin olduğunu, istismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı Cİ'nin çoğu kez gizli olarak kaldığı ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmanın zor olduğu belirtmiştir (8,70). Hebert ve ark. olguların %21.2'sinin ilk istismar olayından sonraki bir ay içinde istismarın açıklandığını, %57.5'inin ise 5 yıl ya da daha fazla süreyle istismarı açıklamayı geciktirdiğini bildirmiştir (71).

Olay tarihi ile muayene arasında geçen süre incelendiğinde; vakaların %26,1'lik (n:58) oranla en sık olaydan 24 saat içerisinde muayene edildiği görülürken %27'lik (n:48) önemli bir kısmının olaydan bir aydan daha sonraki bir zamanda muayene edildikleri bulundu. Anabilim dalı olarak 7 gün 24 saat olarak hizmet verdiğimizden ve hizmet verdiğimiz bölgedeki savcılık ve mahkemelerce bilinmesinden dolayı akut vakaları değerlendirme oranımızın oldukça yüksek olduğu düşünüldü.

Joyce A. Adams ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı cinsel istismara uğramış olabilecek çocukların bakım ve medikal tedavisi için güncellenmiş kılavuz isimli çalışmada anal bölgede bulunan linea vestibularis avasküler orta hat alanı, diastazis ani, peri anal doku katlantıları, peri anal dokunun hiperpigmentasyonu gibi belirtilerin yeni doğanlarda ya da istismara uğramayan çocuklarda yaygın olarak görülen bulgular olduğu, bu bulguların normal ve çocuğun cinsel istismar açıklaması ile ilgisiz olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada anal fissür venöz konjesyon ya da venöz dolgunluk (göllenme), çocuklarda predispozan koşullarda anal dilatasyon (Bu predispozan semptomlar: kabızlık veya enkoprezis gibi semptomlar, çocuğun anestezi altında sedatize olması, ölüm gibi nöromusküler tonusu kaybettiren durumlardır.) gibi belirtilerin travma ya da cinsel temas dışında genellikle tıbbi koşullar nedeni ile oluşan bulgular olduğu ifade edilmiştir. Eritem, enfeksiyon, mantar, virüs, parazit ya da cinsel geçişli olmayan enfeksiyonlar sırasında perianal dokuda fissür hatalı orta hat birleşmesi (perianal oluk), rektal prolapsus, anoderm ve rektal mukozanın kesiştiği noktada pektinat, dentat hattın görülmesi, eksternal anal sfinkterin parsiyel dilatasyonu, internal sfinkterin kapalılığı nedeni ile perianal dokuda

derin katlantı görüntüsü histopatolojik olarak doğrulanmış postmortem morarma sonucu oluşan hymen dahil genital yapıların kırmızı mor renk değişikliği gibi bulguları istismar için yanıltıcı koşullar olarak belirtilmiştir. İnternal ve eksternal anal sfinkterin ikisinin birden gevşemesi ile komple anal dilatasyon, genital ya da anal bölgede istismar dışı diğer endikasyonlar dışlandığında Herpes tip 1 veya 2 olması durumlarının cinsel ilişki ya da travma ile uyumlu olduğunu söylemişlerdir. Perine, perianal doku, skrotum, penis ve labialarda akut laserasyon, dış genital ya da anal dokuda iyileşmiş bazı lezyonlardan olan (akut lezyonun aynı yerde olduğu dokümente edilmedikçe bu ender bulgulara tanı koymak zordur) perianal skar, genital ya da anal dokuda akut ya da iyileşmiş lezyon gösterilmesi: dermis altındaki dokunun maruz kaldığı perianal laserasyon gibi bulguların travma ya da cinsel temasın neden olduğu durumlar olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelik, adli örneklerde çocuğun doğrudan vücudundan alınmış semen gösterilmesinin cinsel istismar tanısı koydurduğunu belirtmişlerdir (23).

Hobbs ve arkadaşlarının yaptığı 184 (105 erkek, 79 kadın) olgunun vaka grubu, 179 (94 erkek, 85 kadın) olgunun kontrol grubu olduğu çocuk cinsel istismarında anal belirtilerin incelendiği çalışmada; vaka grubundaki olguların %74'ünde bir veya daha fazla belirti olduğu, kontrol grubunda %16 oranında belirti olduğu bildirilmiştir. Vaka grubundaki olguların %43'ünde, kontrol grubunda %1,1 oranında birden fazla anal belirtilerin olduğu, refleks anal dilatasyonun vakalarda %22 olduğu halde kontrol grubunda %1'den az olduğu, anal fissür vakalarda %14, kontrol grubunda %1,1 olduğu, anal tonusta azalmanın vakalarda %27 kontrol grubunda %3 olduğu bildirilmiştir (26).

Ödem, eritem ve kat değişikliğinin anal kontakttan sonraki yedi gün içerisinde en sık görüldüğü belirtilmiştir (26). Refleks anal dilatasyon, anal tonusta azalma ve fissürün istismar iddiasını takip eden sonrakialtı aya kadar izlendiği saptanmıştır (26).

Yapılan çalışmalarda kızarıklık/eritem %1-12,6 arasında değişmekteydi (27, 72-78). Fissür/laserasyon %11-50 arasında bulunmuştu (27, 72-74,75, 77,79-84). Anal ya da perianal ekimoz %0-10 arasında olduğu saptandı (27,75,77,79).

Anal gevşeklik/anal tonusta azalma %3-14 arasında değişiyordu (27, 78,80). Refleks anal dilatasyon %10-34 arasında değiştiği saptandı (27,72,73,74-77,79,85).

Anal penetrasyon olan ve olmayan çocukların anal belirtilerinin karşılaştırıldığı Arne K. Myhre ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı 1115 çocuğun incelendiği bir çalışmada: olası penetrasyon olan grubun(n:198) %12,6'ında eritem, %2'sinde ekimoz, %10,7'sinde anal fissür, %4,6'ında laserasyon, %15,2'sinde eksternal dilatasyon, %12,1'inde total dilatasyon olduğu ayrıca 1115 vakanın hiçbirinde anal skar olmadığı belirtilmiştir (27).

Pierce ve arkadaşlarının yaptığı anal istismarda anal fissür ve anal skarın öneminin incelendiği bir çalışmada; güçlü bir anal istismar öyküsü veren çocuklarda muayenede özellikle orta hattın dışında, birden fazla (durumu açıklayan tıbbi bir kanıt olmadığında) anal fissür ya da skar olması anal istismarın kesin kanıtı olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (86).

Literatürde; Cİ'nin tanınmasında fizik bakı tek başına nadiren tanı koydurucudur ve olguların %92'sinden fazlasında travmanın akut ve/veya kronik bulgularının saptanamayabileceği belirtilmiştir (87,88). Bu bulguyu destekler nitelikte bir çalışma olan Heger ve ark. çalışmalarında; kendilerine sevk edilen 2384 olası cinsel istismar olgusunun %99.3'ünde muayenenin normal olduğunu, değerlendirme anında olguların %4'ünde bulgu saptanabildiğini, vajinal ya da anal penetrasyon olmuş ciddi istismar olgularında bile bulgu saptanma oranının sadece %5.5 olduğunu bildirmişlerdir (89). Genital bölge yaralanmaları ile anal ve rektal bölge yaralanmaları kıyaslandığında, anal ilişki sonrası anüste aşık bir bulgu nadiren saptanmaktadır. Anüs ve anal kanalın istemli olarak genişleyebilmesi, herhangi bir bulgu meydana gelmesini önleyebileceği gibi, bu bölgenin damardan zengin ve kanlanması fazla oluşu, iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Ancak mağdurun yaşı küçüldükçe anal bölgedeki hasarın arttığı belirtilmektedir (49,90,91).

Bizim çalışmamızda anal bölgedeki elde edilen belirtilerin akut ve kronik livata şeklinde sınıflandırıldığı ancak literatüre baktığımızda böyle bir ayrımının yapılmadığını görüyoruz. Çalışmamızda 222 olgunun %31,5'inde (n:70) akut livata bulgularına rastlandı. %9,9'luk (n:22) oranla en sık anal fissüre rastlanırken ikiden fazla bulgu bulduğumuz olguların oranı %5,9 (n:13) olarak saptandı. Akut livata olgularının %32,9'unda (n:23) hem akut hem kronik livata bulguları saptandı. Bulgu bulma oranlarımızın literatürdekilerden farklı olmasının, kullanılan muayene yöntemleri ve çalışma grubu seçiminden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda 222 olgunun %17,6'sında anal bölgede yırtık olduğu, yırtıkların diz dirsek pozisyonunda saat kadranına göre saat 6 veya 12 hizalarında %30,8 oranında olduğu saptandı. Saat kadranına göre iki bölgede ve ikiden fazla bölgede yırtık görülme oranı %33,3'tü. Birden fazla yırtığın olduğu tüm olgular değerlendirildiğinde muayene ettiğimiz mağdurlarda saat kadranına göre on hariç diğer tüm kadranlarda yırtık saptandı. Çalışmamızda bulduğumuz anal bölgedeki yırtık görülme oranının literatür ile uyumlu olduğu görüldü. Anal bölgedeki yırtıkların saat kadranına göre değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadı.

Olguların %24,8'inde (n:55) kronik livata bulgularına rastlandı. Kronik livata olan olguların %41,8'inde (n:23) hem akut hem kronik livata bulguları olduğu belirlendi. Olgularda %11,3'lük oranla en sık skar bulundu. Kronik livata bulgusu olan olguların %23,6'sında (n:13) birden fazla bulgu saptandı. Kronik livata bulgusu olarak literatürde en sık anal dilatasyon olduğu görüldü.

Olguların %12,2'sinde (n:27) anal bölgede skar bulundu. Diz dirsek pozisyonuna göre anüste saat kadranına göre skar değerlendirildiğinde %66,7'si altı ve/veya on iki hizasında saptandı. Anal skara bir çalışmada hiç rastlanmadığı bildirilmesine rağmen bir çalışmalarda %5,4 oranında rastlandığı görüldü (26,89). Olgularımızda anal skar orta hat üzerinde daha yüksek oranda bulunuyordu. Çalışmamızda anal yırtıklar yoğun olarak saat kadranına göre altı ve oniki hizasında saptandı bu nedenle skarların orta hatta daha yüksek oranda görülebileceği düşünüldü.

Joyce A. Adams ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada tıbbi değerlendirmenin aciliyeti; acil (emergency), ivedi (urgency) ve acil olmayan (nonurgent) şeklinde önceliklendirilmiştir (23). Ergenlerde 72 saat içinde, prepubertal çocuklarda 24 saat içerisinde cinsel istismar için adli delil toplama tavsiye edilmiştir (23).

Grossin ve ark. tarafından 1998-2003 yılları arası arasında Fransa'da yapılan 418 cinsel saldırı mağdurunu içeren çalışmada; ilk 72 saat içinde muayene edilen tüm olguların %13'ünde anal bulguların olduğu, erkek olguların %50'sinde anal penetrasyon olduğu, 72 saatten sonra muayene edilen erkek olguların %31'inde anal penetrasyon olduğu saptanmıştır (91).

Olay tarihi ve muayene arasında geçen süre ile akut livata bulguları birlikte değerlendirildiğinde ilk 72 saat içerisinde gelen olgularda %50'den fazla bulgu bulundu. On günden sonra gelen vakalarda bulgu bulma oranı dramatik bir şekilde %20'nin altına düşmüştü. Olay tarihinden itibaren bir yıldan fazla süre geçmiş olgularda akut livata ya da kronik livata bulgusuna rastlanmadı. Olay tarihinden sonra muayenenin gecikmesinin bulgu bulma oranını azaltması literatürle uyumluydu. İstismar sonrası erken dönemde muayenenin delillerin toplanması ve bulguların elde edilmesi açısından çok büyük öneme sahip olduğu çalışmamızda ortaya konuldu.

Dubé ve Anda'nın 2005 yılındaki çalışmasına göre; genital yaralanmaların olmamasının, özellikle erişkinlerdeki daha önceden yapılmış olan cinsel aktivitelere ayrıca saldırganın mağduru tehdit etmesi, ikna etmesi, kandırması ya da kaydırıcı kayganlaştırıcı madde kullanılmasına bağlı olabileceği belirtilmiştir (67).

Olayı etkileyen faktörler ile akut ve kronik livata bulguları birlikte değerlendirildiğinde; istismar yapma sırasında alkol, kayganlaştırıcı kullanımı gibi kolaylaştırıcı bir unsur kullanımı ile bulgular arasında bir ilişki yoktu. Kayganlaştırıcı kullanımında bulgu bulma oranı beklenenin aksine artmıştı. Bu zıtlığın çocuk hastalarımızın oranının fazla olması nedeni ile anamnez almakta yaşadığımız problemlerden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Kayganlaştırıcı kullanan sanığın istismarı tam penetrasyon şeklinde yapma ihtimali daha yüksek olduğu bu nedenle kayganlaştırıcı kullanımında bulgu arttığı düşünüldü.

Sanık yakınlık derecesi ile akut livata bulguları karşılaştırıldığında tanımadığı bir kişi tarafından istismara uğrayanlarda akut livata bulgusu %48,1'e kadar yükseldiği belirlendi. Birinci dereceden bir akrabası tarafından istismara uğrayan olgularda akut livata bulguları yoktu. Sanıkların saldırı sırasında fiziksel güç kullanması veya mağduru tehdit etmesi akut livata bulgularını belirgin bir şekilde arttırmıştı ancak fiziksel güç ve tehdit unsurunun birlikte kullanıldığı vakalarda akut livata bulgusu %9,5'e düşmüştü. İstismarı yapma yöntemi ile kronik livata bulguları arasında benzer bir ilişki belirlendi. Mağdurların tanımadıkları kişilere karşı daha fazla direnç gösterdikleri bu nedenle tanımadığı kişiler tarafından istismara uğrayanlarda hem genital bulgu hem de fiziksel muayenede zor izi bulma oranının arttığı düşünüldü. Tanıdıkları kişiler tarafından ikna edilmiş olma nedeni ile mağdurlarda bulgu bulma oranının düşürdüğü kanaatine varıldı.

Cinsel istismar sayısı ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda %25-50.6'sında istismarın bir defa, tekrarı ile ilgili yapılmış olan çalışmalara bakıldığında ise %24-%89.6'sında ise tekrarladığı belirtilmiştir (35,46,56,92). Cinsiyet açısından tekrar oranları ile ilgili olarak Priebe tarafından yapılan çalışmada ise kızlarda %62.9, erkeklerde %47.7, Metin tarafından yapılan çalışmada kızlarda %50.3, erkeklerde %21.6 olayın tekrarladığı belirtilmiştir (33,41).

İstismar öncesi anal ilişki değerlendirildiğinde %43,7'sinin anal ilişkisinin olmadığı, %27'sinin 5 ve üzerinde anal ilişkisinin olduğu belirlendi. Daha öncesinde anal ilişki tariflemeyenlerin %36,1'inde akut livata bulgusu bulundu. Olay öncesinde beş ve üzerinde anal ilişki tarifleyenlerde kronik livata bulgusu bulma oranının %45 olduğu görüldü. Tekrarlayan istismarlarda beklenildiği gibi kronik livata bulgularının bulunma olasılığı artmıştı. Akut livata bulgusu bulma oranımız %31,5'ten daha önceden istismar öyküsü olmayanlarda %36,1'e çıkmıştı. Sanık sayısı ile akut livata bulguları birlikte değerlendirildiğinde sanık sayısı arttıkça akut bulgu bulma oranının arttığı belirlendi. Ayrıca sanık sayısı beş olduğunda kronik livata bulgusu sanık sayısı bir olduğunda görülen orandan yaklaşık üç kat daha fazla olduğu saptandı.

Eş istismarı göz ardı edilmemesi gereken bir halk sağlığı problemidir. Mağdurların eşleri tarafından cinsel istismarı daha uzun bir zaman içerisinde gerçekleştiği için partner istismarında kronik genital ve fizik muayene bulgularına rastlanabilir (93).

Çalışmamızda olguların medeni durumu değerlendirildiğinde olguların %79,3'ünün bekar olduğu, %4,5'inin boşanmış olduğu tespit edildi. Evli olanların %80,6'sı eşi tarafından istismara uğramıştı. Bekarların %30,1'i erkek arkadaşı (partneri) tarafından cinsel istismara uğramıştı. Medeni durum ile akut livata bulguları karşılaştırıldığında bekar olgularda akut livata bulgularına rastlanma oranının evli olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Akut livata bulgularının boşanmış olgularda %50 (n:10) olduğu tespit edildi. Buna karşılık evli olgularda kronik livata bulguları bekarlara göre daha fazlaydı. Evli olan olgular eş istismarına daha uzun süre maruz kaldıkları, şikayetçi olduklarında zaten anal ilişki sayısının artmış olduğu, kronik livata olgularının literatüre uygun olarak arttığı düşünüldü.

6. SONUÇ

1- 24.06.2010 tarihinden 2014 Aralık ayına kadar ADÜ Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne cinsel istismar iddiası ile yönlendirilen hastalardan cinsel muayeneleri kolposkop eşliğinde yapılan, anal yoldan cinsel istismar iddiası olan, elde edilen verilerin bilimsel bir çalışmada kullanılmasına onay vermiş tüm olgular değerdendirilmiştir. Olguların büyük çoğunluğunun kadın, 18 yaşının altında, en az bir ve daha fazla kardeşe sahip olduğu, önemli bir kısmının gelir getiren bir işte çalışmadığı ve çoğunun daha öncesinde en az bir kez anal ilişkisinin olduğu saptanmıştır.

2- Cinsel şiddet olguları gerekli eğitimleri almış, tecrübeli ve alanında uzman kişiler tarafından, kolposkop gibi modern yardımcı teknikler kullanılarak, gerekli donanıma sahip merkezlerde muayene edilmeli ve sonuç verilmelidir.

3- İlk 72 saatin akut travmatik bulguların saptanmasında çok değeri olduğu, istismar sonrası erken dönemde muayenenin delillerin toplanması ve bulguların elde edilmesi açısından çok büyük öneme sahip olduğu ortaya konulmuştur.

ÖZET

ANAL YOLDAN CİNSEL İSTİSMAR/SALDIRI İDDİASI OLAN OLGULARDA BULGULARIN ZAMANA KARŞI DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Bedir Korkmaz,

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
(dr.bedirkorkmaz@hotmail.com)

Cinsel şiddette oluşan anogenital bulgular özellikle görüntüleme teknolojilerindeki değişimle birlikte yeniden değerlendirilmekte ve sınıflandırılmaktadır. Ancak anal bulgular konusunda yeterince çalışma yoktur. Bu çalışmada cinsel şiddet eyleminden sonraki anal muayene bulguları ve bulguların zamana karşı değişimleri araştırılmıştır.

24.06.2010 tarihinden 2014 Aralık ayına kadar ADÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniği'ne cinsel istismar iddiası ile yönlendirilen hastalardan cinsel muayeneleri kolposkop eşliğinde yapılan, anal yoldan cinsel istismar iddiası olan, elde edilen verilerin bilimsel bir çalışmada kullanılmasına onay vermiş 222 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

222 olgunun 154'ü (%69,4) kadın, 68'i (%30,6) erkekti, %60,8'i 18 yaşın altındaydı, gelir getiren bir işte çalışanların oranı %15,4'tü. Ailede iki veya daha fazla kardeş olanlar %92,3'tü. Olguların %56,3'ünün daha öncesinde en az bir kez anal ilişkisinin olduğu görüldü. Olgunun %31,5'inde (n:70) akut travmatik anal bulgu, %24,8'inde (n:55) kronik travmatik anal bulgu, %10,4'ünde (n:23) hem yeni hem eski anal travmatik bulgulara rastlandı. Olay tarihi ve muayene arasında geçen süre birlikte değerlendirildiğinde; ilk 72 saat içerisinde gelen olgularda %50'den fazla anal bulgu bulundu. %17,6'sında anal bölgede yırtık olduğu, yırtık gözlemlenen olgularda diz dirsek pozisyonunda saat kadranına göre saat 6 veya 12 hizalarında %30,8 oranında yırtık belirlendi. Olgularda ekimoz %3,2, abrazyon ve/veya kızarıklık %3,3, birden fazla akut travmatik anal bulgu %12,8 olarak bulundu. Kronik travmatik anal bulgu olarak kat değişiklikleri %5, refleks anal dilatasyon %1,4, birden fazla kronik travmatik anal bulgu %5,9 olarak bulundu. Olguların %12,2'sinde (n:27) skar bulundu. Diz dirsek pozisyonuna göre anüste saat kadranına göre skar değerlendirildiğinde %66,7'si 6 ve/veya 12 hizasında saptandı. On

günden sonra gelen vakalarda bulgu bulma oranı dramatik bir şekilde %20'nin altına düşmüştü.

İlk 72 saatin akut travmatik bulguların saptanmasında çok değerli olduğu, istismar sonrası erken dönemde muayenenin delillerin toplanması ve bulguların elde edilmesi açısından çok büyük öneme sahip olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cinsel Şiddet, Anal Bulgular, Muayene Zamanlaması, Adli Tıp.

ABSTRACT

ANAL SEXUAL ABUSE / ASSAULT CLAIMS WITH CASES EVALUATION OF FINDINGS BY TIME

Bedir Korkmaz, MD.

Adnan Menderes University Forensic Medicine Department, Aydın,
Turkey(dr.bedirkorkmaz@hotmail.com)

Sexual violence occurred in the anogenital findings are re-evaluated and classified in particular with the change in imaging technology but there is no sufficient research about anal findings. This study investigated after the sexual violence anal findings and the changes against time.

Sexual examination of patients referred to allegations of sexual abuse made with colposcopy, the anal with allegations of sexual abuse, consent to use the data obtained in the scientific study of 222 cases which included to the Forensic Medicine Department of Adnan Menderes University Medical Faculty, between 26.06.2010 and December 2014 period.

222 patients, 154 (69.4%) were female and 68 (30.6%) were male and 60.8% were under the age of 18, a rate of 15.4% of employees paid job. Two or more siblings in the family who recorded to be 92.3%. Earlier of 56.3% was observed in the cases of anal intercourse at least once. In 31.5% of cases (n = 70) acute traumatic anal findings, in 24.8% (n = 55) chronic traumatic anal findings, 10.4% (n = 23) was found to both new and old anal-traumatic symptoms. Event date and the time elapsed between when evaluated with the examination; In cases arriving within the first 72 hours more than 50% for anal findings. 17.6% had a tear in the anal area. According to the clock face tears knee elbow position in cases observed was 6 or 12 hours in line tears rate of 30.8%.3.2% of patients bruises, abrasions and / or redness of 3.3%, more acute traumatic anal findings were found to be 12.8%.As findings of chronic traumatic anal that fold changes of 5%, 1.4% reflex anal dilatation, multiple chronic traumatic anal findings were found to be 5.9%. In 12.2% of cases (n = 27) were found in the scar. When the knee angle according to the position

relative to the anus clock dial scar evaluated 66.7% 6 and / or 12 was detected in line. After ten days of findings in that case detection rate had fallen dramatically to below 20%.

The first 72 hours is very valuable for the detection of acute traumatic findings. In this study was found to have great importance that examination in early period after abuse the collection of evidence and in terms of obtaining findings.

Keywords: Sexual Violence, Anal Findings Examination Timing, Forensic Medicine.

KAYNAKLAR

1. Polat O. Cinsel Şiddet. Polat O. Klinik Adli Tıp Uygulamaları. 7. Baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2014: 105-16.
2. Soysal Z, Eke M. Cinsel Suçlar. Soysal Z, Çakalır C, editörler. Adli Tıp Cilt III. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 1999: 1167-244.
3. WHO guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva. 2003.
4. Polat O. Adli Tıp. 1. Baskı. İstanbul: Der Yayınları, 2000: 207-33
5. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 82-6.
6. Dağlı T, İnancıcı MA. Hastane temelli çocuk koruma merkezleri için başvuru kitabı: ihmal ve istismara uğrayan çocuğa bütüncül yaklaşım. 1. Baskı Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık, 2011: 62-95.
7. Bor W, Stallman H, Collerson E, Boyle C, Swenson CC, McDermott B, Lee E. Therapy implications of child abuse in multi-risk families. Australasian Psychiatry 2013; 21(4): 389-92.
8. Putnam FW. Ten year research update review: child sexual abuse. Jour Amer Acad Child Adoles Psychiatry. 2003; 42: 269–78.
9. Dirlik M, Özkök MS, Katkıcı U, Erel Ö. Aydın'da Cinsel Suç Ve Suçluların Profili. Adli Tıp Bülteni. 2002; 7(3): 97-103.
10. Pınarbaşıllı RDT, Özkök MS, Katkıcı U, Erel Ö, Dirlik M. Aydın'da erkeklerde cinsel istismar. Adli Tıp Bülteni. 2003; 8(2): 41-7.
11. İşeri E. Cinsel istismar. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008: 470-8.

12. Nasta A, Shah B, Brahmanandam S. Sexual victimization: incidence, knowledge and resource use among a population of collage women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2005; 18(2): 91-6.
13. Gökdoğan MR. Cinsel saldırı konusunda çalışan adli hemşireye (SANE) duyulan gereksinim. Adli Tıp Bülteni. 2008; 13(2): 69-77.
14. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor. Child Abuse Negl. 2009; 33: 331-42.
15. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. Cli Psychology Review 2009; 29: 328–38.
16. Peterson ZD, Voller EK., Polusny MA, Murdoch M. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: review of empirical findings and state of the literature. Clinical Psychology Review 2011; 31: 1–24.
17. Türk Ceza Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237/> 14.09.2015
18. Ceza Muhakemesi Kanunu. <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5271.htm> 14.09.2015
19. Turan N, Koç S. Beden muayenesi ve aydınlatılmış onam. Türkiye Klinikleri 2011; 19(2): 114-25
20. Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Paluscid VJ, Shapiroe RA, Finkel MA, Botashg AS. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training, and expert case review. Child Abuse & Neglect 2012; 36: 383– 92
21. Sözen Ş, Aksoy E. Cinsel saldırılarda hekim sorumluluğu, tıbbi ve hukuki yaklaşım. Koç S, Can M. Birinci basamakta adli tıp. 2. baskı İstanbul: istanbul Tabip Odası, 2011: 202-16

22. Reyes İ, Datner EM. The Evaluation of the sexual assault victim. Giardino AP, Datner EM, Asher JB. Sexual Assault Victimization Across the Life Span A Clinical Guide. St. Louis: G.W. Medical Publishing, Inc, 2003:241-50.
23. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harpe NS, Palusci VJ. Starling Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 2015; 2: 1-7
24. Ledray LE, Burgess AW, Giardino AP. Medical response to adult sexual assault. Faugo D, Markowitz J. Male sexual assault victims. 1. Ed. Saint Luis: STM Learning Inc, 2011: 151-62.
25. Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. Ame Jour Obste Gyneco 1997; 176(3): 609-16.
26. Hobbs CJ, Wright CM. Anal signs of child sexual abuse: a case–control study. BMC Pediatrics 2014; 14(1): 128.
27. Myhrea AK, Adams JA, Kaufholda M, Davisa JL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. Child Abuse & Neglect 2013; 37: 465–74.
28. Agirtan CA, Akar T, Akbas S. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference. Child Abuse Negl. 2009; 33: 247–55.
29. Aydın B, Çolak B. Samsun’da Ağır Ceza Mahkemesi’ne Yansıyan Cinsel Suçlar. Adli Tıp Bülteni. 2004; 9(1): 11-8.
30. Arslan MM, Kar H, Akçan R, Çekin N. Hatay ağır ceza mahkemesinde karara bağlanan cinsel suçların analizi. Adli Bilimler Dergisi 2008; 7(2): 35-9.
31. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. Ezzati M. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization. 2004; 1851-941

32. Speizer IS, Goodwin M, Whittle L, Clyde M, Rogers J. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse Negl.* 2008; 32(4): 455-62.
33. Priebe G, Svedin GC. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society an epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl.* 2008; 32: 1095–108.
34. Şahin F, Çepik A, Demirel B, Akar T. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. *Turk J Pediatr.* 2009; 51: 336–43.
35. Çengel KE, Çuhadaroglu ÇF, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk Jour Pediatrics.* 2007; 49: 256-62.
36. Bassani DG, Palazzo LS, Béria JU. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health.* 2009; 11: 133.
37. Jewkes R, Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. Rape of Girls in South Africa. *Lancet* 2002; 359: 319-20.
38. Bunting L. Sexual offences against children: an exploration of attrition in the Northern Ireland criminal justice system. *Child Abuse Negl.* 2008; 32: 1109–18.
39. Doğan ÖÖ. Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak, istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması: kontrollü bir çalışma. Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2009.
40. Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran çocuk istismarı ve ihmali olgularının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2010.
41. Metin Ö. Çocuk psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen cinsel istismar olgularının biyopsikososyal özellikleri. Uzmanlık tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2010.

42. Yıldız M. Cinsel saldırı olgularında makroskopik ve kolposkopik muayene bulgularının karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2013.
43. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathology relevant life occurrence: cross-sectional survey. *Croat Med J.* 2004; 45: 483–9.
44. Sedlak AJ. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Jour Aggression, Maltreatment & Trauma.* 1997; 1: 149–87.
45. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child Abuse Negl.* 2004; 28: 1171–86.
46. Bernard-Bonnin AC, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Pediatr Child Health.* 2008; 13: 479–86.
47. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1993; 17: 67–70.
48. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med.* 2006; 13: 300–3.
49. Glaser D, Rutter M, Taylor E. *Child Sexual Abuse.* Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Science. 2002; 340-358.
50. Alikışifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İlter O. Sexual abuse among female high school students in İstanbul Turkey. *Chil Abuse Negl.* 2006; 30: 247–55.
51. Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P, Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect.* 2004; 28: 1035-48.

52. Gölge ZB, Yavuz MF, Yüksel Ş. Cinsel Saldırgan Profili. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü ve Psikiyatri AD. Psikososyal Travma Programı. Adli Tıp Dergisi 2006; 20(1): 1-17.
53. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Differences and Similarities Between Violent Offenders and Sex Offenders. Child Abuse & Neglect. 2000; 24(3): 363-72.
54. Pinera-Lucatero AG, Trujillo-Hernandez B, Millan-Guerrero RO, Vasquez C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. Child Care Health Dev. 2008; 35: 184-9.
55. Syengo-Mutisya CM, Kathuku DM, Ndeti DM. Psychiatric morbidity among sexually abused children and adolescents. East Afr Med J. 2008; 85: 85.
56. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Majör T, Poka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. Eur J Obstet & Gynecol Reprod Biol. 2005; 120: 217-21.
57. Girardin B, Faugno D, Howitt J. Adult sexual assault: practical management. Payne J, Busutil A, Smock A. Forensic Medicine Clinical and Pathological Aspects. London: GMM Publ, 2003: 409-51.
58. Demirci Ş, Doğan HK, Erkol Z, Deniz İ. Konya'da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan çocuk olguların değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri. J Foren Med. 2008; 5(2): 43-9.
59. Carlsted A, Nilsson T, Hofvander B, Brimse A, Innala S, Anckarsäter H. Does victim age differentiate between perpetrators of sexual child abuse? A study of mental health, psychosocial circumstances and crime. Sex Abuse. 2009; 21: 442-54.
60. Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Gender Differences In Extrafamilial Sexual Abuse Experiences Among Young Teens. The Journal of School Nursing. 2006; 22: 278-284.
61. Magalhaes T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. Jour For Legal Med. 2009; 16: 455-9.

62. Bahalı K, Akçan R, Tahiroğlu AY, Avcı A. Child sexual abuse: Seven years in practice. *J Forensic Sci.* 2010; 55(3): 633-6.
63. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med.* 2003; 10(8): 872-7.
64. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhause KM. Analysis of 1076 cases of sexual assault. *Annals of Emergency Medicine.* 2000; 35(4): 358-62.
65. Priebe G, Svedin GC. Prevalence, Characteristics and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population Based Sample of Swedish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2009;18: 19-39.
66. Celbiş O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB. Cinsel suçlarda muayene. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2004; 1: 48-52.
67. Dubé SR, Anda RF, Whitfield CL. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med.* 2005; 28: 430–8.
68. Shaw JA, Lewis JE. Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect.* 2000; 24: 1591-600.
69. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl.* 2000; 24: 951–64.
70. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick HS, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl.* 2000; 24: 273–87.
71. Hebert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry.* 2009; 54: 631–9.
72. Bruni M. Anal findings in sexual abuse of children: a descriptive study. *J Forensic Sci* 2003; 48(6): 1343–46.

73. Muram D. Anal and perianal abnormalities in prepubertal victims of sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161(2): 278–81.
74. Reinhart MA. Sexually abused boys. *Child Abuse Negl* 1987; 11(2): 229–35.
75. Hobbs CJ, Wynne JM. Buggery in childhood - a common syndrome of child abuse. *Lancet* 1986; 2: 792–6.
76. McCann J, Voris J. Perianal injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics* 1993; 91(2): 390–7.
77. Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM. Urgent medical assessment after child abuse. *Child Abuse Negl* 2006; 30(4): 367–80.
78. Roane TH: Male victims of sexual abuse: a case review within a child protective team. *Child Welfare* 1992; 71(3): 231–9.
79. Pierce AM. Anal fissures and anal scars in anal abuse—are they significant? *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 334–8.
80. Spencer MJ, Dunklee P. Sexual abuse of boys. *Childhood sexual abuse: role of the family physician. Pediatrics* 1986; 78: 133–8.
81. Adams JA, Girardin B, Faugno D: Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14(4): 175–80.
82. 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: 310–7.
83. Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics* 1987; 79(5): 778–85.
84. 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.

85. Adams JA, Ahmad M, Phillips P. Anogenital findings and hymenal diameter in children referred for sexual abuse examination. *Adolesc Ped Gynecol* 1988; 1: 123–7.
86. Pierce AM. Anal fissures and anal scars in anal abuse—are they significant?. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 334–8.
87. Giardino AP, Finkel MA, Evaluating child sexual abuse. *Pediatr Ann.* 2005; 34: 382-94.
88. Smith WG, Metcalfe M, Cormode EJ. Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary-level regional pediatric sexual assault clinic. *Can Fam Physician.* 2005; 51: 1347-51.
89. Heger A, Tiscon L, Velasquez O, Bernier R. Children Referred for Possible Sexual Abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect.* 2002; 26: 645-49.
90. Girardin BW, Faugno DK, Seneksi PC, Slaughter L, Whelan M. *Color Atlas Of Sexual Assault.* Mosby. 1997: 6-118.
91. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *For Sci Int.* 2003; 131(2-3): 125-30.
92. Edgardh K, Krogh GV, Ormstad K. Adolescent girls investigated for sexual abuse history, physical findings and legal outcome. *Forensic Science International* 1999; 104: 1-15.
93. Sommers MS, Brunner LS, Brown KM, Buschur C, Everett JS, Fargo JD. Injuries from intimate partner and sexual violence: significance and classification systems. *J Forensic Leg Med* 2012; 19(5): 250–63.

EKLER

EK.1.

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

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04- 144
Konu : Çalışmanız hk. 05/05/2015

Sayın, Prof.Dr. M.Selim ÖZKÖK
Adli Tıp AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.04.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 8 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 8

Protokol No : 2015/579
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adli Tıp AD

Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Selim ÖZKÖK'ün "Anal yoldan cinsel istismar/saldırı iddiası olan olgularda bulguların zamana karşı değerlendirilmesi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu- gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr