



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NE
BAŞVURAN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Özge BALLI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nurdan EVLİYAOĞLU

ADANA - 2010

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanmasından yayımlanmasına kadar geçen tüm aşamalarında yardımını esirgemeyen, rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım Prof. Dr. Nurdan EVLİYAOĞLU'na,

Asistanlık eğitimim sırasında kendilerinden çok şeyler öğrendiğim değerli hocalarım ve arkadaşlarıma,

Tez yapım aşamasında yardımlarını, zamanını ve desteğini esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU'na,

Yardımlarından dolayı Çocuk Ruh Sağlığı Hastalıkları ve İstatistik Anabilim Dalı çalışanlarına,

Yardımları için Hemşire Suzan AKINCI'ya,

Bu günlere ulaşmamda büyük emeği olan anneme, kardeşime ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Tuğsan BALLI'ya teşekkür ederim.

Dr. Özge BALLI

2010, Adana

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ.....	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tarihçe	2
2.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS).....	3
2.3. Tanımlar.....	5
2.4. Sınıflandırma	6
2.4.1. Fiziksel İstismar	6
2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu	7
2.4.1.2. “Munchausen by Proxy” Sendromu (Polle Sendromu)	7
2.4.2. Duygusal İstismar	8
2.4.3. Cinsel İstismar.....	8
2.4.3.1. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)	10
2.4.4. İhmal	11
2.4.4.1. Fiziksel İhmal.....	11
2.4.4.2. Duygusal İhmal	12
2.4.4.3. Cinsel İhmal	12
2.4.4.4. Eğitim İhmali	12
2.5. Epidemiyoloji.....	12
2.6. Risk Faktörleri	16
2.6.1. Çocuk ile İlişkili Risk Faktörleri.....	16
2.6.2. Ebeveyn ile İlişkili Risk Faktörleri	16
2.6.3. Topluluk / Toplum ile İlişkili Risk Faktörleri.....	17
2.7. Tanı	17
2.7.1. Öykü.....	18
2.7.1.1. Fiziksel İstismarda Öykü.....	18
2.7.1.2. Cinsel İstismarda Öykü	21
2.7.2. Fizik Muayene.....	22
2.7.2.1. Fiziksel İstismarda Fizik Muayene	22
2.7.2.1.1. Cilt Bulguları	22
2.7.2.1.2. Ağız ve Diş Yaralanmaları	24
2.7.2.1.3. Göz Bulguları	24
2.7.2.1.4. İskelet Sistemi Bulguları	24
2.7.2.1.5. Kafatası Kırıkları	24
2.7.2.1.6. İç Organ Yaralanmaları	25
2.7.2.1.7. Psikolojik ve Davranışsal Bulgular	25
2.7.2.2. Duygusal İstismarda Fizik Muayene.....	25
2.7.2.2.1. Psikolojik ve Davranışsal Bulgular	26
2.7.2.3. Cinsel İstismarda Fizik Muayene.....	27

2.7.2.3.1. Psikolojik ve Davranışsal etkileri.....	31
2.7.3. Laboratuvar	36
2.8. Tedavi ve İzlem	38
2.8.1.Cinsel İstismar Olgularında Gebeliğin Sonlandırılması	40
2.9. Önleme ve Koruma	40
2.9.1. Birincil Koruma	41
2.9.2. İkincil Koruma	41
2.9.3. Üçüncül Koruma	41
2.10. Çocuk İstismar ve İhmali Olgularında Hekim Sorumluluğu	42
2.10.1. Adli Olgu Bildirimi	43
2.10.2. Raporlandırma.....	44
2.11. Yasalar	45
2.12. ÇÜTF’inde Çocuk İstismarı ve İhmali Önleme Uygulamaları.....	47
2.12.1. Çocuk İstismarı ve İhmali Komisyonu	47
2.12.2. Adli Olguları Değerlendirme Heyeti Adli Olguları Değerlendirme Heyeti.....	47
2.12.3. Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkezi (OKK).....	47
3. GEREÇ ve YÖNTEM	49
3.1. Çalışma Yöntemi	49
3.2. Çalışma Grubu	49
3.3. Çalışma Süresi	49
3.4. Çalışma Değişkenliği	49
3.4.1. Bağımlı Değişken.....	49
3.4.2. Bağımsız Değişken	49
3.5. Çalışmadaki Zorluklar	50
3.6. İstatistiksel Analiz.....	50
3.7. Bilgi Formu.....	50
4. BULGULAR.....	61
4.1. Sosyodemografik Özellikler	61
4.1.1. Yaş-Cinsiyet.....	61
4.1.2. Mevsimsel Özellikler	63
4.1.3. Eğitim Durumu	64
4.1.4. Annenin Özellikleri.....	65
4.1.5. Babanın Özellikleri	65
4.1.6. Ailenin Özellikleri.....	66
4.2. İstismar Özellikleri	66
4.2.1. İstismar Şekli.....	66
4.2.2. İstismarcı Yakınlığı.....	67
4.2.3. Muayene Bulguları.....	68
4.2.4. Eşlik Eden Durum.....	68
4.2.5. Mağdurun Davranış Şekli	68
4.2.6. Sosyal Sonuçları.....	68
4.2.7. Ailenin Yaklaşımı	68
4.2.8. Heyette Alınan Kararlar	68
4.3. Cinsiyet ile Diğer Bulguların Karşılaştırılması	69
4.3.1. Cinsiyet ile İstismara Uğrama Yaşı Arasındaki İlişki.....	69
4.3.2. Cinsiyet ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki.....	70
4.3.3. Cinsiyet ile İstismar Şekli Arasındaki İlişki	71

4.3.4. Cinsiyet ile Muayene Bulgusu Arasındaki İlişki	72
4.3.5. Cinsiyet ile İstismarın Tekrarlaması Arasında İlişki.....	72
4.3.6. Cinsiyet ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki	72
4.3.7. Cinsiyet ile Mağdurun Davranış Şekli Arasındaki İlişki	73
4.3.8. Cinsiyet ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki.....	74
4.3.9. Cinsiyet ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki	75
4.3.10. Cinsiyet ile Heyete Gönderilme Şekilleri Arasındaki İlişki.....	76
4.3.11. Cinsiyet ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki.....	76
4.3.12. Cinsiyet ile Heyette Alınan Kararlar Arasındaki İlişki	77
4.4. Yaş ile Diğer Bulguların Karşılaştırılması.....	77
4.4.1. Yaş ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki.....	77
4.4.2. Yaş ile Genital Muayene Bulgusu Arasındaki İlişki.....	79
4.4.3. Yaş ile İstismarın Tekrarlaması Arasındaki İlişki.....	79
4.4.4. Yaş ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki	80
4.4.5. Yaş ile Mağdurun Davranış Şekli Arasındaki İlişki	82
4.4.6. Yaş ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki	82
4.4.7. Yaş ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki	84
4.4.8. Yaş ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki	85
4.4.9. Yaş ile Heyette Alınan Kararlar Arasındaki İlişki	86
4.4.10. Yaş ile Takibe Gelip Gelmemesi Arasındaki İlişki	86
4.5. İstismarcı Yakınlığı ile Diğer Bulguların Karşılaştırılması	87
4.5.1. İstismarcı Yakınlığı ile İstismarın Tekrarlaması Arasındaki İlişki.....	87
4.5.2. İstismarcı Yakınlığı ile Aile Durumu Arasındaki İlişki.....	88
4.5.3. İstismarcı Yakınlığı ile Mağdurun Davranış Şekli Arasındaki İlişki.....	89
4.5.4. İstismarcı Yakınlığı ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki.....	89
4.5.5. İstismarcı Yakınlığı ile Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki.....	91
5. TARTIŞMA	92
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	106
6.1. Öneriler	110
KAYNAKLAR	112
ÖZGEÇMİŞ	119

TABLO LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1. Olguların Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı.....	61
Tablo 2. Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	62
Tablo 3. Olguların Yıllara ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	63
Tablo 4. Olguların Yıllara ve Mevsimlere Göre Dağılımı	63
Tablo 5. Çocuk, Anne ve Baba Eğitim Düzeyi.....	64
Tablo 6. Annelerin Olguları Doğurduğu Yaş	65
Tablo 7. Olguların Annelerinin İş ve Ruhsal Durumu	65
Tablo 8. Olguların Babalarının İş, Ruhsal Durumu ve Madde Bağımlılığı	66
Tablo 9. Olguların Aile Durumu ve Yapısı	66
Tablo 10. İstismarcı Yakınlığı.....	67
Tablo 11. Cinsiyet ile İstismara Uğrama Yaşı Arasındaki İlişki	69
Tablo 12. Cinsiyet ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki	70
Tablo 13. Cinsiyet ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki	72
Tablo 14. Cinsiyet ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki	74
Tablo 15. Cinsiyet ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki	75
Tablo 16. Cinsiyet ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki	77
Tablo 17. Yaş ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki.....	78
Tablo 18. Yaş ile Genital Muayene Bulgusu ve Gebelik Arasındaki İlişki	79
Tablo 19. Yaş ile İstismarın Tekrarlaması Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 20. Yaş ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 21. Yaş ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki.....	83
Tablo 22. Yaş ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki.....	84
Tablo 23. Yaş ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri	86
Tablo 24. Yaş ile Mağdurun Kendini Koruyup Koruyamaması Arasındaki İlişki.....	86
Tablo 25. Yaş ile Mağdurun Takibe Gelip Gelmemesi Arasındaki İlişki	87
Tablo 26. İstismarın Tekrarlaması ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki.....	87
Tablo 27. İstismarcı Yakınlığı ile Aile Durumu Arasındaki İlişki.....	88
Tablo 28. İstismarcı Yakınlığı ile Ailenin İstismara ve Çocuğa Yaklaşımı Arasındaki İlişki	90
Tablo 29. İstismarcı Yakınlığı ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri	91

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Olguların yıllara göre cinsiyet dağılımı	61
Şekil 2. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı	62
Şekil 3. Olguların yıllara ve mevsimlere göre dağılımı	64
Şekil 4. İstismarcı yakınlığı	67
Şekil 5. Cinsiyet ile istismara uğrama yaşı arasındaki ilişki	70
Şekil 6. Cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki	71
Şekil 7. Cinsiyet ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki.....	73
Şekil 8. Cinsiyet ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki	73
Şekil 9. Cinsiyet ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki	74
Şekil 10. Cinsiyet ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki	75
Şekil 11. Cinsiyet ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki	76
Şekil 12. Yaş ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki	78
Şekil 13. Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki	80
Şekil 14. Yaş ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki	81
Şekil 15. Yaş ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki	82
Şekil 16. Yaş ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki	83
Şekil 17. Yaş ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki.....	84
Şekil 18. Yaş ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki.....	85
Şekil 19. İstismarın tekrarlaması ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki	88
Şekil 20. İstismarcı yakınlığı ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki.....	89
Şekil 21. İstismarcı yakınlığı ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki.....	90
Şekil 22. İstismarcı yakınlığı ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki	91

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne (Ç.Ü.F.T.) Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi

Amaç: Çocuk istismarı ve ihmali karmaşık nedenleri ve oldukça trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Bu çalışmanın amacı Ç.Ü.T.F. Adli Olguları Değerlendirme Heyetine çeşitli yollardan başvuran istismara uğramış olgular ile ailelerinin ayrıntılı demografik özelliklerini ve istismarın sonuçlarını toplumsal, sosyokültürel açıdan değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: 2006-2009 yılları arasında Ç.Ü.T.F. Adli Olguları Değerlendirme Heyetine başvuran cinsel istismara uğramış 3-18 yaş aralığındaki 484 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızdaki 484 olgunun 143'ü (% 29,5) erkek, 341'i (% 70,5) kız idi. Cinsel istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması $12,09 \pm 3,82$ olup kızlar için $13,04 \pm 3,52$, erkekler için $9,85 \pm 3,58$ yıl idi. İstismara uğrayan çocukların ortalama eğitim süresi $4,91 \pm 3,32$, kızlar için $5,50 \pm 3,3$, erkekler için ise $3,50 \pm 2,9$ yıl idi. Cinsel istismar şekli olguların % 11,6'sında sürünme, % 24,8'inde genital penetrasyon, % 19,0'unda anal penetrasyon, % 1,7'sinde oral penetrasyon, % 0,8'sinde sözlü istismar, % 2,3'ünde öpme, % 11,4'ünde dokunma şeklinde olup % 28,4'ünde ise bu istismar şekilleri birliktelik göstermekte idi. Olguların % 54,4'ü tanıdık, % 20,3'ü yabancı kimse, % 11'i akraba-üvey baba, % 8,5'u 1.derece akraba, % 5,8'i nikahsız eş tarafından istismar edilmiş idi. % 46,4'ünde cinsel istismarın tekrarlaması, % 29,5 genital muayene bulgusu, % 5,6'sında ise gebelik var idi. Mağdurun istismara yaklaşımı % 23,8'inde gizleme, % 72,7'sinde ise yardım arama şeklinde idi. Ailenin istismara yaklaşımı % 11,0'inde gizleme, % 88,4'ünde yardım arama şeklinde iken çocuğa yaklaşımı % 21,5'unda suçlayıcı-baskılayıcı, % 78,3'ünde ise destekleyici-koruyucu idi. Olguların % 20,2'sine ASB, % 28,9'una ise PTBS tanısı koyulmuş olup % 5,2'sinde DEHA, % 11,6'sında zeka geriliği var idi.

Sonuç: Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili güvenilir, yeterli ve istatistiksel veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle öncelikle ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalinin şu andaki durumunun tespit edilmesine ve bu konuda geniş kapsamlı bilimsel çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. İstismar ve ihmalin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esas olup istismarı önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. Bunun için toplumun, çocukların, öğretmenlerin, sağlık personellerinin bilinç seviyesinin ve duyarlılığının arttırılmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve uygulanması gereklidir. İstismarın bildirimi ve yasal düzenlemeler ile sosyal destek programlarının yapılandırılması bu süreçte önemli ve zorunludur.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı ve ihmali, yaş, cinsiyet, istismarcı, istismar şekli.

ABSTRACT

Evaluation of Neglected and Abused Children Who were Referred to Cukurova University Faculty of Medicine (CUFM)

Purpose: Child abuse and neglect is a serious problem which have complex causes, tragic outcomes and medical, legal, psychosocial, developmental components. The purpose of this study is to evaluate demographic features of neglected and abused children and their parents who were referred to CUFM Judical Cases Evaluation Committee and to evaluate social and cultural aspects of its outcomes.

Material and Methods: Between 2006-2009, sexually abused and referred to CUMF Judical Cases Evaluation Committee 484 cases (3-18 age) were studied retrospectively. Analyses were performed using SPSS version 17.0.

Results: 143 (29.5%) of these cases were male and 341 (70.5%) were female; mean age was 12.09 ± 3.82 (13.04 ± 3.52 for females, 9.85 ± 3.58 for males). Mean education period was 4.91 ± 3.32 (5.5 ± 3.3 for females, 3.5 ± 2.9 for males). Type of sexual abuse was 11.6% friction, 24.8% genital penetration, 19.0% anal penetration, 1.7% oral penetration, 0.8% verbal abuse, 2.3% kissing and 11.4% fondling. In 28.4% of these cases one type of sexual abuse was accompanied with another. Offender was 54.4% acquaintance, 20.3% stranger, 11.0% relative-stepfather, 8.5% intrafamilial, 5.8% unmarried partner. 46.4% of the cases, sexual abuse was more than once and 29.5% genital examine finding, 5.6% pregnancy was existing. Victim's attitude to sexual abuse was 23.8% nondisclose, 72.7% assistance and parent's attitude was 11.0% nondisclose, 88.4% assistance. Parent's attitude to the sexually abused child was 21.5% convictive-constraintive and 78.3% supportive-protective. 20.2% of the cases, ASB and 28.9% PTSD, 5.2% Attention Deficit Hyperactivity Disorder and 11.6% Mental Retardation was present.

Conclusion: In our country, there are no reliable, statistical and sufficient data about child abuse and neglect. Because of that, first of all, the current situation of child abuse and neglect in our country have to be determined and more extensive scientific studies must be applied. Multidisciplinary approach is the basic issue for diagnosis and treatment of abuse and neglect. Prevention of abuse is easier and more successful than to treat. So that educational programmes for community, children, teachers and health personnel must be scheduled and performed to make them more conscious and sensitive. Abuse announcement, legal arrangements and social support programmes are important and mandatory in this process.

Keywords: Child abuse and neglect, age, offender, type of abuse.

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anabilim Dalı
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
AP	: Anterior-Posterior
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BM	: Birleşmiş Milletler
ÇHS	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇİKORED	: Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
ÇİVİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
ÇÜTF	: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
DEHA	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite
MR	: Manyetik Rezonans
OKK	: Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkezi
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
PTT	: Parsiyel Tromboplastin Zamanı
PT	: Protrombin Zamanı
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
TCK	: Türk Ceza Kanunu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk istismarı çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış olarak tanımlanmakla birlikte karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, yasal, gelişimsel ve psikososyal içerikli ciddi bir sorundur.

Yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içerisinde çekilebilmiştir.

1860 yılında Tardieu tıbbi literatürdeki ilk tanımlamayı yapmıştır. Uzun bir süre sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematoma ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir. Kempe 1962'de ilk kez hırpalanmış çocuk terimini kullanmış ve daha sonra bu terim çocuk istismarı olarak değiştirilmiştir.^{1,2}

Türkiye'de ise bu konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir. İstismarın gündeme alınması çok kısa bir geçmişe sahip olması yanı sıra kayıtların yetersizliği ve/veya akademik olarak bu tip çalışmaların yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (Ç.Ü.T.F.) Adli Olguları Değerlendirme Heyetine çeşitli yollardan başvuran istismara uğramış olgular ile ailelerinin ayrıntılı demografik özelliklerini ve istismarın sonuçlarını toplumsal, sosyokültürel açıdan değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Çocuk istismarına yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmakla birlikte bu konuya son yüzyıl içinde dikkat çekilebilmiştir.^{1,2} Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinirken, Caffey 1946 yılında "Caffey Sendromu" ve Kempe 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmışlardır. Helfer ve Kempe 1972 yılında çocuk istismarını; anne-babanın veya çocuktan sorumlu diğer kişilerin gerçekleştirdiği ya da sorumluluklarını yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucu, çocukların kaza dışı zarara uğraması olarak tanımlamışlardır. Garbarino ve Gilliam 1980 yılında çocuğa karşı yapılan uygunsuz ve zarar verici davranışların özellikle uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.³

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ilk çocuk istismarı olgusu 1874 yılında bildirilmiştir. Üvey annesi ile birlikte yaşayan sekiz yaşındaki bir kız çocuğu tek başına bırakılıp, sürekli dayak yediği komşuları tarafından fark edilip yardım için birçok yere başvurulmuş ve en sonunda Hayvanları Koruma Derneği'nden destek görmüşler ve mahkemeden çocuğu koruma kararı aldırıp, bir bakım evine yollanmasını sağlamışlardır. Üvey anneye de bir yıl hapis cezası verilmiştir. Bundan sekiz ay sonra çocuklara yönelik ilk dernek, bu davanın avukatlığını yapan Elbridge Gerry tarafından kurulmuştur. Kısa sürede tüm Amerika'da bu tip dernekler kurulmuş ve yaygınlaşmıştır. Ancak 1970 yılında Hayvanları Koruma Derneği'nin gelirinin Çocukları Koruma Derneğinin gelirinden çok daha fazla olduğu görülmüştür.

1974 yılında ABD'de "Hırpalanmış Çocukları Koruma ve Tedavi Etme" (Child Abuse Prevention and Treatment) adı altında bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasa ile istismara uğrayan çocukların tanınması, korunması ve tedavileri için bir fon ayrılmış ve bu olguların rapor edilme zorunluluğu getirilmiştir.⁴

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) ülkemizde ancak son yıllarda tıp ve kamuoyu gündemine girmiştir. Çocukların korunmasına yönelik olarak hizmet veren ilk kurum Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) dur. Bu kurum Himaye-i Etfal Cemiyeti adıyla 1921 de Kurtuluş Savaşı sırasında öksüz ve yetim kalan çocukların korunması ve yetiştirilmesi amacıyla kurulmuştur. Gönüllü kişilerce yürütülen bu

hizmet, 17 Ocak 1921 yılında padişah iradesi ile kamu yararına çalışan cemiyet olarak kabul edilmiştir. Himaye-i Etfal Cemiyeti, daha sonra Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu adı altında aile ve çocuğa yönelik sosyal hizmet çalışmalarına başlamıştır. Uygulamaların büyük çoğunluğu yazılı talimat ve yönergelerle bir sisteme oturtulmuştur. 5 Mayıs 1981'de Resmi Gazete'de yayınlanan kararla bu cemiyet feshedilerek, görevleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilmiştir. 27 Mayıs 1983'te Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu ile Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu tarihe karışmış, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yönetiminde, kamu tüzel kişiliği olan katma bütçeli bir kurum haline gelmiştir. 1991'de SHÇEK, Başbakanlık'a bağlanmıştır.

Ülkemizde ilk olarak 1988'de Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği Ankara'da kurulmuştur. Bu dernek, toplumu ve ilgili kişileri bilinçlendirmek için ulusal ve uluslararası düzeyde toplantılar düzenlemekte, konuya ilişkin çeşitli yayınlar ve araştırmalar yapmaktadır. İstismarla ilgili çalışan sivil toplum örgütlerinin sayısı her geçen gün artış göstermektedir.

1991 yılında tıp doktoru, pedagog, psikolog, hukukçu ve gönüllüler tarafından konuyla ilgili olarak Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) kurulmuştur.⁵

2.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)

İnsanların barış içinde yaşamaları için kurulan Milletler Cemiyeti, ilk olarak 26 Eylül 1924'de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesini kabul etmiştir. 1948'de Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi'nde çocukların özel durumları ve özel korunma gereksinimleri nedeni ile çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlamıştır. 20 Kasım 1959 yılında BM Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda ÇHS'yi oybirliği ile kabul etmiştir. Geçen 30 yıllık süre içinde üye ülkeler açısından bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metnin hazırlanması gerekli görülmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989'da BM Genel Kurulu ÇHS'ni oy birliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan sözleşme aynı gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır. 2 Eylül 1990'da 20 ülke tarafından onaylanarak uluslararası bir yasa olarak yürürlüğe girmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve BM Genel Kurulu'nda

onaylanan sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. ÇHS 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır.⁶

Sözleşme, önsöz ve üç bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yasama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen dört temel alan ve bunların gerçekleştirilmesi için devlete düşen görevler düzenlenmiştir (madde.1-41). Sözleşme'nin birinci maddesinde “çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde, daha önce rüşt yaşına erişilmedikçe onsekiz yaşını bitirmemiş kişiler” çocuk olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, Türk Medeni Kanunu'nda kullanılan “küçük” kavramını kapsamaktadır.

İkinci ve üçüncü bölümlerde sözleşmenin öğretilmesi, yürürlüğe girmesini ve sözleşmeye uyulmasını düzenleyen kurallara yer verilmiştir (madde.43-54).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuğun sağlığı, gelişimi, eğitimi ve katılımı temel konular olarak ele alınmaktadır. Temel konular çerçevesinde ÇİVİ önemli yer tutmaktadır. Sözleşme uluslararası hukuk açısından bağlayıcı güce sahip hukuksal bir metindir. İç hukuk açısından da kanun hükmündedir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi' nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri ÇİVİ'nin önlenmesiyle ilgilidir.

Madde 19:

Bu sözleşmeye taraf devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Madde 34:

Taraf devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla taraf devletler özellikle:

Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;

Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurularak sömürölmesini;

Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemedde kullanılarak sömürölmesini önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Madde 39:

Taraf devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar.

Çocuk Hakları Sözleşmesi şu anda dünyanın her yerinde kabul gören ve çocuğun yüksek yararının öncelikli hedef olarak benimsendiği en önemli uluslararası sözleşmedir.⁷

2.3. Tanımlar

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde ve her iki cinsiyette görülebilen önemli bir toplum ve ruh sağlığı sorunudur.⁸

Çocuk istismarı ve ihmalinin ilk tanımı 1970’de Hellnes isimli bir araştırmacı tarafından, çocukla bakıcısı arasında, çocuğun fiziksel veya gelişimsel durumuna yansıyan, kaza sonucu ortaya çıkmayan, etkileşim ya da etkileşim eksikliği şeklinde yapılmıştır.⁹

1972 yılında ise Helfer, Kempe ile birlikte, tanımda bazı değişiklikler yaparak, ÇİVİ’yi anne-babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği veya yerine getirmeyi

ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasara uğraması olarak tanımlamıştır.¹⁰

Felthous isimli bir araştırmacı da daha net kavramlar üzerinde durarak çocuk istismarını çocuğu kasıtlı olarak dışlamak, incitmek ve zarar vermek amacıyla, doğrudan çocuğun bakımı ile yükümlü birey tarafından fiziksel güç kullanarak çok hafiften başlayarak öldürücü olabilen fiziksel yaralanmaya sebebiyet verilmesi olarak tarif etmiştir.¹¹

Çocuk istismarı ve ihmali çeşitli toplumlarda ve kültürlerde farklı şekilde algılanmakta ve tanımlanmaktadır. Hangi davranışın istismar ve/veya ihmal olup olmadığına karar verebilmek için 1980 yılında Garbarino ve Gilliam, uzman görüşü boyutunu da tanıma ekleyerek böyle bir istismar ve ihmal tanımı getirmişlerdir.¹²

İstismar tanımına 1975 yılında Parke ve Colimer tarafından kültürel boyut eklenmiştir. Bu tanıma göre ÇİVİ "Anne-babaların ve çocuğa bakmakla yükümlü olanların giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan, eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğraması" dır.¹³

Daha geniş bir tanımla çocuk istismarı ve ihmali anne-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur.^{14,15}

2.4. Sınıflandırma

Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak 4 temel grupta incelenmektedir.

2.4.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar onsekiz yaşından küçük çocuk ya da gencin anne-baba ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması ya da yaralanma riski taşımasıdır.^{16,17,18} En geniş anlamda "çocuğun kaza dışı yaralanması" dır.¹⁶

Fiziksel istismar itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla yapılmakta olup belirlenmesi en kolay olan, gelişmiş ülkelerde en sık bildirilen istismar tipidir.¹⁷

2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu

Çocuk istismarının ağır bir formudur, en sık iki yaşın altında görülür. Genellikle 15 ayın, özellikle de 6 ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları tarafından şiddetlice sarsıldıklarında, beyin kafatasının içinde ileri geri hareket eder ve kontüzyon, köprü venlerin yırtılması, subdural hematoma ve beyin kanaması gelişebilir. Dıştan bakıldığında çoğu kez görünür zedelenme yoktur. Subdural hematoma %38-100 olasılıkla tabloya eşlik eder ve %80 olasılıkla iki yanlı olup, Sarsılmış Bebek Sendromu'nun tek bulgusu olabilir. Eşlik eden spinal kord travması ve uzun kemik, kosta, torakolomber spinöz çıkıntı kırıkları sıktır. Bu çocuklarda letarji, kusma, sürekli huzursuzluk ve beslenmede azalma gibi bulgular gözlenebilir. Bu bulguları açıklayabilecek viral hastalık, kolik veya reflü olmaması şüphe uyandırmalıdır. Çocuk koma, konvülsiyon, apneik atak veya solunum sıkıntısı tablosunda getirilebilir. Retina ve vitreus hemorajisini araştırmak için oftalmolojik muayene istenmelidir. Tek veya iki yanlı retina hemorajisi Sarsılmış Bebek Sendromu'nda % 85 veya daha sık olarak saptanır. Kronik veya subakut subdural hematoma varlığında retinal hemoraji olmayabilir. Bu lezyondaki en önemli inceleme yöntemi kranial BT'dir. Kafa travmasına bağlı olarak koagülasyon çalışmaları bozuk saptanabilir, hatta bazen yaygın damar içi pıhtılaşma bile gelişebilir. Sarsılmış bebek sendromunda mortalite % 20-25 civarındadır. Başlangıçta koma tablosunda getirilen olgularda mortalite % 60'lara yükselir, yaşayanlarda ağır mental gerilik, spastik kuadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu gelişir.¹⁸⁻²²

2.4.1.2. “Munchausen by Proxy” Sendromu (Polle Sendromu)

Bir anne-babanın çocuğunda gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu ortaya çıkan her türlü durum olarak tanımlanır.

Çocukta fizyolojik olarak kolaylıkla açıklanamayacak bulguların varlığında ve bu bulgular sadece anne-babanın yanında oluyorsa bu sendromdan şüphelenilmelidir.

Bu sendroma bağılı olarak diyabet, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, nörolojik anomali, konvülsiyonlar ve ani bebek ölümü sendromu tanımlanmıştır.^{1,18}

2.4.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğeri yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak tanımlanır.²³

Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal gereksinimlerini karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, antisosyal davranmayı öğretme, toplumsal olarak kabul edilemez ilgiler geliştirmesini cesaretlendirmek (agresif ve uyumsuz davranışları öğretme ve cesaretlendirme, ilaç, alkol kullanımı için ortam hazırlama, hırsızlık, fuhuş gibi antisosyal davranışlar) bağımlı kılma ve aşırı koruma şeklinde görülebilmektedir. En sık rastlanan ve tanımlanması en zor olan istismar tipidir.^{24,25}

2.4.3. Cinsel İstismar

Çocuklarda cinsel istismar ilk olarak Ruth ve Henry Kempe (1978) tarafından "bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adolesanların bilinçli olarak onay vermeye muktedir olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde kullanmak" olarak tanımlanmıştır.²⁶

Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect) çocukların cinsel istismarını, rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması olarak tanımlamıştır. Bu tanım, söz konusu davranışın herhangi bir araç ve cebir kullanılarak yapıp yapılmadığı; genital ya da fiziksel temas içerip içermediği; çocuk tarafından başlatılıp başlatılmadığı ve kısa dönemde ortaya çıkacak derecede zararlı bir sonuç doğurup doğurmadığı ile ilişkili olmadığını göstermektedir.²⁷

Çocuğun cinsel istismarı ile ilgili çok sayıda tanım bulunmaktadır. Bu nedenle karışıklığı ve tutarsızlığı önlemek için aşağıdaki tanımlama benimsenmiştir:

Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel uyarılması için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar farklı şekillerde olmaktadır:

A-Temas içermeyen cinsel istismar:

- Çocukla seks içerikli konuşma
- Çocuğa pornografik materyallerin gösterilmesi
- Çocuğun cinsel içerikli fotoğraflarının çekilmesi ve çocuk pornografisi
- Çocuğun cinsel gelişimi, tercihleri ve organları ile alay etme
- Çocuğun cinsel doğasının sözlü ve duygusal istismarı
- İstismarcı tarafından çocuğa genital bölgelerinin gösterilmesi
- Çocuğun önünde mastürbasyon yapılması
- Çocuğun soyunukken veya istismarcıyı cinsel olarak tatmin eden aktiviteler sırasında gözlenmesi (röntgencilik=voyerizm)
- Çocuğun başkalarının cinsel istismarına tanık edilmesi

B-Temas içeren cinsel istismar:

- Çocuğun cinsel amaçlı öpülmesi
- Çocuğa cinsel amaçlı dokunulması
- Çocuğun istismarcıya cinsel amaçlı dokunmaya zorlanması
- Çocuğun istismarcıya mastürbasyon yapmaya zorlanması
- Çocuğun istismarcıya oral seks yapmaya zorlanması
- İnterfemoral ilişki
- Cinsel haz sağlamak için çocuğa cinsel şiddet uygulanması
- Çocukla vajinal ya da anal birleşme
- Çocuğu fuhuş malzemesi yapma
- Çocuğun hayvanlarla seksüel aktiviteye zorlanması.

Çocuğun cinsel istismara uğradığının fark edilmesi çoğu zaman rastlantı sonucu olmaktadır. Çocuklar çoğunlukla bilgi vermek istemezler; çünkü korkarlar ve/veya utanırlar. Bunun nedenleri şöyle sıralanabilir:

1. Erişkinlerle, özellikle de bir yabancıyla ya da hep korkutuldukları doktorlarla konuşmaktan çekinirler.

2. Dinlenilmeyeceklerini ve kendilerine inanılmayacağını düşünürler.

3. Olayları anlatırlarsa başlarına kötü şeyler geleceğinden (taciz edenlerin çoğu çocuğu kendisine ya da sevdiklerine kötü şeyler yapmakla tehdit eder; ya da çocuk bu olayları engelleyemediği için suçluluk duyduğundan cezalandırılabileceğini düşünür.) korkarlar.

4. Yalnız kalma korkusu gelişir.

5. Cinsel konuları konuşmaktan rahatsız olurlar.

6. Aşağılanacaklarından korkarlar.

7. Damgalanacaklarını düşünürler.

8. Kelime hazineleri ve gelişim düzeylerine göre olayları anlama ve anlatma becerileri yetersizdir.²⁸

2.4.3.1. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)

Ensest geleneksel olarak evlenmeleri, ahlak, hukuk ve dinsel olarak yasaklanmış akraba olan aile bireyleri arasındaki ilişki olarak değerlendirilmektedir. Ensest konusunda çeşitli tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlamalarda iki temel faktör ön plana çıkmaktadır. Bazı araştırmacılar sadece çekirdek aile içindeki aile bireylerini bu kapsama alırken bazı araştırmacılar ise bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik bağa bakmaksızın bu kapsama almaktadır.

Ensest vakalarının çoğu annelerin çocuklarındaki davranış sorunları sonucu çocuklarını bir uzmana götürmeleri sırasında araştırmalarla ortaya çıkmaktadır. Olayın kurbanlarının suçluluk, utanma ve dışlanma korkuları olayın bildirilmesini engellemektedir. Bu durum genellikle başka araştırmalar yapılırken rastlantı sonucu ortaya çıkmaktadır.²⁹

Ensest için risk faktörleri:

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara öz ya da üvey babanın bakması ,
- 6-8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,

- Küçük kızda gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde geçmişte ensest ilişkinin varlığı.
- İktidarsızlık .
- Psikopatidir.²⁴

2.4.4. İhmal

İhmal; çocuğun bakımı, sağlığının korunması ve desteklenmesinden sorumlu kişilerin onun temel gereksinimlerini (beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim, korunma ve gözetim gibi) karşılayamaması sonucu çocuğun gelişiminin ve güvenliğinin zarar görmesidir.³⁰

Çocuğun temel gereksinimleri başlıca 6 grupta toplanmaktadır:³¹

- Dokunulma
- Güven
- Düzen ve Yapı
- Sosyalleşme
- Uyarılma
- Kendini değerli hissettirme

İhmalin istismarın tersine belirgin sınırları yoktur. İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin pasif bir olgu olmasıdır. İhmalin belirti ve bulguları, yasal tanımı daha belirsizdir.

İhmal olgusu da istismar gibi fiziksel, duygusal, cinsel ve eğitimin ihmali gibi alt gruplara ayrılabilir.³²

2.4.4.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk veya yetersizlik şeklinde tanımlanmaktadır.^{7,33} Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fizik çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır.

Sağlık ihmali fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılabilir; çocuğun hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içerir.

Fiziksel ihmalin özel bir türü de henüz doğmamış bebeğin ihmali. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlığını da etkileyecektir.³²

2.4.4.2. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanır.³²

2.4.4.3. Cinsel İhmal

Çocuklar, 2 yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlarlar. Çocuğun yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, oyuncak alınmaması cinsel ihmaldır. İleride bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.³²

2.4.4.4. Eğitim İhmali

Zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek eğitim ihmali. Bu çocukların okula gönderilmemesinin yanında, gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesidir.³²

2.5. Epidemiyoloji

Çocuk istismarı ve ihmali dünyanın her yerinde rastlanan, konunun üzerine gidildikçe sıklığının oldukça fazla olduğu anlaşılan bir durumdur. Konu ile ilgili profesyonellerin duyarlılıkları ve bilgileri arttıkça, olgular için resmi bildirimler yapıldıkça sıklıkla ilgili rakamlar artmaktadır.

ABD’de 1993’te yapılan bir çalışmanın verilerine göre çocukların yaklaşık % 1’i istismar, % 1,5’i ihmale uğradığı düşünülmektedir. İstismara uğrayan çocukların üçte biri altı ayın altında, üçte biri 6 ay-3 yaş arasında, üçte biri üç yaşından büyük

çocuklardır. İstismara uğrama olasılığı 12 yaşından sonra belirgin bir şekilde azalmaktadır. ABD Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (The National Child Abuse and Neglect Data System) raporlarına göre 2005 yılında raporlanan 1460 çocuk ölümü ÇİVİ'den kaynaklanmaktadır. Aynı rapora göre en çok 3 yaşından küçük çocukların istismara uğradığı bulunmuştur. ÇİVİ'den kaynaklanan ölüm olguları incelendiğinde % 38'inin ihmalden, % 30'unun fiziksel istismardan, % 29'unun istismar ve ihmalden, % 3'ünün duygusal istismardan ve % 1 kadarının da cinsel istismardan kaynaklandığı gösterilmiştir.^{1,18}

2002 yılında dünyada 53000 çocuk katledilmiş; okul çağındaki çocukların % 20-65'i sözlü veya fiziksel istismara uğramış; 18 yaş altındaki 150 milyon kız, 73 milyon erkek çocuk zorla cinsel ilişkiye veya cinsel şiddete maruz kalmış; 1,8 milyon çocuk fuhuş ve pornografiye, 275 milyon çocuk ev halkı tarafından şiddete maruz kalmış; 126 milyonu tehlikeli işler olmak üzere 218 milyon çocuk işçiliğine tabi tutulmuş; 1,2 milyon çocuğun da insan ticaretine kurban olduğu bildirilmektedir.³⁴

İstismara bağlı ölüm nedenleri sıklık sırasıyla süt çocuklarında sarsılmış bebek sendromu, künt travma ve boğulma, 1-4 yaş arasında künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve ihmal, dört yaş üzerindeki çocuklarda ise künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve zehirlenmelerdir.³⁵

ABD'de, 1976'da bildirilen fiziksel istismar olgu sayısı 669000 iken bu sayı 1995'de 3 milyona çıkmıştır.³⁶ Bu durum son 20 yılda istismar konusuna duyarlılığın artmış olması nedeniyle daha fazla olgunun bildirilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Fiziksel istismara bağlı ölümlerin % 42,6'sını 1 yaş altı çocuklar oluştururlar. Erişkinlerle gerçekleştirilen retrospektif bir çalışmada katılımcıların % 26,4'nün çocukluklarında tekmelenme, dövülme, bir cisimle vurulma gibi istismara maruz kaldıkları bildirilmiştir.³⁷ Acil polikliniğine gelen çocuk yaralanmalarının % 1,3-15'inin istismara bağlı olduğu düşünülmektedir.³⁸

Fiziksel istismar ve ihmalin yaygınlığının tam olarak belirlenmesi oldukça güç olmakla birlikte, ABD'nde fiziksel istismarın 5-20/1.000 civarında olduğu bildirilmektedir.³⁹ Fiziksel istismarın çoğunlukla "kaza" olduğu düşünülerek gözden kaçırıldığı öne sürülmektedir. Fiziksel ihmalin ise çok daha yüksek oranda meydana geldiği düşünülmektedir.⁴⁰ Fiziksel istismarda kız erkek oranı arasında belirgin bir fark bulunmamaktadır. Ancak cinsiyet dağılımı kurbanın yaşı ile değişiklik

gösterebilmektedir, örneğin; ergenlik çağında kızlar daha fazla fiziksel istismarla karşı karşıya kalabilmektedir. Fiziksel istismar en çok dört - sekiz yaşlarındaki çocuklara yönelik olmakla birlikte yaşla istismar oranı azalmaktadır.⁴¹

Anne yaşına bakıldığında 20 yaş ve altındaki annelerin çocuklarına daha sık olarak fiziksel istismarda bulundukları gözlenmektedir.⁴² Çocuklara yönelik fiziksel istismarda annelerin oranı daha yüksek iken, ergenlere yönelik olanlarda babaların sorumlu oldukları saptanmıştır.⁴³

İsrail’de 5742 ilkokul öğrencisiyle yapılan bir anket çalışmasında öğrencilerin % 22,2’sinin fiziksel, % 29,1’nin duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir.⁴⁴

Theodora ve arkadaşları çalışmalarında, 0-17 yaş arası çocuğu olan 1435 anneye telefon ile ulaşmışlar ve fiziksel istismar oranını % 4,3 olarak belirlemişlerdir.⁴⁵

ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakımevlerinin istismarı sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin % 52’sinde fiziksel şiddet, % 42’sinde ihmal ve % 5’inde ise her iki istismar şekli olduğu düşünülmektedir.⁴⁶

Duygusal istismar; İngiltere’de 2000 yılı resmi istatistiklerinde tek başına istismarlar içindeki oranı % 18 olarak bildirilmiştir. Duygusal istismarın tek başına rastlanan en nadir, öte yandan ihmalin ise tek başına en sık rastlanan istismar tipi olduğu belirtilmiştir. İstismarın büyük oranda birden fazla tipinin bir arada bulunduğu, en sık karşılaşılan kombinasyonun ise fiziksel istismar ile duygusal istismarın bir arada bulunduğu durumlar olduğudur. Duygusal istismarda kız ve erkek çocuklar arasında sıklıkla önemli bir fark yoktur. Duygusal istismar 6-8 yaş arasında pik yapmakta ve ergenlik boyunca da hemen hemen aynı seviyede kalmaktadır.⁴⁷

Cinsel istismarın toplumca kabul edilmesi zor olduğu için belirlenmesi ve ortaya çıkarılması çoğu zaman zordur.⁴⁸ Cinsel istismar sık rastlanan ve genellikle yıllarca süren bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca % 15’inin bildirildiği düşünülmektedir.⁴⁹

Kuzey Amerika’da yapılan 16 çalışmanın bulguları sentezlendiğinde cinsel istismar sıklığı kız ve erkekler için sırasıyla % 16,8 ve % 7,9 olarak bildirilmiştir.⁵⁰

ABD, Kanada ve en az 19 ülkede yürütülen bir çalışmada çocuk istismarı epidemiyolojik verileri kız çocukları için % 7-36, erkek çocukları için % 3-29 aralığında bildirilmekte, kız çocuklarının 1,5-3 kat daha fazla istismara uğradığı üzerinde durulmaktadır.⁵¹

2000 yılında Edgardh ve arkadaşları ergenlerle yapılan bir araştırmada çocuklukta ve ergenlik döneminde yaşanan istismar ile ilişkili sorunlar araştırılmış, erkek ve kız öğrenciler arasında sırasıyla % 3,1 ve % 11,2 oranlarında istismar bildirimi yapılmış; erkekler için ortalama başlangıç yaşı 9,1 kızlar için 9,0 yaş belirlenirken, erkeklerin % 1,2'si, kızların % 3,1'i oral, vajinal ya da anal ilişki içeren cinsel istismar bildirmişlerdir.⁵²

Türkiye'de ise konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir. Ülkemizde bugüne kadar yeterli sayısal verilerin toplanamadığı görülmektedir. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tip çalışmaların yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır. İhmal ve istismarın yaygın olduğu söylenmekte ancak güvenilir rakamlar bulunmamaktadır.⁴⁷

Türkiye'de 1985 yılında 16, 000 çocuk üzerinde Bilir ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada bu çocukların istismara uğrama oranları % 33 olarak belirtilmiştir. Tokat atma, kulak ve saç çekmenin yanı sıra tebeşir-silgi fırlatma olgularının görülme oranının % 25 olması, sopayla dövmenin % 14 gibi oranlara varması olayın ne denli ciddi boyutlar taşıdığının delillerini oluşturmaktadır. Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED)'nin bir çalışmasında, 6-12 yaş ilkököl öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak dayağın kullanıldığı olguların görülme oranı % 85'e ulaşmaktadır.⁵³

Başbakanlık Aile Kurumu'nun 1995 yılında yaptığı "Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları" isimli çalışmada 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık % 40'ının anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir.⁵⁴

Akyüz ve ark.'nın erişkinlerle yaptıkları geriye dönük bir araştırmada ise çocuklukta cinsel istismar oranı % 2,5 olarak bildirilmiştir.⁵⁵

9-11. sınıflarda okuyan kız öğrencilerle yapılan diğer bir çalışmada; % 1,8 oranında ensest bildirilirken, öğrencilerin % 11,3'ü çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğundan bahsetmişler; % 4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir.⁵⁶

1999'da çocuk istismarı olgularının % 58'i ihmal olarak verilirken aynı yıl çocuk istismarına bağlı ölümlerin % 38'inin ihmale bağlı gerçekleştiği bildirilmiştir. İhmalin alt tipleri arasında en üst sırada gözetim yetersizliği yer alırken bunu fiziksel ihmal, suç sayılan davranışlara izin, terk ve eğitim ihmali izlemiştir. İhmalde de

cinsiyetler arasında belirgin bir fark olmamakla birlikte en sık görüldüğü dönem yaşamın ilk yıllarıdır.

İstanbul'da Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca karara bağlanmış çocuk ölümlerinin ÇİVİ açısından incelendiği retrospektif araştırmada, 2000-2002 yılları arasında 216 olgu tespit edildiği görülmektedir. Bunların sebepleri incelendiğinde 161 olgu ile (% 74,5) ihmal ilk sırada olup daha sonra 30 olgu (% 13,9) ile fiziksel istismar geldiği belirtilmektedir.⁵⁷

2.6. Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedeni multifaktöriyel olup basit bir açıklama getirmek çok zordur. Bir çok araştırmacı anne-baba, çocuk ve çevre ile ilişkili risk faktörlerinin istismar ve ihmalin oluşumunda etkili olduğu görüşünde birleşmektedir. Bu risk faktörleri:

2.6.1. Çocuk ile İlişkili Risk Faktörleri

- Konjenital anomali
- Mental retardasyon
- Prematürite
- Kronik hastalık
- Düşük doğum ağırlığı
- İstenmeyen, evlilik dışı olan çocuk
- Çocuğun beklenen cinsiyette olmaması

2.6.2. Ebeveyn ile İlişkili Risk Faktörleri

- Sosyoekonomik düzeyin düşük olması
- Düşük eğitim düzeyi
- Tek ebeveyn
- Üvey ebeveyn varlığı
- Çok eşli olma
- Parçalanmış aile
- Ataerkil/geleneksel ailede yaşama
- Sosyal izolasyon

- 18 yaşımdan küçük olma
- İstenmeyen gebelik
- Çok çocuklu olma
- Ebeveynlik becerisinden yoksunluk
- Aile içi şiddet
- Cinsel sorunlar
- Madde kullanımı
- Ebeveynde fiziksel / ruhsal hastalık
- İşsizlik
- Çocuklukta istismara uğrama

2.6.3. Topluluk / Toplum ile İlişkili Risk Faktörleri

- Sosyal eşitsizlikler
- Yoksulluk
- Korumaya yönelik yasa olmaması
- Çocuğa verilen değerin az olması
- Organize şiddet/savaş, silahlıanma, suç hızında artma
- Şiddetin sosyal kabul edilebilirliğinin artması
- Kültürel değerkler
- Çocuk aile politikaları
- Sosyal yardım sistemleri
- Okul

Kalabalık olması

Sosyal baskı olması

Disiplin yönteminin dayak olması

Öğretmenin kişilik yapısıdır.⁴⁷

2.7. Tanı

Çocukta istismar tanısı koymak için hekimin yapması gerekenleri üç ana başlık altında toplayabiliriz;

1. Öykü

2. Fiziksel muayene
3. Laboratuvar tetkikleri

2.7.1. Öykü

Olgunun hikayesi alınırken ve fizik muayenesi yapılırken dikkat edilmesi gereken davranışlar:

- Olay dışı insanların gereksiz şekilde olaya dahil olmalarına izin verilmemeli, ilgisiz insanlarla olayın yorumu yapılmamalı.
- Olaya karşı aşırı umursamaz davranılmamalı ya da olay dramatize edilmemeli.
- Çocuk suçlanmamalı, eleştirilmemeli, cezalandırılmamalı.
- Çocuk istismarcı ile karşı karşıya getirilmemeli.
- Çocuğa sırrının saklanacağı konusunda söz verilmemelidir. Çünkü olayın başka insanlara, özellikle ilgili makamlara anlatılması gerekecektir.
- Çocuğa olanları unutmaması konusunda baskıcı olunmamalı, onu yaşam için destekleme ve cesaretlendirme dışında, yönlendirici davranılmamalıdır.⁵⁸

2.7.1.1. Fiziksel İstismarda Öykü

Çocuklarda kazalar sık görülmekle birlikte, yaşa uygun olmayan, kendi kendine olma olasılığı çok düşük olan hasarlarda istismardan şüphelenilmelidir. Fiziksel istismardan şüphelenildiğinde dikkatle öykü alınıp fiziksel muayene yapılmalı, incelemeye rutin radyolojik tetkikler ve kan sayımı da eklenmelidir.

Değerlendirmede; çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili öykü, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutan anne ve/veya baba, çocuğun hasarla ilgili anne ve/veya babayı suçlaması, anne ve/veya babada istismara uğrama öyküsü, anne ve/veya babanın çocuktaki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir.

Çocuğun sağlığında ciddi boyutlarda bir problemin aniden ortaya çıkması sonucu korkan anne-babalar çocuğu acil servise getirmektedir. Bu yüzden de sadece çocuğu getiren kişilerin değil, konuşacak yaşta ise çocuğun da olayı anlatması istenmelidir.

Öykü, fiziksel bulgularla birlikte doktoru en iyi bilgilendirecek kaynaklardır. Bazen fiziksel bulguların yeterince açık olmaması durumunda sadece öykü ve çocuğu getiren kişilerin tutumları aydınlatıcı olabilmektedir. Öykü ileri aşamalarda hukuki kanıt olarak da kullanılabileceğinden çok önemlidir. Genellikle çocuk tek tanıktır. İstismar olgularında çocukların genellikle konuşmak yerine susmayı yeğledikleri, bazı olaylarda ise söylediklerini daha sonra inkar ettikleri görülebilmektedir.

Çocuktan anamnez alınırken dikkat edilmesi gereken özelliklerden birisi de sorulacak soruların tipidir. Soruların yönlendirici olmaması; kısa, net ve anlaşılır olması gerekmektedir.

Çocuğun sorulara vereceği cevapları etkileyebilecek bazı faktörler şunlardır:

- Olay ile öykünün aktarılması arasında geçen sürenin uzunluğu,
- Çocuğun söylediklerinin kendiliğinden mi yoksa bir erişkinin sorusu üzerine mi söylendiği,
- Sözler bir soruya karşılık ise sorunun yönlendirici olup olmadığı,
- Çocuğun duygusal durumu,
- Öykü sırasında çocuğun fiziksel durumu,
- Çocuğun kullandığı tümceler, seçtiği sözcükler,
- Çocuğun ifadesini kendine güvende hissedince mi verdiği,

Pratikte öykünün anne-baba veya çocuğun bakıcısından alındığı gözlenmektedir. Olguların büyük çoğunluğunda genellikle öykü verenlerin birbirlerini koruması amacıyla, verilecek ifadede gizlice anlaşmalar yapılmaktadır. Bu yüzden anne-babadan farklı zamanlarda ayrı ayrı alınacak öykünün büyük önemi vardır.

Fiziksel istismar öykülerinde oldukça sık rastlanılan ortak özelliklerden bazıları şunlardır:

- Tedaviye başvuruda izah edilemeyen gecikmeler,
- İlk gelişte verilen öykünün sonradan değiştirilmesi,
- Tek tek verilen anne-baba öykülerindeki farklılık,
- Çocuğun yaş ve gelişme durumu ile uyumsuz öyküsü,
- Çocuğun kardeşinin suçlandığı yaralanmalar,
- Anne-babada veya bakıcılarda düşmanca davranışlar,

Genellikle fiziksel istismar olaylarında sık rastlanılan öykü, düşme veya küçük kazalardır. Çocuğun divandan veya sedirden düştüğü söylenir. Bir doktor için çocuğun

gelişiminin bilinmesi, istismarın değerlendirilmesinde çok önemlidir. Çocuğun motor gelişimini bilen bir doktor çocuğun henüz kendi kendine dönmeyi öğrenmeden yataktan düşmeyeceğini veya henüz emeklemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağını da farkındadır. Daha hareket etme becerisi göstermeyen bebekler iyi bakım görüyorlarsa çok nadir olarak yaralanma riski taşırlar. Buna karşın emekleme ve yürümeyi öğrenme denemelerinde düşmeye bağlı olarak vücudun çeşitli yerlerinde çok sayıda lezyonlar görülebilir.

Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismara bağlı yaralanmaları ayırmak önemlidir. Burada yapılacak hataların bedelini hem çocuk hem de aile ödeyebilir. Eğer istismara bağlı oluşan yaralanmalar tespit edilemezse çocuk istismar edileceği ortamda bırakılmış olur. Eğer yaralanma kazaya bağlı ise anne-babalar yanlış olarak suçlanacak ve travmatize edilmiş olacaklardır.

Çocuğa bakmakla yükümlü kişiler çok nadir olarak çocuğu istismar ettiklerini kabul ederler. Yaralanmanın kazaya bağlı olduğuna inandırmaya çalışırlar. İstismarı tanıyabilmek, saptayabilmek için istismarın bir olasılık olabileceğini akılda tutmak ve yaralanmaların kazaya bağlı olduğunu kanıtlayabilmek gerekir.

Her yaralanma ile gelen çocukta istismar mutlaka düşünölmeli; laboratuvar testleri ve radyolojik tetkikler yapılırken şüpheli olgularda sonuç alınana kadar çocuk hastanede tutulmalıdır. Kuşkulandırılması gereken durumlarda fizik muayene ve olayın öyküsünde bazı noktaların üzerinde durulmalıdır;

- Öykünün çelişkili olması,
- Fiziksel bulgulara uymayan öykü,
- Şüpheli travma öyküsünün birden fazla olması,
- Anne-babanın kazayı bir kardeşe veya yabancı kimseye yüklemesi,
- Kazanın çocuğun kendisine yüklenmesi,
- Çocuğun hastane hastane gezdirilmesi,
- Çocuğun anne-babayı suçlaması,
- Anne-babanın çocukken istismara uğrama öyküsü,
- Anne-babanın çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olmasıdır.⁵⁸

2.7.1.2. Cinsel İstismarda Öykü

İstismara uğrayan kişiyi güvensiz ortamdan uzaklaştırmak ilk adımdır. Muayene öncesi çocuk ve anne-babası ile yapılacak olan görüşme, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ya da psikolog ile birlikte yapılmalıdır. Görüşme süresince yapılacak olan işlemler hakkında temel bilgiler verildikten sonra, hem çocuktan hem de anne-babasından onam alınmalıdır. Görüşmenin amacı, olay hakkındaki öykünün toplanmasıdır. Görüşme odasında çocuk ve iki görüşmeci dışında kimse olmamalıdır. Ancak anne-babasından ayrılmak istemeyen küçük bir çocuk ta zorla anne ve babasından ayrılarak odaya alınmamalıdır. Anne-babadan biri odaya alındı ise, konuşmamalıdır ve çocukla göz temasına girmesine izin verilmemelidir. Anne-baba ile de ayrı ayrı görüşülmelidir. Çocuğa yöneltilen sorular çocuğu yönlendirici nitelikte olmamalıdır. Görüşmenin yapıldığı tarih ve saat kaydedilmelidir. Bilgiler çocuğun kendi sözleriyle ve dikkatle kaydedilmelidir. İstismar anı konuşulurken, soruların kolay anlaşılır olması gerekir. Ayrıntılı bir hikaye arzu edilse de, hastaya sürekli tekrar ettirmekten kaçınılmalıdır. İstismara uğrayan kişinin yaşı, istismarın zamanı, yeri, şekli, tam olarak ne olduğu, başlama süresi, varsa tekrarları, başlama şekli, istismarcının yakınlığı, zor kullanıp kullanmadığı, önceki cinsel eğitimi ve deneyimi sorulur.⁵⁸

Cinsel istismar görüşmesinde sorulması gereken diğer bilgiler vajinal, anal, ağızla temas ya da mastürbasyon varlığı, dokunma, ejakülasyon olup olmadığı, oldu ise nereye olduğu, istismar sonrası vajinal lavaj yapılıp yapılmadığı, defakasyon yapılıp yapılmadığı, kıyafetlerini değiştirip değiştirmediği, ilk ve son menstruasyon tarihleri, gebelik bulgularının varlığı, istismardan önce cinsel ilişkide bulunup bulunmadığı, geçirilmiş veya halen mevcut veneryal hastalığı bulunup bulunmadığı, ruhsal hastalık öyküsü olup olmadığı, saldırı sırasında fiziksel gücün kullanılıp kullanılmadığı, tehdit edilip edilmediği, saldırıdan 24 saat önce alkol ve yasal olmayan ilaç kullanıp kullanmadığı, kullanmış ise ne zaman kullandığı, aldığı miktar, bu ilacı kullanma sıklığı, süresi ve miktarı sorgulanmalıdır.

Çocukların kelime hazinesinin darlığından dolayı ortaya çıkabilecek sorunları ekarte etmek amacıyla oyun veya anatomik bebekler gibi değişik yöntemler geliştirilmiştir. Bu teknikleri uygulayan kişi konusunda deneyimli olmalı, çocuğa açık uçlu sorular sormalı ve çocuğu kendi istediği yanıtı vermeye yönlendirmemelidir. Çok küçük çocuklarda bu yöntemlerle bile ayrıntılı bir öykü elde etmek mümkün değildir.

Bu durumda görüşmeyi yapan kişi çocuğun anne babasından, akrabalarından, polis memurlarından, komşulardan ve diğer çocuklardan bilgi alabilir. Hekim çocukla bu karşılaşma sırasında çocuk istismarının genel belirtilerine karşı uyanık olmalıdır. Örneğin gece korkuları, uyku alışkanlıklarında değişiklikler ve buna bağlı davranışlar sayılabilir. Çocuğu inceleyen kişi çocuğun ruh halini, davranışlarını, mental durumunu olduğu kadar, çocuğun anne-babasıyla ve diğer insanlarla olan ilişkilerini de kaydetmelidir. Öyküde şüpheli olayın ayrıntıları, tüm tıbbi hikâye (özellikle genitoüriner ve gastrointestinal semptomlar), ailede daha önce yaşanan benzeri olaylar ayrıntılarıyla sorulmalıdır.⁵⁹

Çocukların sözlü anlatımlarının gelişmemiş olması, aile sırlarını açıklamaktan korkmaları ve istismar davranışlarının anlamını bilmemeleri ve çocuklarla yapılan görüşmelerin yeterli olamayabileceğinden çocuklar çizebildikleriyle de kendilerini anlatabilirler. Çocukların çizimlerinin analizi yüzyılın başından beri yapılmaktadır. Bu çizimlerde istismarın her türüne ait göstergeler tanımlanmaktadır.⁶⁰ Cinsel istismarın çocukların çizimlerindeki göstergeleri; insan figürü (Human Figure Drawing) ve aile ilişkileri (Kinetic Family Drawing) çizimlerinde değerlendirilmektedir. Cinsel istismar göstergeleri; genital bölgenin açıkça çizimi; penis, vajina, pubik kıllar ya da göğüslerin gösterilmesi, genital bölgenin örtülmesi; başka objelerin genital bölgeler üzerine yerleştirilmesi, genital bölgenin atlanması; bedenin orta kısmını ve/veya göğüsleri silme, karşı cins genital organlarının çizilmesi olmaktadır. Çocukların çizimlerinin analizi, yalnızca tanı amaçlı görüşmelerde değil; rehabilitasyon sürecinde de kullanılmakta, çizimler çocuğun ruhsal durumundaki gelişmeleri gösterebilmektedir.⁶¹

2.7.2. Fizik Muayene

2.7.2.1. Fiziksel İstismarda Fizik Muayene

Klinikte fiziksel istismar en sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkar.

2.7.2.1.1. Cilt Bulguları

Fiziksel istismara bağlı yaralanmalar çocuklarda ekimoz, sıyrık, kesi, ısırık izi, cetvel kemer gibi bir cismin şekline benzeyen yaralar, yanık, hematom şeklinde görülebilmektedir.

Kaza sonucu oluşan ekimozlar tipik olarak derinin çıkıntılı kemik yüzeylerinde; tibia ön yüzü, diz, dirsek, alın ve ellerin dorsal yüzlerinde görülmektedir. Bacaklar ve kolların arkasında, karında, kulak arkasında, genital bölgede, kalçada ya da diğer yumuşak doku bölgelerinde görülen ekimozlar istismar şüphesi uyandırmalıdır. Tek bir travma öyküsüyle uyuşmayan, farklı iyileşme dönemindeki ekimozlar; yani farklı yaşlardaki ekimozların birlikte görülmesi travmanın sürekliliğini düşündürmelidir.⁶²

Vücutta travmanın uygulamaya bağlı olarak en sık görüldüğü bölgeler şunlardır:

a. Kol ve bacak çevresindeki ekimozlar, özellikle bilek ve ön kolda, kolun üst kısmı, uyluk ve küçük bebeklerde ayak bilekleri çevresinde görülür. Bu bölgeler özellikle bir erişkinin çocuğu sıkıca kollarından tuttuğu bölgelerdir. Küçük bebeklerde bacağın alt kısımlarındaki ekimozlar, çocuğu sallamak amacı ile bacak veya ayak bileğinden tutulmuş olduğunun işaretidir.

b. Kalçalar, kayış/kemer ile dövme ya da tokat atma sonucu oluşan ekimozların sıklıkla görüldüğü bölgelerdir. Uyluktaki ekimozlar daha az görülmekle birlikte dış tarafta görülen lezyonlar şiddet kullanılmasına, iç tarafta görülen lezyonlar ise cinsel amaçlı bir istismara işaret etmektedir.

c. Yüzde, özellikle tokata bağlı ağız çevresi ve yanaklarda sıklıkla ekimozlar görülür. Ağız ve göz çevresinde lezyonların varlığı istismar lehine bulgulardır. Saçlı derideki ekimozlar saçlar nedeniyle bazen muayene sırasında gözden kaçabilir.

d. Parmakların basısı sonucu oluşan ekimozlar göğüs, karın ve boyun bölgesinde görülür. Karın ve göğüs alt bölgelerindeki ekimozlar öncelikle derin iç organ yaralanmalarını düşündürmelidir.

Ekimozların boyutları değişken olup çeşitli şekillerde görülebilirler. Fakat çocuk istismarında en yaygın görülen şekli 1-2 cm çapında küçük daire şeklindeki lezyonlardır. Bu lezyonlar genellikle bir erişkinin parmak uçlarının basısı ya da bir darbe sonucu oluşurlar.

Kaza sonucu sıcak sıvılarla oluşan yanıklar; vücudun üst bölgelerinde ve düzensiz şekilde olmakta, temas yanıkları; eğer zorlanmamışsa refleks olarak sıcak etkenden hızla uzaklaşacağı için yüzeysel olmaktadır.^{63,64}

2.7.2.1.2. Ağız ve Diş Yaralanmaları

İstismara bağlı ağız yaralanmaları dilde, ağız mukozasında, sert ve yumşak damakta, dudaklarda ve frenilumda yanıklar ya da laserasyonlar, dişlerde kırılma ve dökülmeler, çene kemiğinde kırıklar şeklinde görülebilir. En sık yaralanan bölge dudaklardır. Ağız yaraları sıklıkla çatal kaşık gibi yemek araçları ya da biberonla zorla besleme sırasında oluşur.⁶⁵

2.7.2.1.3. Göz Bulguları

İstismara uğrayan çocukların % 4-6'sı göz bulguları nedeniyle başvururlar. Göz yaralanması, göz çevresinde ödem ve/veya göz küresinin parçalanmasına kadar giden ağır biçimlerde karşımıza çıkabilir. Periorbital ekimoz, katarakt, lens subluksasyonu, subkonjonktival kanama, optik sinir hasarı, şaşılık, intraoküler retinal kanamalar istismar sonucu görülebilmektedir.⁴⁷

2.7.2.1.4. İskelet Sistemi Bulguları

Yumuşak dokudan sonra ikinci sıklıkta etkilenir. Çoğunlukla ölümcül olmayan bulgulardır. Kırıklar kemiklerin metafiz ve epifizlerinin çevresinde yaygındır. Ekstremitte kırıkları çoğunlukla çekme, bükme ve anormal açılma sonucunda dolaylı olarak ortaya çıkarken bazen de doğrudan travma sonucunda oluşabilirler. Metafiz ayrılması, küçük kopma kırıkları ve köşe kırıkları çekme, bükme gibi zorlamalar sonucunda oluşur. Kol ya da bacağın bükülerek şiddet uygulanması ise spiral kırıkları oluşturur. Herhangi bir nedenle oluşmuş bir kırık tanı aldığında istismardan şüpheleniliyorsa mutlaka diğer kemikler taranmalıdır.^{66,67}

2.7.2.1.5. Kafatası Kırıkları

Ölümcül istismar olgularının yaklaşık yarısında kafatası kırıkları bulunmaktadır. Kafa travmaları vurma, düşme, yere ya da duvara atma gibi direk travma sonrası olabileceği gibi sarsma sonrası da görülebilmektedir. Çocukların kafatası erişkine göre esnek ve incedir. Paryetal kemik kırılmadan içeriye doğru çökme gösterebilir ve alttaki beyin dokusunun hasarına neden olabilir. Çocuğun bir yere atılması veya kafasının üstüne vurulması ile frontoparyetal suturede horizontal kırık hattı oluşabilir. Kafa

travmalarında ödem sıklıkla görülmekte olup, kafatasında kırık ve subdural kanamalar birlikte ise istismardan, özellikle sarsılmış bebek sendromundan şüphelenilmelidir.⁶⁸

2.7.2.1.6. İç Organ Yaralanmaları

İç organ hasarları en sık karın bölgesinde görülmektedir. Kafa travmalarından sonra ikinci ölüm nedenidir. Genellikle doğrudan darbe ile oluşurlar. En sık karaciğer hasarlanması görülür. Travma ve hematoma gelişimine en uygun lokalizasyon karının üst ortası ve göbek çevresidir.⁶⁹

2.7.2.1.7. Psikolojik ve Davranışsal Bulgular

Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir; bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir.⁴⁰ Bu çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanılmaktadır.⁷⁰ Ayrıca nedeni tam olarak anlaşılamamakla birlikte, yüksek oranda nörolojik bozukluk bildirilmektedir.⁷¹

Saldırgan ve suça yönelik davranışlar, fiziksel istismar ve ihmalle en sık birliktelik gösteren sorunlardır.⁷² Bu çocuklarda kontrollere göre daha yüksek oranda davranış bozukluğu ve karşı olma, karşı gelme bozukluğu görülmektedir.¹⁸

Fiziksel istismara uğramış kişilerde özkıyım düşünceleri ve girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır.⁷³

Madde kötüye kullanımı, psikopatik kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar da fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda daha sık saptanmaktadır.^{15,74}

Fiziksel istismar vakalarında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu sık görülen ruhsal sorunlardır.⁷⁵

2.7.2.2. Duygusal İstismarda Fizik Muayene

Duygusal istismarın belirti ve bulguları psikolojik ve davranışsal şekilde ağırlıklı olarak geç dönemde ortaya çıkmaktadır.

2.7.2.2.1. Psikolojik ve Davranışsal Bulgular

Duygusal istismar ve ihmalin zararlı etkileri ihmalin tipine, şiddetine ve süresine göre değişir. Bu bulgular iki grupta incelenir:

• Dolaysız Belirtiler

Küçük çocuklarda bakımın yeterli olmadığını gösteren kriterleri içerir. Örneğin; temiz olmamaktan kaynaklanan pişikler, kirli ve uygunsuz giyecekler ile temizlik eksikliği, beslenmenin yetersiz görüldüğü zayıf ve solgun görünüm vb.⁵⁷

• Dolaylı Belirtiler

Büyüme geriliği, gelişim noksanlığı ve davranış bozuklukları olarak sınıflandırılabilir.

Büyüme: Organik nedeni olmayan büyüme geriliği, duygusal istismarın ve ihmalin en somut göstergesidir. Çocukla yeterince iletişim kurulamamış olması, beslenmesinin unutulması, ilgisizlik, iştahsızlık başlıca nedenler olarak görülmektedir.

Gelişim: Duygusal istismarın ve ihmal olgusunun yaşandığı ailelerde çocuğun gelişim eksikliğinin temel nedeni uyarılma eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu yoksunluğun üst düzeyde olduğu ortamlarda büyüyen çocuklarda, doğumda normal oldukları halde daha sonra gelişim geriliği görülmektedir.

Davranış: Duygusal istismar ve ihmal edilmiş çocukların ilgiyi üzerlerine toplamak için antisosyal davranışlara yöneldikleri bazı araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur. Bu tip ortamlarda yetişen çocukların öz benlik saygılarının düşük olduğu ve genelde çevrelerine düşmanca davrandıkları görülmektedir. Saldırgan tavır içinde olabilirler. Bu tip çocuklarda enürezis, enkoprezis, tekrarlanan karın ağrıları gibi çeşitli psikosomatik belirtilerin görülmesine karşın bu bulguların kesin tanı kriterleri olmadığı unutulmamalıdır.⁷⁶

Duygusal istismar ve ihmal edilmiş çocuklar sıkılgan, pasif olabilirler, yabancı ve erişkinlerden korkabilirler. Bu çocuklarda parmak emme, öğrenme güçlüğü, okuldan kaçma gibi davranışlar; ileri yaşlarda ilaç, alkol bağımlılığı, hırsızlık, saldırganlık, suça eğilim gibi sorunlar görülebilir. İhmale uğramış çocuklardaki en temel gösterge okul öncesi çocuklardaki konuşma geriliğidir. Çocuklara yeterince sözel uyarın sağlanmaması nedeniyle ortaya çıkan bu durumun çocuğun sözel iletişim becerileri kazanmasını önlediği görülmektedir. Bu tip çocuklar fark edilmezlerse, tepki vermeyen ve iletişim kurmayan bir çocuk oldukları görülecektir. Yaş büyüdükçe çocuklarda dil

geriliğinin okul başarısızlığına yol açtığı görülmektedir. Sözel ve sözel olmayan puanlardaki farklılık daha ileri yaşlarda da devam etmektedir.⁵

2.7.2.3. Cinsel İstismarda Fizik Muayene

Çocukların çoğunda fiziksel bulgular daha az dramatiktir veya hiç görülmez. Bazı olgularda ise fiziksel yaralanmalar söz konusu olsa bile bu, olaydan haftalar, aylar hatta yıllar sonra hekimle karşılaşır. Zaman içinde semen ve diğer materyal yıkanıp gider ve çoğu yara iyileşir. Eğer bu durum söz konusuysa, fiziksel bulgular kurbanın maruz kaldığı travmaya göre değişir.⁷⁷⁻⁷⁹ Çocukların istismarı ailelerine açıklamakta geciktikleri durumlarda hızlı iyileşme özelliği de dikkate alındığında fiziksel bulgunun bulunmaması söz konusu olmaktadır.⁸⁰

Fizik muayene ailenin izni ve mahkeme emri olmadıkça yapılmamalı, çocuğun annesi aksi gerekmedikçe muayenede hazır bulunmalı, adolesan çağdakilere ise annelerini muayene sırasında yanlarında isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Koopere olmayan, direnen bir çocuğun muayenesi ertelenmeli; fizik muayenenin tekrarından kaçınılmalıdır. Öyküde fiziksel belirtilerin de var olduğuna dair bir şüphe varsa veya olay son 72 saat içinde meydana gelmişse adli tıp uzmanına haber verilmelidir.

İlk görüşmede hekim çocuğu genital muayeneye hazırlamalı, fakat mahremiyet korunmalıdır. Muayenede mümkün olduğu kadar az kişi bulunmalıdır. İstismara uğrayanların çoğu fiziksel muayeneyi travmatik bulurlar. Bu nedenle tıbbi personelin olaya yaklaşımı yumuşak ve güven verici olmalı, eğer çocuk çok küçük ise muayene genel anestezi altında yapılmalıdır.^{77,78}

Muayene başlamadan önce ne tip uygulamaların yapılacağı konusunda bilgi verilip hem çocuk hem de anne-babadan onam alınmalıdır.

Muayene sırasında çocuğun vücudundaki tüm travmatik lezyonların lokalizasyonları, boyutları, özellikleri, bulundukları bölgeler ve bunların renkleri belirtilmelidir. Bu bulgulardan özellikle kol, ense ve bacakta görülenler istismar açısından anlamlıdır.

Ağız-burun çevresi, boyun, her iki omuz, karın, genital ve anal bölgedeki ekimozlar, tırnak izleri, yırtık ve sıyrıklar saldırıyı destekleyen dış bulgulardır.

Cinsel istismarın en önemli bulgularının bulunduğu yerlerden biri oral mukoza ve dudaklardır. Dudakların bukkal yüzlerinde şiddetli öpme sonucunda ekimozlar

görülebılır. Dudakların dişlere bastırılmasıyla abrazyonlar, ekimozlar ve hatta laserasyonlar görülebilir. Damak mukozasında eritem veya peteşiler, özellikle sert ve yumuşak damak bileşke bölgesinde görülebilmektedir. Boyunda, omuzlarda, göğüslerde ve gluteal bölgelerde emmeye ve ısırmağa bağı ekimozlar bulunabilmektedir.

Puberte çağına gelmemiş çocuklarda oral ve perioral gonore veya sifilizin bulunması cinsel istismarın patagnomonik bulgularından olup farengeal gonore asemptomatiktir. Bu nedenle gonoreden şüphelenildiğinde oral mukoza lezyonlar açısından araştırılmalı ve lezyon tespit edilmese bile kültür alınmalıdır.^{81,82}

Her olguda oral penetrasyon sonucu olabilecek semeni gösterebilmek için ağızda herhangi bir incelemeden önce, nadiren pozitif sonuçlar verse de yayma preparatların yapılması yararlı olacaktır.

Genel fiziksel muayene sonrası genital bölge muayenesine devam edilir. Küçük çocukları muayene etmek üzere donatılmış bir odada çocukların çoğunu muayene etmek mümkündür. Çoğu çocuk bu muayenede zorluk çıkartmaz. Dış genital muayenesi sırasında çocuğa neler yapılacağıının anlatılması, kendisinden yardımcı olmasının istenmesi önemlidir. Vajinal penetrasyon görülen olgularda çok büyük bir travma söz konusudur, muayene ve tedavi için ameliyathane ve genel anestezi gereklidir.

Dış genital organların muayenesine inspeksiyonla başlanır. Yapıların en iyi gözlendiği supin ve diz-dirsek pozisyonu sıklıkla tercih edilmektedir. Özellikle 7 yaşından küçük çocukların ebeveynlerinin kucağında muayene edilmesi çocuğu daha az rahatsız edecektir. Cinsel istismara maruz kalan çocukların muayenesi yapılırken genital ve anal anatomik yapıların belirgin ve tanımlayıcı terimlerini kullanmak gerekmektedir.

İstismara uğramış kızların muayenelerinde içinde bulundukları cinsel gelişim aşamasının belirlenmesi gerekmektedir. Bu bilgilerin belirlenip kaydedilmesi önemlidir; çünkü olayın gerçekleştiği zaman ile mahkemenin yapılacağı tarih arasında çocuğun cinsel gelişim aşamasında değişiklikler olabilir. Jinekolojik muayenede önce çocuğun genel fiziksel durumunun nasıl olduğu kaydedilmelidir. Hastanın giysilerinin durumu (kan lekeleri vb), genel durumu, duygusal durumu ve hijyenik durumu ayrıntılı bir şekilde kayıtlara geçirilmelidir.⁷⁸

Küçük çocukların muayenesini bir kerede bitirecek şekilde organize olunmalıdır. Teknik olanaklar ve deneyim eksikliği durumunda çocuğun muayenesinin ve

tedavisinin daha geniş olanakların bulunduğu bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına veya adli tıp uzmanına gönderilmesi çocuğun tekrar tekrar muayenesini engelleyecektir.

Vulvada eritem en sık karşılaşılan cinsel istismar bulgularındandır. Vulvada abrazyon, ödem, vajinal akıntı görülebilmektedir.

Labium majus ve minuste eritem, sıyrıklar ve ekimotik alanlar oluşabilir. Bu bölge sperm, kan ve kıl gibi materyal açısından tercihen bir büyüteçle incelenmelidir.

Himenal açıklığın artması, 1 mm'den daha kalın posterior himenal kenar, himeni kapsamayacak şekilde vestibul ya da labiumda taze laserasyon ya da abrazyonlar, himende kaideye inen yırtık ya da laserasyon, dış anal sfinktere kadar uzanan perianal laserasyon, himeni de içine alacak şekilde uzanan posterior furşette yırtık, himenal dokunun kaybı ile birlikte posterior furşette skar penetrasyonu, kondilomlar görülebilmektedir.

Muayene sırasında görülen en az 15 mm'lik anal dilatasyon, yaygın anal konjesyon oluşması, anormal dağılımlı irregüler anal çizgiler, perianal dokularda şişme, anal fissürler, perianal laserasyonlar hematom, ekimoz, doku değişimleri, yırtık, eritem, refleks genişleme, aşırı gevşeklik, venöz dilatasyon, skar, pigmentasyonda artış, viral kondilomlar da cinsel istismar sonucu görülen bulgulardandır.

Gebelik de cinsel istismar sonucu karşılaşılan bulgulardan biridir.

Cinsel istismarda tüm bulgular dört grupta toplanmıştır;

1. Normal görünen genital organlar

2. Nonspesifik bulgular: Cinsel istismardan kaynaklanabilen, ama aynı zamanda buna bağlı olmadan da görülebilen genital anomaliler, örneğin enflamasyon ve kaşıntıdır. Bu bulgular bölgenin yetersiz hijyeninden veya nonspesifik enfeksiyondan kaynaklanabilir. Bu kategoride dış genital bölgenin kızarıklığı, vestibüler ve labial mukozanın artmış vasküler özellikleri, cerahatli vajinal akıntı, posterior furşet bölgesinde küçük fissürler ve laserasyonlar görülebilir.

3. Spesifik bulgular: Cinsel istismarı kuvvetle düşündüren bir veya daha fazla bulgunun varlığı (deride ısırma izleri, himenin ve vajinal mukozanın yeni veya iyileşmiş laserasyonları ve rektal mukozaya açılan vajinal mukozada laserasyon).

4. Tanımlayıcı bulgular: Semen ve artıklarının varlığının gösterilmesi.⁸⁰

• Muayene İzni

Hekim, adli amaçlı muayene edilmek üzere mahkeme ya da savcılıklar tarafından gönderilen olguya, önce kendi ve yardımcı personelini tanıtarak yapılacak muayene ve değerlendirmenin amacını anlatmalı ve muayene için izin almalıdır. Her ne kadar beden muayenesi ve örnek alma ile ilgili yasal düzenlemelerde, hekimlik mesleğinin ruhu ve gereklerine aykırı olarak zorla muayene ve örnek almaktan bahsedilmekteyse de; olguya doğru yaklaşım, muayene ve amacının anlatılması, uygun muayene ortamı ve hastaya yeterli zaman ayrılması sonrasında muayeneye izin vermeyen olguya pek rastlanmamaktadır. Ancak olguların travmatize olması, korkuları, küçük yaşta olmaları, doğru muayene ortam ve yaklaşımlarının olmayışı gibi nedenlerle muayenenin istenmemesi olabilmektedir.

Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 75 ve 76'da; bir suça ilişkin delil elde etmek için şüpheli, sanık veya mağdurun bedeninin muayenesi ya da vücudundan örnekler alınmasına Cumhuriyet Savcısı veya mağdurun istemiyle ya da resmen hakim veya mahkeme tarafından karar verilebileceği, bu müdahalelerin hekim tarafından veya hekim gözetiminde sağlık mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabileceği belirtilmektedir. Ayrıca TCK 78, 79 ve 80. maddelerinde; moleküler genetik incelemelerin hakim kararıyla ve görevlendirilen bilirkişi tarafından yapılacağı ve kişisel veri niteliğindeki bu bilgilerin gizliliğinden bahsedilmektedir.

• TCK Madde 257 (Genital Muayene)

Geçmiş yıllarda anne-baba ve yakın akrabaların, okul ve yurt müdürlerinin ve çocuğa bakmakla yükümlü kimselerin bekaret kontrolü amacıyla kız çocuklarının muayenelerini istedikleri, zaman zaman da hekimler tarafından bu muayenelerin yapılarak üçüncü kişilere (hekim ve hasta dışındaki kişiler) bilgi verildiği görülmüştür.

Daha önceki düzenlemelere göre de; bu kişilerin bu amaçlı muayene istemeye yetkileri olmayıp, hekimlerin de bu muayeneleri yapmaması “suça ilişkin incelemeler Cumhuriyet Savcısının talebiyle yapılır ve hastalara ait bilgiler gizlidir” gerekmekteydi. Uygulamada bu konuda yaşanan sıkıntılar nedeniyle bekaret kontrolü-denetimi amaçlı işlemlerin önüne geçilebilmesi için TCK 287. maddesi ile düzenleme getirilmiştir. Bu maddede; yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan kişi hakkında hapis cezası öngörülmektedir. Bulaşıcı

hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler hariç tutulmuştur.⁸³

2.7.2.3.1. Psikolojik ve Davranışsal etkileri

İstismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına, ruhsal özelliklerine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir. Ailenin olaya tepkisi de konu üzerinde etkileyici rol oynar.

• Cinsellik Üzerine Etkileri

Cinsel istismara uğramış çocukta cinsel duygu ve tutumlar, normal gelişimlerinden sapabilir ve uygun olmayan biçimler alabilir. Yüksek riskli cinsel eylemler, cinsel istismara uğramış çocuklarda sık görülmektedir. Cinsel taciz öyküsü olan çocuklarda erken başlangıçlı cinsel yaşam, daha fazla oranda ergenlik çağında gebe kalma, birden fazla cinsel eş ve daha fazla cinsel saldırıda bulundukları da bildirilmektedir.¹⁶ Sık ve devamlı cinsel oyun, cinsel olarak baştan çıkarıcı davranışlar sergileme, yaşıyla uyumsuz cinsel aktivite, kontrolsüz mastürbasyon ve resim çizimlerinde tacizi belirtme, uygunsuz cinsel davranışlar (herkesin ortasında mastürbasyon), cinsel ilişkiyi taklit etme, anüs veya vajinaya yabancı cisim sokma, insanlara sürünme, sürekli genital organlarıyla oynama, cinsellik veya seks konularına anormal ilgi gösterme veya tamamen ilgisiz kalma gibi cinsel kimlik ve işlev bozuklukları sık görülen davranışlardır. Bu çocuklar genellikle, yetişkin olduklarında ya çocuklara cinsel taciz uygulamakta ya da para kazanmak için cinselliklerini kullanmaktadırlar.³

• Emosyonel Etkileri

Çocuğun cinsel istismarında, istismarla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük gibi durumlar yer alır. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda tekrarlayıcı, rahatsız edici düşünceler, olayla ilgili kabuslar, uykuya dalma ve konsantrasyon güçlüğü, öfke patlamaları görülebilir. Olayı anımsatan nesnelere karşı

yoğun psikolojik sıkıntı ya da olayı anımsatan kişiler, görüntüler ve konuşmalardan kaçınmayla da karşılaşılabilir.^{84,85}

• Psikolojik etkileri

İstismara uğrayan çocuklarda travma sonrası stres bozuklukları, depresyon, disosiyatif bozukluklar, alkol ve madde kullanımında artış gibi farklı belirtiler ve bozukluklar ortaya çıkabilir.⁸⁶

Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

PTSB kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ve/veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşaması, böyle bir olaya tanık olma ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmesi sonucunda oluşur. Travmatik olay karşısında kişi dehşete düşme, aşırı korku ve çaresizlik gibi duygusal tepkiler gösterir.

PTSB' den söz edebilmek için travmayı istem dışı sık sık anımsama, rüyalarda görme ya da travma yeniden oluyormuş duygusuna kapılma gibi tekrarlama belirtilerinin; olayları hatırlatan duygu, düşünce ve ortamlardan uzak durma, etkinliklere ilgi kaybı gibi kaçınma davranışlarının; uyku bozukluğu, öfke patlamaları, tedirginlik gibi aşırı uyarılmışlık belirtilerinin görülmesi ve bu belirtilerin en az bir ay sürmesi gereklidir.

PTSB'nin akut ve kronik olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır. Belirtiler 3 aydan kısa sürerse akut, 3 aydan uzun sürerse kronik PTSD olarak değerlendirilir.⁸⁷

Akut Stres Bozukluğu (ASB)

Akut stres bozukluğunda, disosiyatif semptomlar, belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları, travmayı anımsatan uyaranlardan kaçınma, travmayı istem dışı sık sık anımsama, rüyalarda görme ya da travma yeniden oluyormuş duygusuna kapılma gibi tekrarlama belirtileri görülür. Bu bozukluk en az iki günden en fazla dört haftaya kadar uzayabilen ve travmatik olaydan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan bir durumu tanımlar.

DSM-IV-TR'ye Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1- Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ve/veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2- Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Çocuklar bunların yerine ajite davranışla tepkilerini dışavurabilirler.

B. Travmatik olayın aşağıdakilerden en az biri ile sürekli olarak yeniden yaşanması söz konusudur:

1- Olayın elde olmadan tekrar tekrar anılar, hayaller, düşünceler ve algılar yoluyla sıkıntı veren bir şekilde anımsanmasıdır. Küçük çocuklarda travmatik olayı konu alan tekrarlayan oyunlar şeklinde ortaya çıkabilir.

2- Olay sık sık sıkıntı veren şekilde rüyada görülür. Çocuklarda içeriği tam anlaşılamayan korkulu rüyalar olabilir.

3- Olayın sanki yeniden oluyormuş gibi hissedilmesi ya da davranışlara yansımaları olabilir

4- Olayın bir yönünü andıran ya da çağrıştıran hatırlatıcılar ile uyarılan yoğun ruhsal sıkıntı hissedilmesidir.

5- Olayın bir yönünü andıran ya da çağrıştıran hatırlatıcılar ile karşılaşıldığında fizyolojik yanıtların ortaya çıkmasıdır.

C. Travmatik olayı hatırlatan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki verme ile ilgili (travmadan önce olmayan) aşağıdaki belirtilerden en az üç tanesinin bulunması:

1- Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

2- Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

3- Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

4- Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

5- İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duygular içinde olması

6- Duygulanımda kısıtlılık (ör: Sevmeye duygusunu yaşayamama)

7- Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (ör: Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Artmış uyarılmışlık ile ilgili olan ve süreklilik gösteren aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması

1- Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

2- Huzursuzluk ya da öfke patlamaları

3- Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlastırmada zorluk çekme

4- Aşırı uyanıklık hali

5- Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Belirtilerin 1 aydan daha uzun süre devam etmesi.

Varsa belirtiniz:

Akut: Belirtiler 3 aydan daha kısa sürer.

Kronik: Belirtiler 3 aydan daha uzun sürer.⁴⁷

• Depresif Duygu Durum Üzerine Etkileri

Cinsel istismara uğrayanlarda, depresyon veya aile fertlerinden/arkadaşlarından uzaklaşma, tekrarlayan atipik ağrı, kendine zarar verici davranışlar, aşağılık duygusu gelişme riski artmaktadır. Ayrıca hiç bir işe yaramama duygusu, seks konusunda tuhaf düşüncelerin oluşması, içine kapanık ve yetişkin insanlara fazla güvenmemek gibi olumsuz duygular da yaşanabilir, bazılarında özkıyım girişimi görülebilir. Yapılan bir çalışmada erişkin yaşta başlayan majör depresyonun, çocuklukta yaşanan cinsel istismarla ilişkili olabileceği belirtilmiştir.⁸⁷

• Anksiyete Şeklindeki Etkiler

Çocukluğunda kötüye kullanıma uğramış yetişkinlerde anksiyete bozukluğu prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Anksiyete belirtileri; anormal bir şekilde agresif olma, korku reaksiyonu, kızgınlık, düşmanlık ve kabus görme şeklinde kendini göstermektedir. Bu belirtiler daha çok post-travmatik stres bozukluğu ile uyumlu bir klinik tablodur. Çocuk olayı canlı bir şekilde yeniden yaşamakta, gerginlik ve çabuk tepki verme gibi belirtiler göstermektedir.⁸⁷

• Davranışsal Etkiler

Cinsel tacize uğrayan çocuk mutsuzdur, davranışları uçarıdır, ya çok titiz ya da dağınıktır. Yabancılar karşı alışılmadık biçimde davranır, ya çok yakın ya da çok utangaç ve korkaktır, ya çok uslu ya da provake edicidir.

Cinsel kötüye kullanıma uğramış erkek çocuklarda en sık görülen davranış tepkisi, saldırgan davranışların gelişimidir. Ayrıca dışa vurucu davranışlar, uyku bozuklukları ve uzaklaşma davranışlarını da gösterebilirler.

Kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, aşağılık duygusu ve kendine zarar verme davranışlarıdır. Kendine zarar verici davranışlar genellikle vücudunda sigara söndürme ve bileğini kesme şeklindedir.

Çocuklarda bu davranışsal reaksiyonlar yaş gruplarına göre değişiklik gösterebilmektedir

0-3 yaş: Yeme ve uyku bozuklukları, yabancıardan korkma, üzerini giyip çıkarırken sorun çıkarmaya başlama.

3-6 yaş: Bebeklik dönemine geri dönüş (bebek gibi konuşma, parmak emme gibi), içe kapanma, sözel ifadede azalma, anneye daha fazla bağlı olma, enürezis, enkoprezis, yeme ve uyku bozuklukları, cinsel oyun (sık ve devamlı), masturbasyon yapma.

6-12 yaş: Sosyal içe kapanma ve tek başlılık, evden ve/veya okuldan kaçma, yeme ve uyku bozuklukları, öğrenme bozukluğu, obsesif kompülsiyon, otoagresyon, kendinden küçüklere cinsel istismarda bulunma, durup dururken ağlama, hassaslaşma, karın ve baş ağrıları, huzursuzluk.

13-18 yaş: Fobi, bağımlılık yapan maddelere düşkünlük, otoagresyon, evden ve/veya okuldan kaçma, başkalarını istismar etme, obsesif kompülsiyon, duygusal ve fiziksel yakınlıktan kaçma, yeme bozukluğu (anoreksiya nevroza), sinirlilik, rastgele cinsel ilişkide bulunma, süregelen enfeksiyonlar, sosyal içe kapanma, psikoz, özkıym.²⁴

• Kişilik Gelişimi Üzerine Etkiler

Borderline (sınırdan) Kişilik Bozukluğu

Kişinin kendini değerlendirmesinde, duygulanımında, ilişkilerinde dengesizlikle karakterize bir kişilik bozukluğudur. Bu kişiler cinsel, mesleki ve toplumsal kimliklerinde derin güvensizlik ve dengesizlik gösterirler. Sağlam bir kimlik duygusu

gelişmemiştir. Çabucak düş kırıklığına uğrarlar, bunaltı, çökkünlük belirtileri gösterirler. Zaman zaman antisosyal atak davranışlar, psikoaktif maddelere yönelme, hızlı yaşam çabaları, kendilerine zarar verme eğilimleri gösterirler.⁸⁸

2.7.3. Laboratuvar

Radyografi:

Mahkemeler genellikle istismar kararına varırken kırık varlığını önemli bir kanıt olarak kabul ederler; bu nedenle kırık varlığı mutlaka araştırılmalıdır.⁸⁹ Kemik bulgularını gösterebilmek için bazı radyolojik tarama yöntemleri gereklidir. Beş yaşın altındaki çocuklarda tüm iskelet taraması gereklidir. Amerikan Radyoloji Koleji 1997 yılında istismardan şüphelenilen vakalar için iskelet taraması standartları geliştirmiş ve tarama amacıyla 19 görüntü önermiştir (Antero-posterior (AP) kafatası, lateral kafatası, lateral servikal omur, AP toraks, lateral toraks, AP pelvis, lateral lomber omur, AP humerus, AP önkol, oblik el, AP femur, AP tibia, AP ayak grafipleri). Bir yaşından büyük çocuklarda iskelet taraması amacıyla sintigrafi de tercih edilebilir. Çocuk istismarından şüphelenilen durumlarda “babygram” veya “bodygram” denilen ve tüm iskeletin tek bir grafiyle görüntülendiği filmler önerilmemektedir. Beş yaşın üzerindeki çocuklarda sadece semptomatik olan bölgelerin grafipleri yeterlidir. Kafatası kırığından şüphelenildiğinde aksiyal kraniyal bilgisayarlı tomografide (BT) kırık atlanabildiğinden AP ve lateral kafatası grafiplerinin de çekilmesi gerekir. Kaburga kırığı düşünülen olgularda oblik toraks grafisi çekilmelidir. Bununla birlikte, lezyonların gizli olabilmesi ve hasardan 7-14 gün sonraya kadar bulgu vermeyebilmesi nedeniyle direkt grafiplerin % 48 kadar yalancı negatifliklerinin olduğunun bilinmesinde yarar vardır. Direkt grafide epifizyal ayrışma şüphesi varsa manyetik rezonans (MR) veya ultrasonografi istenmelidir.^{20,90}

Sintigrafi:

Direkt grafiplere yardımcı olarak sintigrafi önerilmektedir. İlk tarama yöntemi olarak sintigrafi tercih edilmişse, tüm pozitif alanlar radyografik olarak ayrıca incelenmelidir. İstismar şüphesi çok fazla olmasına karşın ilk çekilen radyografilerde kırık lehine bulgu yoksa sintigrafi yapılmalıdır. Sintigrafik incelemenin kafatası kırıklarında yetersiz olduğu unutulmamalıdır. Hasardan 24-48 saat sonra yumuşak doku,

periost ve kemik anomalilerini gösterir; bulgular aylarca sabit kalır ve yalancı negatiflik oranı yaklaşık % 12'dir.^{1,18,20}

Kranial Bilgisayarlı Tomografi (BT):

Klinik olarak kafa içi hasar şüphesi, özellikle de retinal kanama varsa kranial BT, MR veya her ikisi birden endikedir. İlk taramada kontrastsız BT istenmelidir. Bu inceleme parankim içi, subaraknoid, subdural ve epidural kanamalar açısından yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Akut kanamanın değerlendirilmesinde BT, MR'dan daha üstündür. Tomografilerde sıklıkla yaygın beyin ödemi veya subaraknoid hemoraji görülür; ancak intraventriküler, subdural veya epidural kanamaya da rastlanabilir.^{18,90,91}

Kranial Manyetik Rezonans (MR):

Kafa içi zedelenmesini tam olarak değerlendirmede ve subakut, kronik zedelenmelerin tanısında en geçerli yöntemdir. Subaraknoid kanamaları saptamada BT ve MR duyarlılıkları eşittir, ancak subdural kanama, arka çukur anomalileri ve parankim içi zedelenmesini saptamada MR daha duyarlıdır. MR ile subdural hematomları saptama olasılığının BT'ye göre % 50 daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{20,91}

Ultrasonografi:

Hasta başında yapılabilme avantajı vardır. Batındaki yaralanmaları göstermede yardımcı olabilir.⁹¹

Sperm ve Seminal Sıvı Analizleri

Adli delillerin cinsel istismarı izleyen 72 saat içinde toplanması gerektiği, tipik olarak seminal sıvı ve yabancı maddelerin çocukların cinsel istismarında bulunamadığı bildirilmektedir. 24 saat içinde başvuran olguların % 90'ından fazlasında adli delil saptandığı, delillerin özellikle iç çamaşırlarından elde edildiği belirtilmektedir. 24 saatten sonra yapılan sperm, seminal sıvı analizlerinde anlamlı sonuç alınamadığı, ancak iç çamaşırların analiz için alıkonulması gerektiği vurgulanmıştır.⁹⁰

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Aranması, Kültür Alınması

Gebelik Tahlili Yapılması

Kanama ve Toksikoloji Taramaları:

Kolay kanama veya morarma öyküsü varsa kanama diyatezi açısından tarama yapmak gerekir. Bu tarama tam kan sayımı, kanama zamanı, trombosit sayısı, fibrinojen, trombin zamanı, protrombin zamanı (PT) ve parsiyel tromboplastin zamanını (PTT) içermelidir. Zehirlenmeden şüpheleniliyorsa özellikle evlerde sık kullanılan parasetamol, aspirin ve sedatif-hipnotikler açısından tarama yapılması önerilmektedir.^{1,18}

Fotoğraflar ve Video Çekimleri: Vücudun herhangi bir yerinde travmaya ait bir lezyon varsa mutlaka görüntü kaydı yapılmalıdır. Çoğu ülke kanunlarında aile izni olmasa bile direkt radyografi ve fotoğraf çekilmesine izin verilmektedir. Fotoğraflar polis veya çocuk koruma merkezleri tarafından çekilir, ancak bazen bu görev hastane personeli veya hekime düşebilir. Kimlik tespiti için mutlaka çocuğun yüz fotoğrafının da çekilmesi gereklidir. Tüm fotoğrafların arkasına çocuğun adı, tıbbi kayıt numarası, tarih, saat, anatomik bölge, fotoğrafçının adı-soyadı ve imzası ile hukuki görevlilerin adı-soyadı ve imzası kaydedilmelidir.¹⁸

2.8. Tedavi ve İzlem

İstismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanabilir.

Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı “çocuk koruma birimleri” kurulması bu nedenle önemli olup en uygun tedavinin yapılmasını sağlar. Bu birimde pediatristler, çocuk psikiyatrları, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, acil hizmet sorumluları ve sosyal hizmet uzmanları bulunmalıdır.

İstismarın tıbbi, sosyal ve hukuksal yönü bulunduğu için hastane ekibi, hukukçular ve sosyal hizmet kurumlarıyla işbirliği içinde çalışılmalıdır.

Çocuk istismar ve ihmalinin belirlenmesi halinde yapılacak ilk müdahale, çocuğun veya gencin tekrarlayan istismardan korunmasını sağlamaktır. Bunun için öncelikle ailenin sosyal açıdan ele alınması, izlenmesi, sosyal desteklerden yararlandırılması, eğer başarılı olunamazsa, çocuğun hızla aileden uzaklaştırılması, uygun sosyal destek programına alınması sağlanmalıdır.

İstismarın belirlenmesinden sonra hızlı bir şekilde fizik, adli ve ruhsal muayene gibi değerlendirmeler yapılarak tedavi planlanmalıdır. Hukuksal sürecin başlatılması ve çocuğun haklarının korunması için girişimlerde bulunmak gerekir. Bu arada ailenin diğer bireyleri ve çocukları da gözetim altına alınmalıdır.

İstismar ve ihmal genellikle kroniktir. Ruhsal sonuçları kolayca tedavi edilemez ve genellikle yaşam boyu etkileri sürer. Ailenin ve çocuğun ruhsal tedavisi istismar ve ihmalin tekrarlarını önlemek için önemlidir. Aile işlevleri, çevresel stres faktörleri, sosyal destek alanları aile tedavisi sırasında göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, ailenin çocuk bakımı, anne ve babalık becerileri ve istismar konusunda eğitimi sağlanmalıdır. Bu eğitim uygun çocuk yetiştirme teknikleri, sorunla başa çıkabilme becerileri ve öfke kontrolü üzerine odaklanmalıdır.⁴⁰

İstismara uğrayan çocukların tedavisinde bireysel ve grup terapileri, oyun terapisi, aile terapisi ve ilaç tedavisi kullanılır. İstismar çocukta kuşkular, reddetme, iğrenme, güvensizlik gibi duygu ve düşüncelere neden olabilir. Bunların her birinin işlev düzeyini bozmayacak şekilde baştan düzenlemeye çalışmak gerekir. Aileden alınması gereken çocukların, bakım ve tedavisi özel olarak düzenlenen merkezlerde sürdürülebilir. Buralarda fiziksel şartların uygunluğu kadar çalışanların eğitimi de önemlidir. Ailelerden alınan çocukların uzun süre sosyal servislerde kalmasından çok koruyucu aile gibi uygun yetişkinlerce bakım sağlanması ruh sağlığı için daha olumludur.

İstismara uğramış çocuk, duygusal ve davranış sorunları, gelişme geriliği, öğrenme güçlükleri, anksiyete bozuklukları için daha fazla risk altındadır. Bu durumların her biri araştırılmalı ve gerekli tedaviler düzenlenmelidir. Bireysel psikoterapi, travmanın akut etkilerinin yanı sıra, yeni uyum düzeneklerinin kurulması, yaşam standardına kalıcı etkilerin azaltılmasında da en etkili tedavi şekli gibi görülmektedir. Daha küçük çocuklarda oyun tedavisi kullanılabilir. Travma sonrası stres bulgularının tedavisinde ilaç uygulamalarının da olumlu sonuçları bildirilmektedir. En sık kullanılan ilaçlar antidepresanlar, anksiyolitikler, antipsikotikler ve duygu durum düzenleyicilerdir.

Çocuk istismarı ve ihmali sağlık, sosyal ve hukuksal boyutları olan önemli bir toplum sorunudur. Dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ülkemizde de bu konuda çalışan uzmanların sayısı oldukça azdır. Toplum eğitimi, risk gruplarının belirlenerek

erken müdahale edilmesi, sosyal destek ve sistemlerin zenginleştirilmesi önem kazanmaktadır.⁴³

2.8.1.Cinsel İstismar Olgularında Gebeliğin Sonlandırılması

Cinsel istismar sonrasında meydana gelen ve sonlandırılması istenen gebelikler için TCK’unda düzenleme yapılmış ve tıbbi endikasyon olmayan olgular için üst sınır 20. haftaya çıkarılmıştır. TCK 99/6. maddesinde, “Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından ve hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.” denmektedir. Gebeliğin anne ve çocuğun hayatını tehdit ettiği hallerde, gebeliğin sonlandırılması için tıbbi endikasyonun olduğu olgularda süre sınırlaması yoktur. Ancak gebe kalınma tarihinde 15 yaşını bitirmiş, hamilelik süresi 10 haftayı geçmiş ve gebeliğin sonlandırılması için herhangi bir tıbbi endikasyon bulunmayan olgularda dikkatli olunması, işlemlerin Cumhuriyet Savcılığı talebi ile yapılması ileride sıkıntı (cinsel şiddet sonrası gebe kalınmadığı iddialarında) yaşanmaması için uygun olacaktır. Gebelik tarihinde 15 yaşını bitirmemiş bir olgu için, Cumhuriyet Savcısı izin vermemiş, aile mahkemeye başvurmuştur. Adana 1. Çocuk Mahkemesinin 06.12.2007 tarihli kararında; 2827 sayılı nüfus planlanması hakkında kanunun 5. maddesi gebeliğin sonlandırılması, 6. maddesinin de gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin izin usullerini açıkladığı, reşit olmayan mağdurenin gebeliğinin sonlandırılması için çocuk ve kanuni temsilcisinin izninin yeterli olduğu, mahkemenin kararına gerek bulunmadığı belirtilmiştir. Ancak gebeliğin sonlandırıldığı olgularda düşük materyalinin suç delili olduğu unutulmamalı, ilgili Cumhuriyet Savcılığı bilgilendirilerek, düşük materyali usulüne uygun koşullarda saklanmalıdır.⁸³

2.9. Önleme ve Koruma

Çocuk istismarında önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. İstismarın önlenmesi için gösterilen çabalar tedavi edici hizmetlerle paralel gitmeli, birbirlerini engellememelidir. Çocukların istismardan korunmasında genel olarak 3 basamaktan söz edilir.

2.9.1. Birincil Koruma

Tüm çocuklara yönelik koruma programları yapılmasıdır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde bulundukları koşullar iyileştirilebilir, ailelerin eğitimleri ve yaşam kaliteleri arttırılır, yani risklerin oluşması önlenbilirse çocuklar istismara uğramayacaktır. Bu aşamada yapılabilecek çalışmalar arasında; hukuksal reformlar yapılması ve ÇHS’de belirtilen hakların ulusal yasalara da alınması, kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti azaltacak yönde değişmesi konusunda çalışmalar yapılması, ekonomik eşitsizliklerin giderilmeye çalışılması sayılabilir.

2.9.2. İkincil Koruma

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasıdır.

Yüksek risk gruplarını belirleme konusunda en şanslı kesimlerden biri sağlık çalışanlarıdır. Çocuk ve aile ile sağlık kuruluşlarında karşılaşan hekim, ebe ve hemşireler, dikkatli davrandıklarında istismar için risk taşıyan durumlar fark edilebilir ve çocuk henüz örselenmeden duruma el koyabilirler. Ailenin taşıdığı riskin özelliklerine göre olay sosyal hizmetler kurumları tarafından ele alınıp sosyal hizmet desteği (iş bulma, para yardımı, eğitim, vb) sağlanabilir. Ya da ailenin tıbbi bir desteğe gereksinimi olduğu düşünülüyorsa, örneğin anne ya da babaya psikiyatrik destek sağlanması, çocuğun sık aralarla izlenmesi gibi önlemler alınabilir.^{79,82}

2.9.3. Üçüncül Koruma

İstismar edilmiş çocuğun farkedilmesi ve bu durumun sonlandırılması için çaba göstermektir.

Yaralanma ile acile ya da polikliniğe başvuran tüm hastalarda durumun istismar kuşkusu taşıyıp taşımadığı gözden geçirilmeli, kuşkulu durumlar ilgili kurumlara bildirilmelidir.

Bir örseleme olgusu SHÇEK’e bildirildiği andan itibaren kurumların gerçekleştirmesi gereken incelemeler; aile bireyleri, akrabalar, komşular, doktorlar, savcı, polis, sosyal hizmet uzmanları, çocuğun öğretmenleri gibi profesyonel ve profesyonel olmayan bireylerarası son derece geniş bir yelpazede yer alan yoğun

görüşmeleri kapsayacaktır. Bu inceleme aşaması bitip SHÇEK "Çocuk örselenmiştir ve korunmalıdır" kararını verdikten sonra da sosyal ve tıbbi açıdan izlem ve yargılama süreçleri başlayacaktır.

Günümüzde ÇİVİ'nin giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir.¹

Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonucunda, çocuk ya bir SHÇEK'e yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Bu da çocukların ve ailelerin kendi kaderlerine terk edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Fiziksel ya da cinsel istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik rehabilitasyon programlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını gerektirmektedir. Oysa özellikle cinsel istismar olgularında bu iletişim ve organizasyon eksikliği hasta yönetimini daha da bozmaktadır. Bu nedenle çocuk cinsel istismarını bildiriminden aylar sonra adli tıp değerlendirmektedir. Bu kadar aradan sonra akut bulgu oluşmuş bile olsa tümü kaybolup istismara uğrayan çocuğa "istismar saptanmamıştır" raporları verilebilmektedir.⁸⁰

Rehabilitasyon programlarının uygulanabileceği bir merkez, istismara uğramış çocuklara ve ailelerine yönelik programların olmaması, korunma altına alınan ya da ailelerine teslim edilen çocukların mağduriyetini arttırmaktadır. Bu da çocukların ilerideki yaşamlarını direkt olarak etkilemektedir.¹

2.10. Çocuk İstismar ve İhmali Olgularında Hekim Sorumluluğu

Çocukta istismar ve ihmal tanısını koyabilmek için, her şeyden önce hekimlerin bu konuda bilgili olmaları, multidisipliner bir çalışma uygulayabilmeleri gereklidir. Çocuk istismarı olguları ile "çocukların genel durumu iyice bozulana kadar hekime getirilmemesinden olsa gerek" daha çok acil servis çalışanı hekimlerin karşılaşmasının olası olduğu; pediatriistlerin, çocuk cerrahlarının, çocuk psikiyatriistlerinin ve adli tıp uzmanlarının daha sonra yer aldıkları belirtilmektedir.

Hekimler, çocuk istismarı ve ihmali olgularını; bu konuda yeterli bilgi sahibi olmamaları, anne-babanın çocuğa zarar verebileceğini düşünmemeleri, olayı aile içi sorun olarak algılamaları ve hastanın ya da anne-babanın verdiği öyküyü doğru olarak kabul etmeleri nedeniyle gözden kaçırmaktadırlar.

Adli olgu bildirimini ile sürecin başlatılması, bazen istismardan kurtulmanın tek yoludur. Ancak gerekli muayene ve değerlendirilmeler yapılmadan aceleci yaklaşımlarla yanlış adli olgu kararı vermek aile ve çocuk için yıkıcı olabileceğinden dikkatli olunmalıdır.⁸³

2.10.1. Adli Olgu Bildirimi

İstismar olguları, sağlık çalışanlarının önüne farklı yollarla gelebilir. Adli olgu olarak mahkemeler ya da cumhuriyet savcılıklarınca (ya da onların talimatı ile hareket eden kolluk kuvvetlerince) gönderilen olgularda yapılması gerekenler genelde bilinir ve yerine getirilir. Ancak, yakınları ile birlikte ya da doğrudan başvuran aile içi şiddet, cinsel istismar olgularında ve tıbbi nedenlerle başvuran olgularda istismardan şüphelenildiğinde tereddütler yaşanmakta, bu olgulara çoğunlukla görmezden gelmek-karışmama şeklinde yaklaşılmaktadır. Bu yaklaşımın pek çok nedeni vardır. Adli olgu kavramı hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan çok; aile içi şiddetin aile içinde kalması ve aile üyelerince çözülmesi gereken bir sorun gibi algılanmasından kaynaklanmaktadır. Benzer olarak cinsel istismar bulgularının her zaman, çıplak gözle görülebilen bir ateşli silah yarası gibi olmaması da rol oynamaktadır. Dava edilme veya karşılık görme korkusu, çocuk koruma servislerine güven duyulmaması, klinik bulguların yetersizliği, ispat edilemeyeceği inancı, hatta çocuk ve ailenin zarar göreceği endişeleri de bildirimde bulunmama nedenleri arasındadır. Sağlık çalışanlarının sorumluluğunun savcı ya da çocuk koruma servislerinkilerle karıştırılmaması gerekmektedir. Sağlık çalışanları suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir. Sorumlulukları suç belirtisine rastlamalarında adli olgu bildirimini yapmalarıdır. Sağlık çalışanlarının bildirim yükümlülüğünün düzenlendiği TCK 280. maddesi “görevin yapıldığı sırada suç belirtisi ile karşılaşılmasında”, durumun yetkili makamlara bildirilmesini zorunlu kılmıştır.

Hastanın gizliliğine karşılık bildirim yükümlülüğü sık tartışılan etik bir sorundur. Çağdaş hukuk insanın doğuştan var olan maddi (yaşam, sağlık) ve manevi (onur, saygınlık ve özgürlükler, sır vb.) değerlerinin kişilik hakkı ile donatarak koruma altına almıştır. Tedaviden beklenen amaca ulaşılabilmesi için sağlık çalışanı ve hasta arasında bulunması zorunlu güven ilişkisi hastaya ait sırların saklanması gerektirmektedir. Hasta sırlarına saygı gösterileceğinden ve üçüncü şahıslara

aktarılmayacağından emin olmalıdır. Hastaya ait bilgilerin açıklanabileceği hukuka uygun durumlar olarak; sır sahibi hastanın rızası ve izni, bilimsel ve eğitim amaçlı toplantılar “kimliğin saklanması özen gösterilerek”, suç belirtisi durumunda adli olgu bildirim, ihbarı zorunlu olan bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğu durumlarda, yetkili makamın emri (yargıcın tanık olarak dinlenilmesi kararı) olarak sayılmaktadır.

Yetişkinlerden biraz farklı olarak çocuğun yüksek yararı göz önüne alındığında, çocuğun korunmasının ve şiddetten kurtulabilmesinin yolu, adli sürecin başlatılmasıdır. Unutulmamalıdır ki şiddet başladığında giderek artmakta, kolay kolay sonlanmamakta, şiddetin süresi, sıklığı, yapanın yakınlığı ile orantılı, bedensel ve ruhsal zararlanma artmaktadır. Adli olgu bildirim ile sürecin başlatılması bazen tek kurtuluş yolu olup, tartışmasız koruyucu bir yaklaşımdır. Aile içinde ya da yakın çevrede istismar edilen ve kendini koruyamayan bir çocuğun ortamdan uzaklaştırılması, tedavisinin sağlanması için gereklidir. Adli bildirim ile çocuğa kimin suçlu kimin kurban olduğu somut şekilde gösterilir. Aileler istismarcıdan korktukları için sürecin kendileri dışında başlatılması onları rahatlatılabilir, ayrıca yapılan çalışmalarda adli bildirimin terapötik ilişkiyi zedelediği ve hastaların tedaviden faydalandıkları sonuçlarını ortaya koymuştur.

Çoğu sağlık çalışanı adli bildirimin nasıl yapılacağını bilmemektedir. İdeali; sağlık çalışanlarının karşılaşabileceği olumsuzluklar ile ilgili kaygılarını önlemek için bildirimlerin kişisel değil, kurumsal olmasıdır. Adli süreç sağlık kuruluşlarında yer alan adli olguları değerlendiren ekibin-hukukçuların bilgilendirilmesi ve kurumsal başvuru ile başlatılmalıdır. Mevcut durumda, olayın gerçekleştiği bölge savcısına, düşünülen ön tanı, istismar şüphesinin klinik uyum ve bulguları, kimlik- iletişim bilgileri verilerek rapor edilmesi şeklindedir.⁹⁰

2.10.2. Raporlandırma

Adli süreçte anahtar rol oynayacak adli raporlar bilimsel ve objektif kriterlere göre hazırlanmalıdır. Mevcut standart formlar kullanılmalıdır. Bu formlar olmadığında düzenlenen raporlar; gönderen birim, eşlik eden görevli, muayene tarih-saat, kimlik bilgileri, öykü, adli tahkikat özeti, var ise sosyal inceleme raporu özeti, fizik-psikiyatrik muayene, konsültasyon, tetkikler ve kararı içermelidir. Kararda; adli makamlarca sorulan sorular dışında, çocukta saptanan bulgular, tanılar ve bunlarla ilgili öneriler de

(koruma-sağlık-eğitim tedbiri, ailenin desteklenmesi, çocuğun istismarcı ile aynı ortamda bulunmaması gerektiği gibi) yer almalıdır.

Cinsel istismar ile ilgili kanun metni içinde yer alan ruh sağlığının bozulması kavramına değinilmesi uygun olacaktır. Yeni TCK'da cinsel dokunulmazlığa karşı suçlarda, beden ve ruh sağlığının bozulması durumunda (102/5'de 10 yıldan, 103/6. maddesinde ise 15 yıldan aşağı olmamak üzere) ceza miktarında önemli artış sağlamaktadır. Bu maddeler yürürlüğe girdiğinden beri, üzerlerinde yaşanan tartışmaların bitmemiş olması; anlaşılması ve uygulamasında sorun yaşandığını göstermektedir. Cinsel şiddete uğramanın, kişinin ruh sağlığı üzerine olumsuz etkisinin olmaması imkansızdır. Bu maddeler ile istenen, çok daha ağır bir tablo olup kişinin işlevselliğini bozacak düzeyde ağır ve bir süre devam eden bir klinikte. Farklı görüşler olmakla birlikte; olgunun 6. ay sonrasında yapılan değerlendirilmesi ile karar verilmesi önerilmektedir. Bu süre, akut stres bozukluğu bulgularının önemli bir kısmının kaybolduğu dönem olması nedeniyle alınmaktadır. Bazı görüşlerde ise; tanının bir kez konmuş olmasının yeterli olacağı, bulgularının 6. ay sonunda yapılacak değerlendirmede kaybolmuş olmasının önemli olmadığı belirtilmektedir. Ancak, yasa koyucuların ayrı bir başlık altında ele alma ihtiyaçları ve cezada ciddi artış getirmeleri dikkate alınarak, cinsel şiddetin içinde barındırdığı ruhsal etkilenmeden daha fazlasının kastedildiği gözden kaçırılmamalıdır. Belki kanun metninde yer alan ifadenin, ağır ruhsal bozulma şeklinde değiştirilmesi, anlaşılabilirlik açısından uygun olacaktır.⁸³

2.11. Yasalar

Günümüzde çocukların yetişkinler gibi uygar, siyasal, toplumsal, kültürel ve ekonomik bütün haklardan yararlanmaları gerektiği ve bunun sağlanması için çalışmaların yapıldığı bir ortama kısmen de olsa ulaşılmıştır. Yeni TCK 26.09.2004 tarihinde 5237 kanun numarası ile kabul edilmiş olup 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.²⁹ TCK ile birlikte göreceli de olsa eski yasaya göre çocuk hakları açısından daha olumlu bazı değişimlerin olduğunu söyleyebiliriz.

Yeni TCK 280. maddesi “bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu” getirmektedir. Oysa hekimin temel görevi hastanın yüksek yararı çerçevesinde tanı, tedavi ve rehabilitasyona yönelik olmalıdır. Bu süreçte hasta hakları kapsamında sır saklama, mahremiyete saygı gibi bireye ait öznel koşulları dikkate

almayı gerektirir. Bununla birlikte hastanın yüksek yararı çerçevesinde bir cinsel istismar söz konusu ise ihbar yükümlülüğü mutlaka dikkate alınmalıdır. Çocuklarda yaş değerlendirmesi TCK 31. maddesi kapsamında önem taşımaktadır. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir. Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde indirimli ceza uygulanmaktadır. Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında indirimli ceza uygulanmaktadır. Kuşkusuz bu değerlendirmelerde çocuk psikiyatristi, adli tıp uzmanı ve sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirmelerinin büyük önemi vardır.

Çocukların cinsel istismarı ile ilgili TCK 103. Maddesi kapsamında; çocuğu cinsel yönden istismar etme, cinsel istismarın vücuda organ veya bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi, cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısımlı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi halinde, çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi halinde, istismar için başvuru alan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması halinde, suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda cezalarda artırıcı unsur olarak yer almaktadır.

Reşit olmayanla cinsel ilişki TCK 104. Maddesi kapsamında değerlendirilmekte ve cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikayet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır.⁹²

2.12. ÇÜTF’inde Çocuk İstismarı ve İhmali Önleme Uygulamaları

2.12.1. Çocuk İstismarı ve İhmali Komisyonu

1997 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Psikiyatrisi, Çocuk Cerrahisi, Adli Tıp, Radyoloji, Ortopedi, Beyin Cerrahisi ve Acil Anabilim Dalları tarafından görevlendirilen öğretim üyelerinden oluşan çocuk istismarı ve ihmali komisyonu kuruldu.

2.12.2. Adli Olguları Değerlendirme Heyeti Adli Olguları Değerlendirme Heyeti

Adli makamların taleplerine yanıt vermek üzere 2005 yılında Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öncülüğünde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi, Adli Tıp Anabilim Dallarından konuyla ilgilenen gönüllü öğretim üyelerinden oluşan Adli Olguları Değerlendirme Heyeti kuruldu. Haftada 1-2 gün toplanarak o hafta başvuran istismar olguları değerlendirilmekte ve olguların adli raporları düzenlenip tedavi süreci başlatılmaktadır. 2005-2009 yılları arasında çeşitli yollardan başvuran adli çocuk olgu sayısı yaklaşık 1000’dir.

2.12.3. Oğuz Kağan Köksal Gençlik Merkezi (OKK)

Oğuz Kağan Köksal Çocuk ve Gençlik Merkezi Adana ilinde, istismar ve ihmale uğramış, alkol-madde kullanan, ruhsal sorunları nedeni ile tedaviye ihtiyaç duyan, sokakta yaşayan 8-18 yaş arası kızların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla kurulmuştur.

Böyle bir merkezin kurulma fikri ilk olarak 2000 yılında emniyet birimlerinin ihtiyaca dikkat çekmesi ile ortaya çıkmış ve 4 yıl kadar süren hazırlık aşamasından sonra Nisan 2004 yılında hizmete başlamıştır. Çalışma sistemi oldukça farklı olmakla birlikte, benzer bir hedef gruba hizmet vermek üzere ilk merkez İstanbul’da açılmıştır. Adana’daki merkez Türkiye’de mağdur çocuklara hizmet vermek amacıyla açılan ikinci; işleyişi düşünüldüğünde psikiyatrik tedaviden eğitime, her alanda hizmet veren ilk merkezdir. Merkezin işleyişi ve amaçlarının belirlendiği protokol 21.01.2001 tarihinde oluşturulmuştur. Pekçok kamu kuruluşu ve sivil toplum örgütünün yer aldığı protokolde her kuruluşun görevleri, sorumlulukları ve yetkileri tanımlanmıştır. Protokolde yer alan kuruluşlar; Çukurova Üniversitesi, Adana Büyükşehir Belediyesi,

Adana Barosu, Adliye, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, İl Jandarma Komutanlığı ve Adana Sokak Çocukları Derneğidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Yöntemi

Ç.Ü.T.F. Adli Olguları Değerlendirme Heyetine çeşitli yollardan başvuran istismara uğramış olguların dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Olgular ile ilgili tüm bilgiler dosyalarda mevcut hasta bilgi formları incelenerek elde edilmiş olup hasta bilgi formu örneği 3.7.'de sunulmuştur.

3.2. Çalışma Grubu

Ç.Ü.T.F. Adli Olguları Değerlendirme Heyetine başvuran istismara uğramış 3-18 yaş aralığındaki 633 olgudan 149'unun dosyasında eksik bilgi çok olduğundan dolayı, geriye kalan 503 olgunun da, 29'unun sadece fiziksel istismara uğradığı ve istatistiksel olarak anlamlı sayıda veri olmadığı için çalışmaya alınmamıştır. Bu nedenle çalışma 484 olgu ile yapılmıştır.

Olgular yaş gruplarına göre 0-6, 7-11, 12-14 ve 15 yaş ve üzeri olarak ayrılmış olup bu yaş grupları sırasıyla; oyun çocukluğu, okul, erken adolesan ve geç adolesan dönemlerini kapsadığı için yapılmıştır. Bu gruplandırma adolesan dönem için ayrı bir önem içermektedir. Bunun nedeni geç adolesan dönemde, ancak istismarcı hakkında şikayet mevcut ise istismarcının yargılanabilmesidir.

3.3. Çalışma Süresi

Çalışmamızda Şubat 2006- Ağustos 2009 yılları arasında heyete başvuran hastaların dosyaları incelenmiştir.

3.4. Çalışma Değişkenliği

3.4.1. Bağımlı Değişken

- Çocuk cinsel istismarı

3.4.2. Bağımsız Değişken

- Çocuğun demografik özellikleri

- Ailenin demografik özellikleri
- Ailenin durumu
- İstismarcının özellikleri
- İstismara eşlik eden durumlar
- Mağdurun davranış şekli
- İstismarın sosyal sonucu
- Ailenin istismara ve çocuğa yaklaşımı
- Heyette aldığı tanı
- Tedavi
- Adli birime öneriler
- İzlem

3.5. Çalışmadaki Zorluklar

Bu çalışma retrospektif olarak dosya incelenerek yapılmış olduğundan bilgi formlarında eksik bilgiler mevcuttur. Bu da yapılan karşılaştırmalarda hasta sayılarında farklılıklara neden olmuş olup istatistiksel analiz yapılırken bazı olgular istatistik dışında bırakılmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler (istismar şekli, cinsiyet... gibi) sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ise ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.7. Bilgi Formu

Protokol no:

Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:.... / /

1. Gönderen:

1-kendileri

- 2-eğitim kuruluğu
- 3-psikiatrist
- 4-doktor
- 5-adli makam
- 6-konsültasyon
- 2. Yaşı:
- 3. Cinsiyeti:
 - 1-kız
 - 2-erkek
- 4. Kardeş sayısı:
- 5. Eğitimi (yıl-kaçıncı sınıfta):
 - 0-okula hiç gitmemiş
 - 1-anaokulu+kreş
 - 2-özel eğitim
 - 3-ana sınıfı
 - 4-özel alt sınıf
 - 5-ilk 1
 - 6-ilk 2
 - 7-ilk 3
 - 8-ilk 4
 - 9-ilk 5
 - 10-ilkokolu bitirmiş okumuyor
 - 11-orta1
 - 12-orta2
 - 13-orta 3
 - 14-lise1
 - 15-lise 2
 - 16-lise 3
 - 17-lise 4
- 6. Annenin:
 - 0-Okuma yazma bilmeyen (OYB)
 - 1-Okur yazar (OY)

- 2-ilk
- 3-orta
- 4-lise
- 5-üniversite
- 7. Annenin yaşı:
- 8. Annenin işi:
 - 1-ev hanımı
 - 2-düzensiz evde
 - 3-düzensiz dışarıda
 - 4-işçi
 - 5-memur
 - 6-serbest
 - 7-yönetici
 - 8-sağlık mensubu
 - 9-emekli
- 9. Annede ruhsal hastalık:
 - 0-yok
 - 1-nöroz
 - 2-psikoz
 - 3-bağımlılık
 - 4-zeka geriliği
 - 5-kişilik bozukluğu
 - 6-diğer
- 10. Babanın eğitimi:
 - 0-OYB
 - 1-OY
 - 2-ilk
 - 3-orta
 - 4-lise
 - 5-üniversite
- 11. Babanın yaşı:
- 12. Babanın işi:

- 1-çalışmıyor
- 2-düzensiz evde
- 3-düzensiz dışarıda
- 4-işçi
- 5-memur
- 6-serbest
- 7-yönetici
- 8-sağlık mensubu
- 9-emekli
- 10-asker

13. Babada ruhsal hastalık:

- 0-yok
- 1-nöroz
- 2-psikoz
- 3-bağımlılık
- 4-zeka geriliği
- 5-kişilik bozukluğu
- 6-diğer

14. Babada madde bağımlılığı:

- 0- yok
- 1-alkol
- 2-esrar
- 3-diğer

15. Aile durumu:

- 1-anne baba birlikte
- 2-boşanmış
- 3-ayrı yasayan anne babalar
- 4-anne ölü
- 5-baba ölü

16. Anne baba arasında akrabalık:

- 0-yok
- 1-var

17. Akrabalarda ruhsal hastalık:

0-yok

1-var

18. Aile yapısı:

0-çekirdek aile

1-geniş

2-anne ile

3-baba ile

4-akraba ile

5-koruyucu aile ile

6-evlat edinilmiş

7-kurumda

19. Ayrı odası:

0-yok

1-var

20. Ayrı yatağı:

0-yok

1-var

21. Annenin çocuğu doğurduğu yaş:

22. Bakan kişi:

1-anne

2-baba

3-annneannne

4-babaanne

5-bakıcı

6-kurum

7-teyze

8-hala

9-akraba

23. Ebeveyn dayak yer mi:

0-hayır

1-evet

24. Kim tarafından:

- 1-eşı
- 2-baba
- 3-anne
- 4-diğer aile bireyleri
- 5-diğer

25. İstismar şekli:

- 1-fiziksel
- 2-duygusal
- 3-cinsel

26. Fiziksel istismar:

- 0-yok
- 1-var

27. Fiziksel istimar uygulayan:

- 1-anne
- 2-baba
- 3-diğer aile bireyleri
- 4-öğretmen
- 5-arkadaş
- 6-komşu
- 7-diğer

28. Fiziksel istismar şekli:

- 1-elle
- 2-alet kullanarak
- 3-sarsarak
- 4-bağlama
- 5-hareketini kısıtlama
- 6-diğer
- 7-sigara söndürme

29. Ne sıklıkla:

- 0-hiç
- 1-nadiren

2-ara sıra

3-sık

4-çok sık

5-sürekli

30. İhmal :

0-yok

1-var

31. İhmal şekli:

1-sağlık ihtiyaçları

2-temizlik bakım

3-beslenme

4-eğitim

5-disiplin ve sosyal gelişim

6-diğer

32. Duygusal istismar:

0-yok

1-var

33. Duygusal istismar şekli:

1- utandırma

2-korkutma

3-aşırı eleştiri, küçük düşürme

4-terk etmek ile tehdit etmek

5-aşırı sorumluluk yükleme

6-diğer

34. Duygusal istismarı uygulayan:

1-anne

2-baba

3-diğer aile bireyleri

4-öğretmen

5-arkadaş

6-komşu

7-diğer

35. Cinsel istismar:

0-yok

1-var

36. Cinsel istismar şekli:

1-Sürtünme

2-genital penetrasyon

3-anal penetrasyon

4-oral penetrasyon

5-sözlü istismar

6-gösterimcilik

7-çocuk pornosu

8-cinsel amaçlı satma

9-öpmek

10-ellemek

37. İlk cinsel istismar yaşı:

38. Cinsel istismarın tekrarlama:

0-yok

1-var

39. Genital muayene bulgu:

0-yok

1-var

40. Gebelik:

0-yok

1-var

41. İstismarcı:

1-baba

2-abi

3-bunun dışında akraba

4-akraba dışında tanıdık

5-yabancı kimse

6-üvey baba

7-nikahsız eş

42. İstismara eşlik eden durumlar :
- 1-alıkoyma
 - 2-zor kullanma
 - 3-tehdit
43. Mağdurun davranış şekli:
- 1-gizleme
 - 2-aileden yardım isteme
 - 3-eğitim kuruluşundan yardım isteme
 - 4-arkadaşlarından yardım isteme
 - 5-emniyet birimlerinden yardım isteme
 - 6-adli kurumlardan yardım isteme
44. İstismarın sosyal sonucu:
- 1-eğitimin aksaması
 - 2-aileden ayrılma
 - 3-çevre baskısı
45. Ailenin istismara yaklaşımı:
- 1-gizleme
 - 2-adli yardım arama
 - 3-tıbbi yardım arama
 - 4-hukuk dışı uygulamalar
 - 5-diğer
46. Ailenin çocuğa yaklaşımı:
- 1-suçlayıcı
 - 2-baskılayıcı-sınırlayıcı
 - 3-destekleyici-koruyucu

Heyet ile ilgili notlar

47. Heyette aldığı tanı
- 0-değerlendirilemedi
 - 1- ptsb
 - 2-asb
 - 3-depresyon

- 4-uyum boz (depresif, ankisiyöz, dav. boz)
 - 5-ankisiyete boz
 - 6-dürtü denetim bozukluğu
 - 7-zedelenmiş cinsellik
 - 8-bozulma yok
 - 9-takip
48. 6 aylık takip sonucunda karar:
- 1- ptsb
 - 2-asb
 - 3-depresyon
 - 4-uyum boz(depresif, ankisiyöz, dav. boz)
 - 5-ankisiyete boz
 - 6-dürtü denetim bozukluğu
 - 7-zedelenmiş cinsellik
 - 8-bozulma yok
49. Komorbidite:
- 0-DEHA
 - 1-zeka geriliği
50. Mağdur ise:
- 0-kendini koruyamaz
 - 1-kendini koruyabilir
51. İlaç tedavisi:
- 0-önerilmedi
 - 1-önerildi
52. Adli birime öneriler:
- 1-koruma altına alınması
 - 2-OKK ya alınması
 - 3-sağlık tedbiri
 - 4-sosyal inceleme
 - 5-takip
 - 6-diğer
53. Takibe gelme:

0-gelmedi

1-geldi

2-önerilmedi

4. BULGULAR

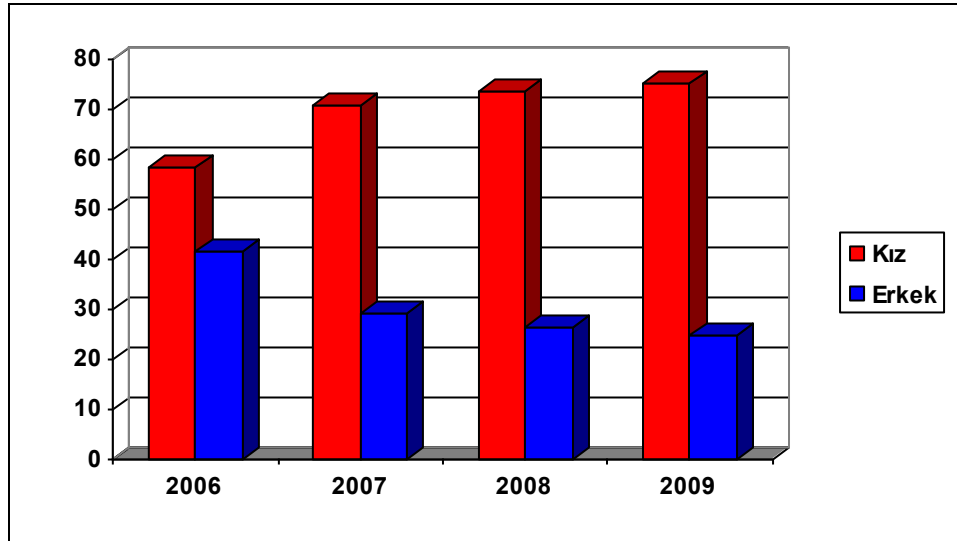
4.1. Sosyodemografik Özellikler

4.1.1. Yaş-Cinsiyet

Çalışmamızdaki 484 olgunun 143'ü (% 29,5) erkek, 341'i (% 70,5) kız idi. Olguların yıllara göre cinsiyet dağılımı Tablo ve Şekil 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Olguların Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı

		2006	2007	2008	2009	Toplam
		n	n	n	n	N
		%	%	%	%	%
Cinsiyet	Kız	52 58,4	85 70,8	125 73,5	79 75,2	341 70,5
	Erkek	37 41,6	35 29,2	45 26,5	26 24,8	143 29,5
	Toplam	89 18,4	120 24,8	170 35,1	105 21,7	484 100,0

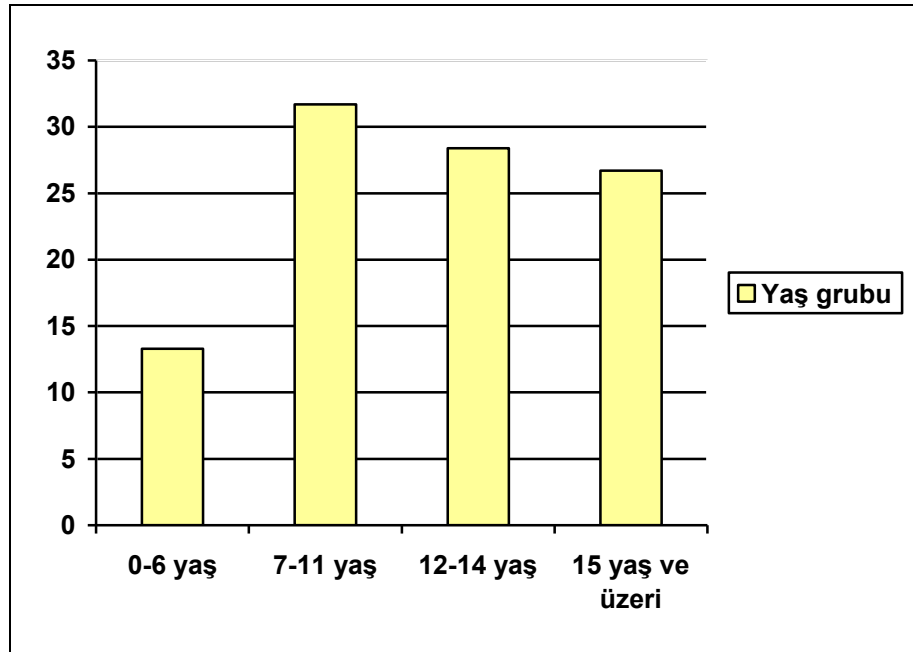


Şekil 1. Olguların yıllara göre cinsiyet dağılımı

Cinsel istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması $12,09 \pm 3,82$ (en küçük 3, en büyük 18 yaş) olup kızlar için $13,04 \pm 3,52$, erkekler için $9,85 \pm 3,58$ yıl idi. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 64'ü (% 13,2) 0-6, 153'ü (% 31,7) 7-11, 137'si (% 28,4) 12-14 yaş aralığında olup, 129'u (% 26,7) 15 yaş ve üzerinde idi. Yaş gruplarına göre dağılımı Tablo ve Şekil 2'de belirtilmektedir.

Tablo 2. Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grubu	n	%
0-6	64	13,2
7-11	153	31,7
12-14	137	28,4
15 yaş ve üzeri	129	26,7
TOPLAM	483	100,0



Şekil 2. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

2006-2009 yılları arasında başvuran olguların yaş ortalaması incelendiğinde 2006 için $10,71 \pm 3,97$ (89 olgu), 2007 için $11,70 \pm 3,97$ (120 olgu), 2008 için $12,54 \pm 3,81$ (169 olgu), 2009 için ise $13,0 \pm 3,18$ (105 olgu) yıl idi. Olguların yıllara ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3. Olguların Yıllara ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

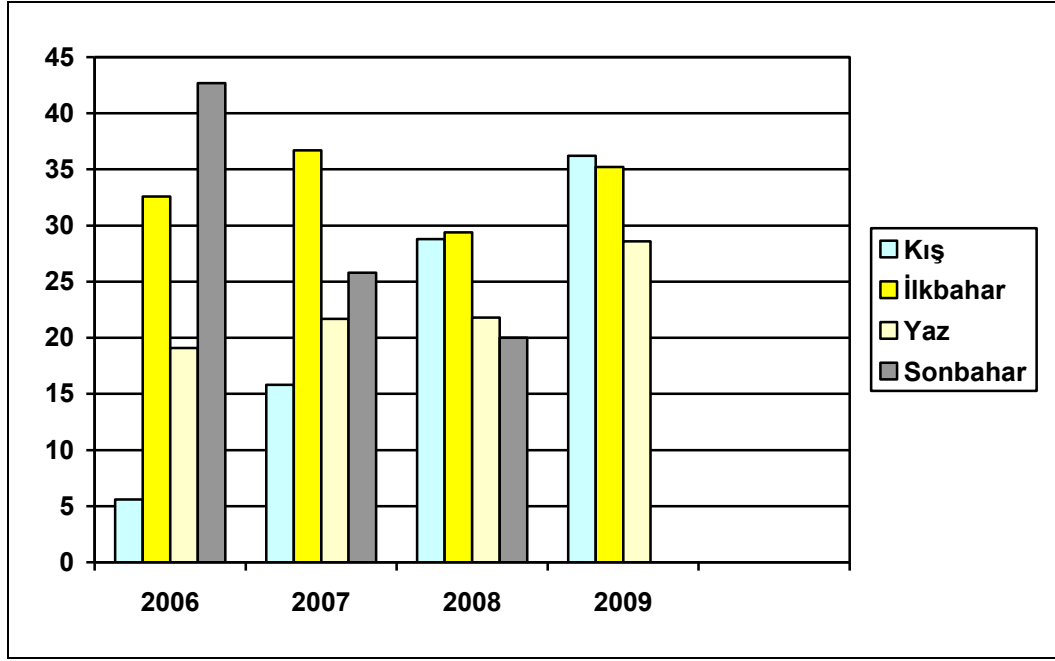
		2006	2007	2008	2009	Toplam
		n %	n %	n %	n %	n %
Yaş grubu	0-6	20 31,3	21 32,8	17 26,6	6 9,4	64 13,2
	7-11	35 22,9	39 25,5	44 28,8	35 22,9	153 31,7
	12-14	20 14,6	26 19,0	60 43,8	31 22,6	137 28,4
	15 ve üzeri	14 10,9	34 26,4	48 37,2	33 25,6	129 26,7
	Toplam	89 18,4	120 24,8	169 35,0	105 21,7	483 100,0

4.1.2. Mevsimsel Özellikler

Olguların yıllara ve mevsimlere göre dağılımı Tablo 4 ve Şekil 3’de belirtilmektedir.

Tablo 4. Olguların Yıllara ve Mevsimlere Göre Dağılımı

		2006	2007	2008	2009	Toplam
		n %	n %	n %	n %	n %
Mevsim	Kış	5 5,6	19 15,8	49 28,8	38 36,2	111 22,9
	İlkbahar	29 32,6	44 36,7	50 29,4	37 35,2	160 33,1
	Yaz	17 19,1	26 21,7	37 21,8	30 28,6	110 22,7
	Sonbahar	38 42,7	31 25,8	34 20,0	0 0,0	103 21,3
	Toplam	89 18,4	120 24,8	170 35,1	105 21,7	484 100,0



Şekil 3. Olguların yıllara ve mevsimlere göre dağılımı

4.1.3. Eğitim Durumu

İstismara uğrayan çocukların ortalama eğitim süresi $4,91 \pm 3,32$ (0-12 yıl), kızlar için $5,50 \pm 3,3$, erkekler için ise $3,50 \pm 2,9$ yıl idi. Çocuk, anne ve babalarının eğitim düzeyleri Tablo 5’de belirtilmektedir.

Tablo 5. Çocuk, Anne ve Baba Eğitim Düzeyi

	Eğitim düzeyi	n	%
Çocuğun eğitim düzeyi	Yok	68	14,0
	İlköğretim	204	42,2
	Ortaokul	132	27,3
	Lise	80	16,5
	Toplam	484	100,0
Annenin eğitim düzeyi	Yok	153	31,6
	İlköğretim	241	49,8
	Ortaokul	35	7,2
	Lise	46	9,5
	Üniversite	9	1,9
	Toplam	484	100,0
Babanın eğitim düzeyi	Yok	63	13,0
	İlköğretim	267	55,2
	Ortaokul	77	15,9
	Lise	56	11,6
	Üniversite	21	4,3
	Toplam	484	100,0

4.1.4. Annenin Özellikleri

İstismara uğrayan olguların annelerinin yaş ortalaması $37,80 \pm 7,33$ yıl (en düşük 20-en yüksek 60) idi. Annelerin çocuklarını doğurdukları yaş incelendiğinde; % 81,6'sının 18-35 yaş, % 9,3'ünün 35 yaş ve üzerinde, % 9,1'inin de 18 yaş ve altında idi (Tablo 6).

Tablo 6. Annelerin Olguları Doğurduğu Yaş

Annelerin olguları doğurduğu yaş	n	%
18 yaş altı	44	9,1
18-35 yaş	395	81,6
35 yaş üzeri	45	9,3
Toplam	484	100,0

İstismara uğrayan çocukların annelerinin iş ve ruhsal durumu Tablo 7'de belirtilmektedir.

Tablo 7. Olguların Annelerinin İş ve Ruhsal Durumu

	Yok	Var	Toplam
	n %	n %	
Anne işi	447 92,4	37 7,6	484 100,0
Annede ruhsal hastalık	473 97,7	11 2,3	484 100,0

4.1.5. Babanın Özellikleri

İstismara uğrayan olguların babalarının yaş ortalaması $42,63 \pm 7,81$ yıl (en düşük 25-en yüksek 74) idi. Diğer özellikleri Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. Olguların Babalarının İş, Ruhsal Durumu ve Madde Bağımlılığı

	Yok	Var	Toplam
	n %	n %	n %
Baba işi	40 8,3	444 91,7	484 100,0
Babada ruhsal hastalık	473 97,7	10 2,3	483 100,0
Babada madde bağımlılığı	466 96,3	17 3,7	484 100,0

4.1.6. Ailenin Özellikleri

Başvuran 484 olgunun aile durumu incelendiğinde 388'inin (% 80,2) anne ve babasının birlikte yaşadığı; aile yapısı incelendiğinde ise 341'inin (% 70,5) çekirdek ailesi olduğu saptanmış olup aile durumu ve yapısı Tablo 9'da belirtilmektedir.

Tablo 9. Olguların Aile Durumu ve Yapısı

		n	%
Aile durumu	Anne baba birlikte	388	80,2
	Boşanmış-parçalanmış	96	19,8
	Toplam	484	100,0
Aile yapısı	Çekirdek aile	341	70,5
	Geniş aile	52	10,7
	Anne ile	59	12,2
	Baba ile	16	3,3
	Akraba ile	6	1,2
	Koruyucu aile ile	2	0,4
	Evlat edinilmiş	1	0,2
	Kurumda	7	1,5
	Toplam	484	100,0

Çalışmamızdaki 484 olgunun 387'sinde (% 79,9) anne-baba arasında akrabalık yok iken 97'sinde (% 20,1) var idi.

4.2. İstismar Özellikleri

4.2.1. İstismar Şekli

Heyete başvuruda bulunan 484 olgunun 74'ünde (% 15,3) cinsel istismara fiziksel istismarın da eşlik ettiği görülmüş olup 65'inin (% 87,8) istismarcı, 9'unun (% 12,2) ise anne-baba veya öğretmen tarafından fiziksel olarak istismar edildiği saptandı.

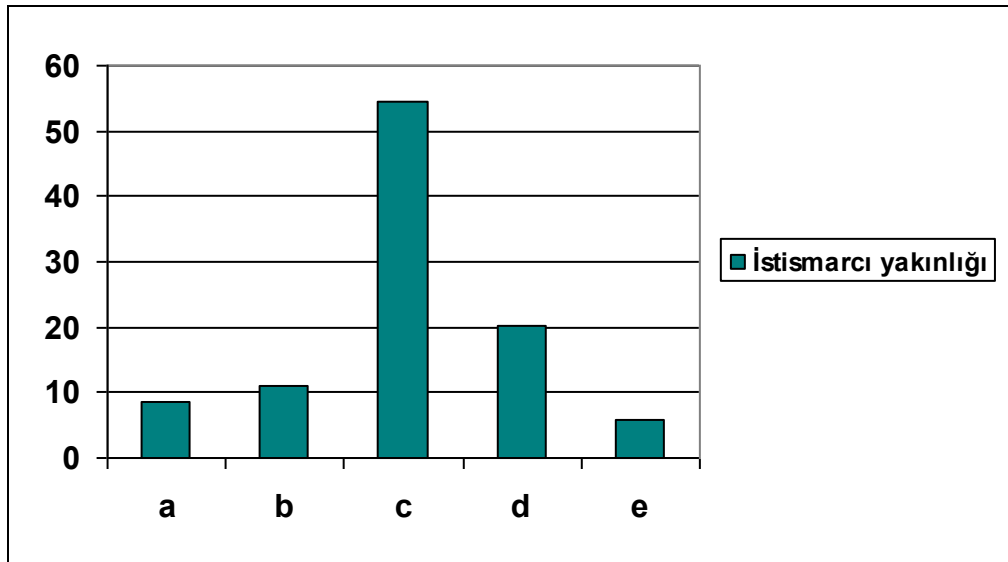
Cinsel istismar şekli incelendiğinde; olguların 56'sında (% 11,6) sürütünme, 120'sinde (% 24,8) genital penetrasyon, 92'sinde (% 19,0) anal penetrasyon, 8'inde (% 1,7) oral penetrasyon, 4'ünde (% 0,8) sözlü istismar, 11'inde (% 2,3) öpme, 55'inde (% 11,4) dokunma şeklinde idi. Geriye kalan olguların 130'unda (% 28,4) ise bu istismar şekilleri birliktelik göstermekte idi.

4.2.2. İstismarcı Yakınlığı

İstismarcı yakınlığı incelendiğinde olguların 2'si hakkında bilgi yok iken geriye kalan 482 olgunun 262'si (% 54,4) tanıdık tarafından istismar edilmiş idi. İstismarcı yakınlığı Tablo 10 ve Şekil 4'de sunulmaktadır.

Tablo 10. İstismarcı Yakınlığı

İstismarcı yakınlığı	n	%
1.derece akraba	41	8,5
Akraba-üvey baba	53	11,0
Tanıdık	262	54,4
Yabancı kimse	98	20,3
Nikahsız eş	28	5,8
Toplam	482	100,0



a-1.derece akraba b-Akraba-üvey baba c-Tanıdık d-Yabancı kimse e-Nikahsız eş

Şekil 4. İstismarcı yakınlığı

4.2.3. Muayene Bulguları

Olguların 224'ünde (% 46,4) cinsel istismarın tekrarladığı görülmüş olup 143'ünde (% 29,5) genital muayene bulgusu, 27'sinde (% 5,6) gebelik saptanmış idi.

4.2.4. Eşlik Eden Durum

İstismara uğrayan 484 vakanın 63'üne (% 13,0) alıkoyma, 199'una (% 41,1) zor kullanma, 138'ine (% 28,5) tehdit etme eşlik etmekte olup bazı durumlar birliktelik göstermekte idi.

4.2.5. Mağdurun Davranış Şekli

İstismar edilmiş 17 olguda mağdurun davranış şekli bilinmemekle birlikte geriye kalan 467 olgunun 115'inde (% 23,8) istismarı gizleme, 352'sinde (% 72,7) yardım arama şeklinde idi.

4.2.6. Sosyal Sonuçları

İstismarın sosyal sonuçlarından; eğitimin aksaması 163 (% 33,7), aileden ayrılma 85 (% 17,6), çevre baskısı ise 161 (% 33,3) olguda tespit edildi.

4.2.7. Ailenin Yaklaşımı

Ailenin istismara yaklaşımı, 484 olgunun 3'ünde bilinmemekte olup, 53'ünde (% 11,0) gizleme, 428'inde (% 89,0) yardım arama şeklinde idi. Bu olguların da 29'u (% 6,7) tıbbi, 409'u (% 93,3) adli yardım aramış idi.

Ailenin çocuğa yaklaşımı ile ilgili bilgi 1 vakada yok iken geriye kalan vakalarda ailelerin 104'ü (% 21,5) suçlayıcı-baskılayıcı, 379'u (% 78,5) ise destekleyici-koruyucu idi.

4.2.8. Heyette Alınan Kararlar

Heyette değerlendirilen 484 olgunun 98'ine (% 20,2) ASB, 140'ına (% 28,9) ise PTSB tanısı koyulmuş idi.

İstismar edilen 484 olgunun 25'inde (% 5,2) DEHA, 56'sında (% 11,6) zeka geriliği var idi.

İlaç tedavisi 185 (% 38,2) olguya önerilir iken 299 (% 61,8) olguya önerilmedi.

İstismara uğrayan 484 olgunun 166'sı (% 34,3) kendisini koruyabilir, 292'si (% 60,3) kendisini koruyamaz şeklinde değerlendirilmiş olup 26'sı (% 5,4) için yorum yapılmamış idi.

Olguların 419'una (% 86,6) adli birimlere öneride bulunulmuş, 56'sına (% 11,6) bulunulmamış olup 9'u (% 1,8) ise kayıt altına alınmadığı için öneri açısından değerlendirilememiş idi. Değerlendirilen olguların 64'üne (% 13,2) takip önerilmez iken önerilen 420 (% 86,8) olgunun 205'i (% 42,4) takibe gelmiş, 215'i (% 44,4) ise gelmemiş idi.

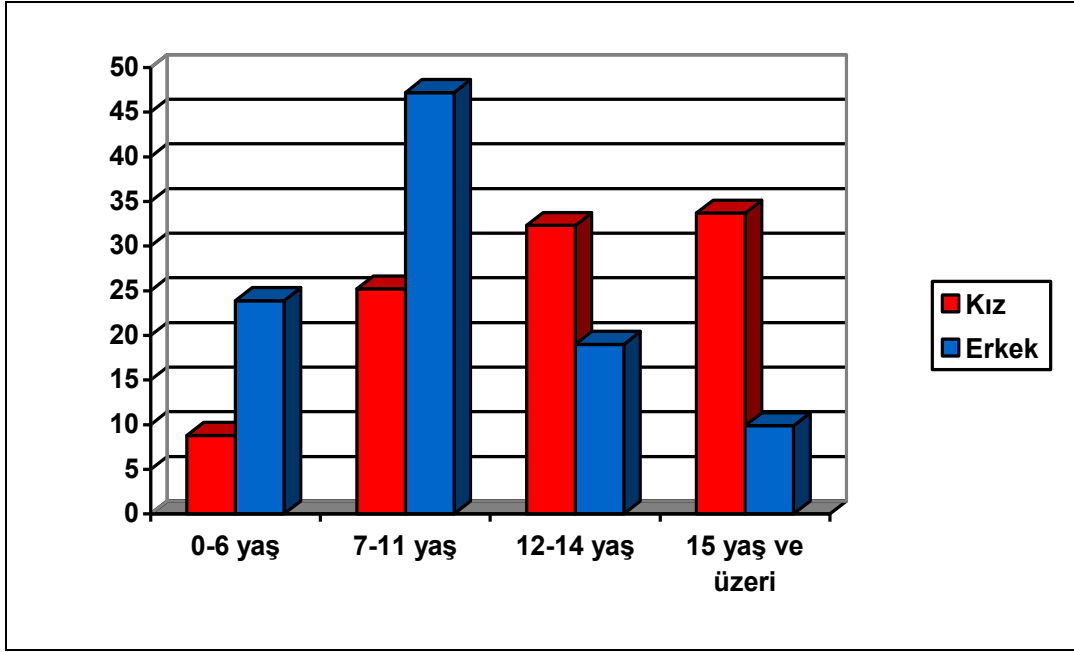
4.3. Cinsiyet ile Diğer Bulguların Karşılaştırılması

4.3.1. Cinsiyet ile İstismara Uğrama Yaşı Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile cinsel istismara uğrama yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde kızların % 33,7'si 15 yaş ve üzerinde, erkeklerin % 47,2'si 7-11 yaş arasında istismar edilmiş olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,0001, Tablo 11, Şekil 5).

Tablo 11. Cinsiyet ile İstismara Uğrama Yaşı Arasındaki İlişki

		Cinsiyet			p
		Kız	Erkek	Toplam	
		n %	n %	n %	
Yaş grubu	0-6	30 8,8	34 23,9	64 13,2	0,0001
	7-11	86 25,2	67 47,2	153 31,7	
	12-14	110 32,3	27 19,0	137 28,4	
	15 yaş ve üzeri	115 33,7	14 9,9	129 26,7	
	Toplam	341 100,0	142 100,0	483 100,0	



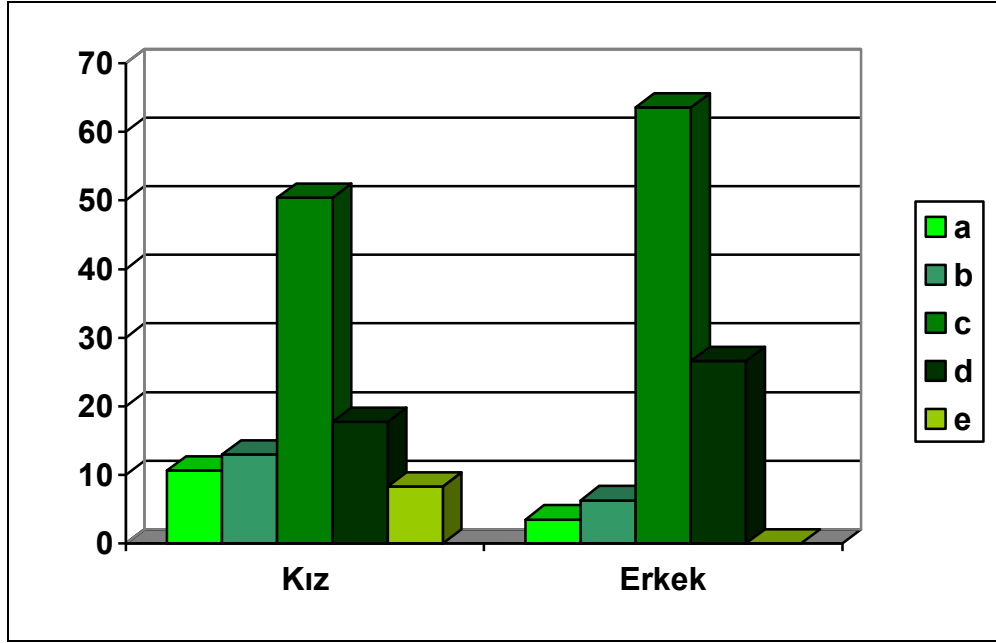
Şekil 5. Cinsiyet ile istismara uğrama yaşı arasındaki ilişki

4.3.2. Cinsiyet ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde kızların % 50,4'ü, erkeklerin % 63,6'sı tanıdıkları tarafından istismar edilmiş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,0001, Tablo 12, Şekil 6).

Tablo 12. Cinsiyet ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki

		Cinsiyet			p
		Kız	Erkek	Toplam	
		n %	n %	n %	
İstismarcı yakınlığı	1. derece akraba	36 10,6	5 3,5	41 8,5	0,0001
	Akraba-üvey baba	44 13,0	9 6,3	53 11,0	
	Tanıdık	171 50,4	91 63,6	262 54,4	
	Yabancı kimse	60 17,7	38 26,6	98 20,3	
	Nikahsız eş	28 8,3	0 0,0	28 5,8	
Toplam		339 100,0	143 100,0	482 100,0	



a-a-1.derece akraba b-akraba-üvey baba c-tanındık d-yabancı kimse e-nikahsız eş

Şekil 6. Cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki

4.3.3. Cinsiyet ile İstismar Şekli Arasındaki İlişki

Cinsel istismara uğrayan erkeklerin 17'sine (% 11,9), kızların 57'sine (% 16,7) fiziksel istismar eşlik etmekte idi. Bu çalışmada cinsiyet ile cinsel istismara fiziksel istismarın eşlik etmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p: 0,17$).

Öpme-dokunma; istismara uğrayan kızların 119'unda (% 34,9), erkeklerin 20'sinde (% 14,0), sürtünme ise kızların 69'unda (% 20,2), erkeklerin 43'ünde (% 30,1) var idi.

Cinsiyet ile istismar şekli karşılaştırıldığında; öpme-dokunma kızlarda, sürtünme ise erkeklerde daha fazla olup, bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p:0,0001$ - $p:0,019$).

İstismara uğrayan 143 (% 29,5) erkek çocuğun 84'ünde (% 58,7), 341 (% 70,5) kız çocuğun 197'sinde (% 57,8) penetrasyon var idi. Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p: 0,84$).

Çocukların cinsel amaçlı satılması erkek çocuklarında yok iken kız çocuklarının 11'inde (% 3,2) var idi. Cinsiyet ile cinsel amaçlı satma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p: 0,030$).

4.3.4. Cinsiyet ile Muayene Bulgusu Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile genital muayene bulgusu arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin 15’inde (% 10,5) genital muayene bulgusu var iken kızların 128’inde (% 37,5) var idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,0001).

4.3.5. Cinsiyet ile İstismarın Tekrarlaması Arasında İlişki

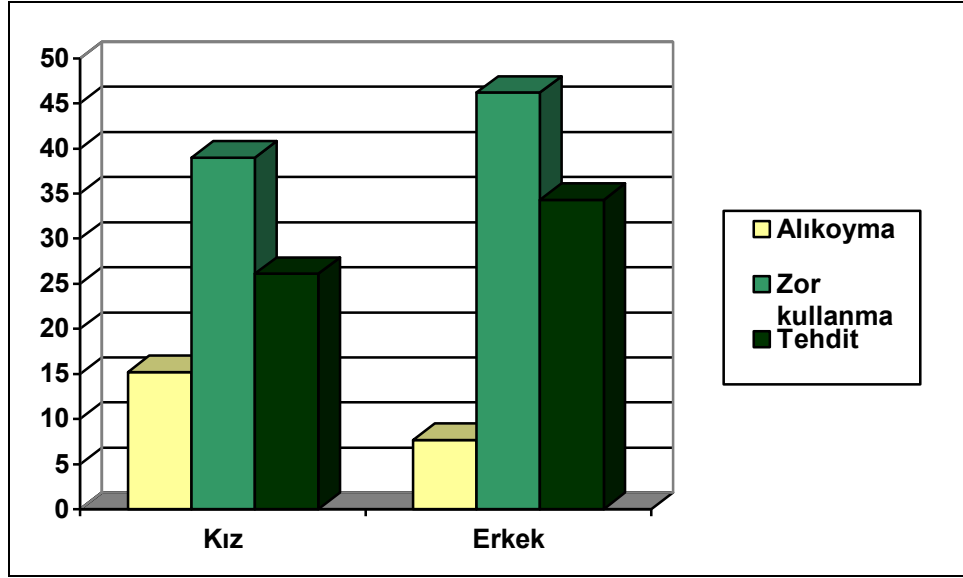
Cinsiyet ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde istismarın tekrarlaması kızların 187’sinde (% 55,0) erkeklerin 37’sinde (% 25,9) görülmekte olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

4.3.6. Cinsiyet ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki; alıkoyma için istatistiksel olarak anlamlı iken zor kullanma ve tehdit için anlamlı değil idi (Tablo 13, Şekil 7).

Tablo 13. Cinsiyet ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki

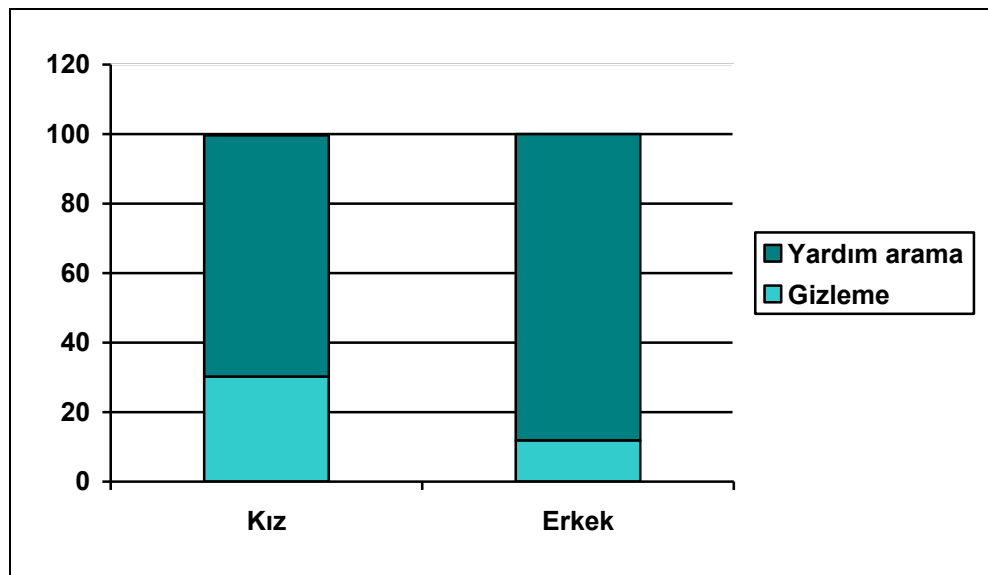
			Cinsiyet			p
			Kız	Erkek	Toplam	
			n %	n %	n %	
İstismara eşlik eden durum	Alıkoyma	Yok	289 84,8	132 92,3	421 87,0	0,024
		Var	52 15,2	11 7,7	63 13,0	
		Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	
	Zor kullanma	Yok	208 61,0	77 53,8	285 58,9	0,14
		Var	133 39,0	66 46,2	199 41,1	
		Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	
	Tehdit	Yok	252 73,9	94 65,7	346 71,5	0,069
		Var	89 26,1	49 34,3	138 28,5	
		Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	



Şekil 7. Cinsiyet ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki

4.3.7. Cinsiyet ile Mağdurun Davranış Şekli Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde 17 olgu hakkında bilgi yok iken kızların 98'i (% 30,2) gizleme, 226'sı (% 69,4) yardım isteme, erkeklerin 17'si gizleme (% 11,9), 126'sı (% 88,1) yardım isteme şeklinde davranmış olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p: 0,0001$, Şekil 8).



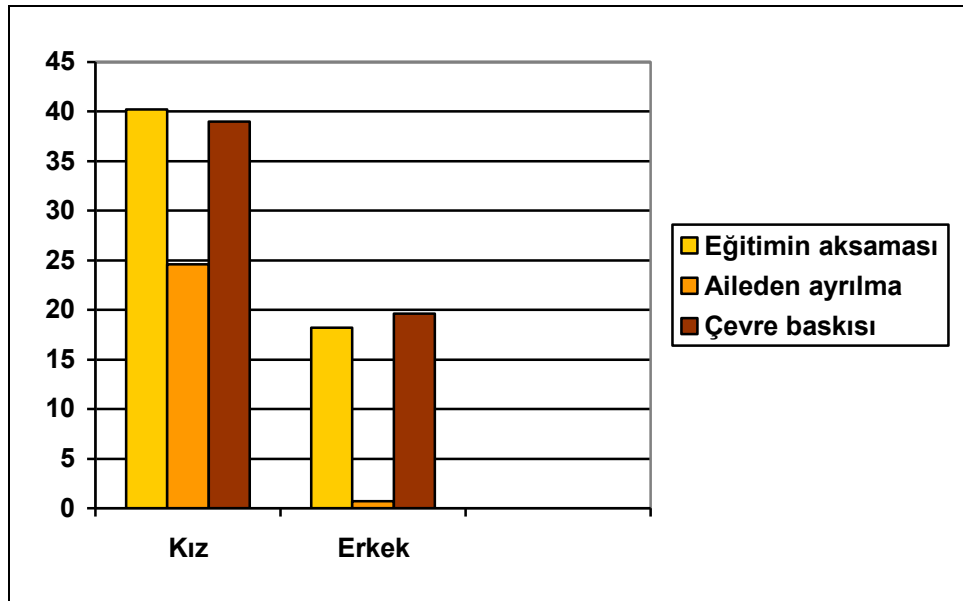
Şekil 8. Cinsiyet ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki

4.3.8. Cinsiyet ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunup Tablo 14 ve Şekil 9’da gösterilmektedir.

Tablo 14. Cinsiyet ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki

			Cinsiyet			p
			Kız	Erkek	Toplam	
			n %	n %	n %	
İstismarın sosyal sonucu	Eğitimin aksaması	Yok	204 59,8	117 81,8	321 66,3	0,0001
		Var	137 40,2	26 18,2	163 33,7	
		Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	
	Aileden ayrılma	Yok	257 75,4	142 99,3	399 82,4	0,0001
		Var	84 24,6	1 0,7	85 17,6	
		Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	
	Çevre baskısı	Yok	208 61,0	115 80,4	323 66,7	0,0001
		Var	133 39,0	28 19,6	161 33,3	
		Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	



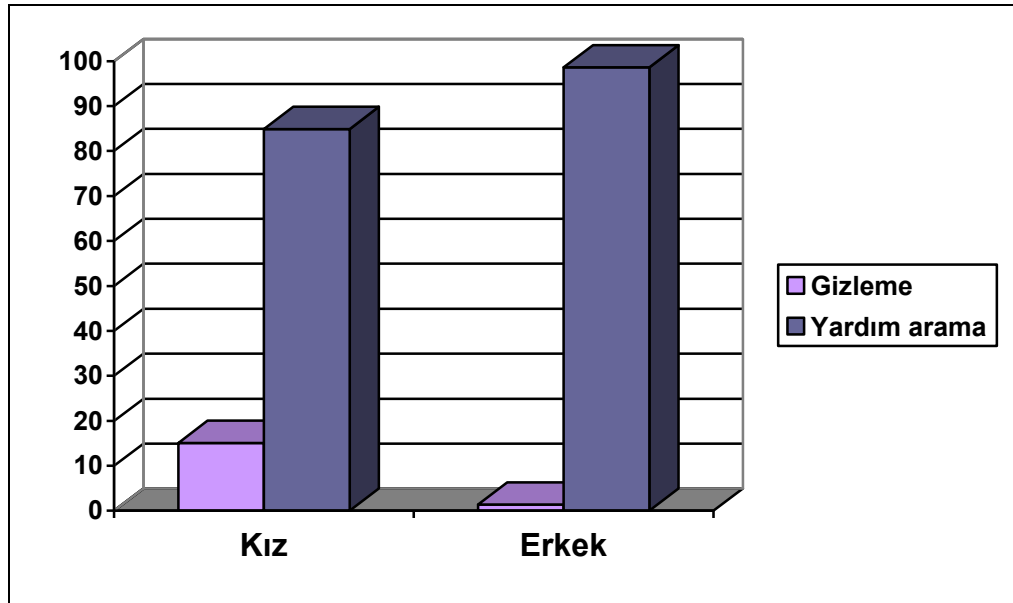
Şekil 9. Cinsiyet ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki

4.3.9. Cinsiyet ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki

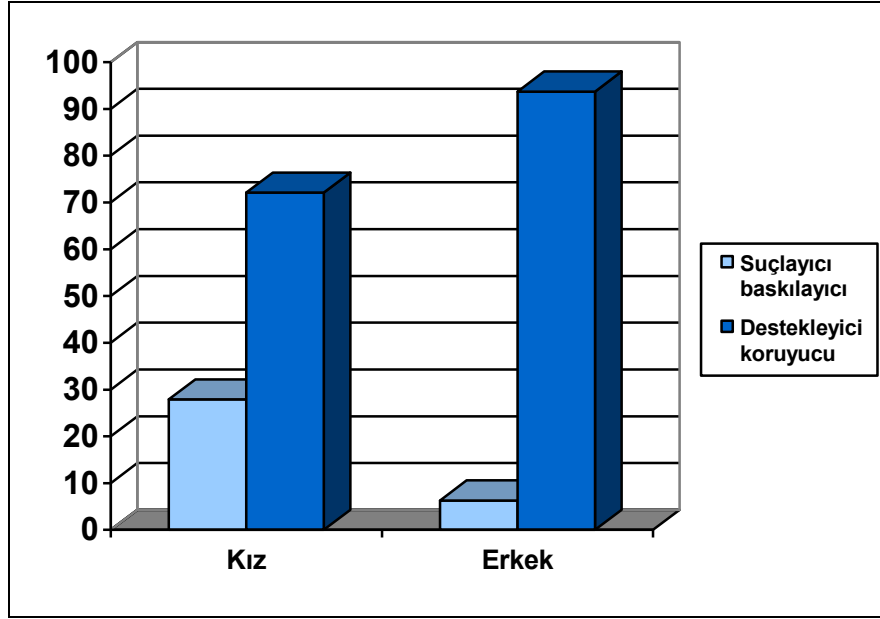
Cinsiyet ile ailenin çocuğa ve istismara yaklaşımının karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bulunup Tablo 15 ve Şekil 10-11’de özetlenmektedir.

Tablo 15. Cinsiyet ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki

		Cinsiyet			p
		Kız	Erkek	Toplam	
		n %	n %	n %	
Ailenin çocuğa yaklaşımı	Suçlayıcı -baskılayıcı	95 27,9	9 6,3	104 21,5	0,0001
	Destekleyici-koruyucu	245 72,1	134 93,7	379 78,5	
	Toplam	340 100,0	143 100,0	483 100,0	
Ailenin istismara yaklaşımı	Gizleme	51 15,1	2 1,4	53 11,0	0,0001
	Yardım isteme	287 84,9	141 98,6	428 89,0	
	Toplam	338 100,0	143 100,0	481 100,0	



Şekil 10. Cinsiyet ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki



Şekil 11. Cinsiyet ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki

4.3.10. Cinsiyet ile Heyete Gönderilme Şekilleri Arasındaki İlişki

Çalışmamızdaki 484 olgunun 341'i kız (% 70,5), 143'ü (% 29,5) erkek olup kızların 4'ü (% 1,2) kendi isteğiyle, 3'ü (% 0,9) konsültasyon, 334'ü (% 97,9) adli tıp aracılığı ile erkeklerin ise 3'ü kendi isteğiyle (% 2,1), 5'i (% 3,5) konsültasyon, 1'i (% 0,7) psikiyatri, 134'ü (% 93,7) adli tıp aracılığı ile heyete gönderilmiştir. Kız ve erkek çocukların gönderilme şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p: 0,062).

4.3.11. Cinsiyet ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile istismarın çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde PTBS kızların % 31,7, erkeklerin % 22,4'ünde, ASB ise kızların % 16,1, erkeklerin % 30,1'inde görülmüş olup tanımlanan bu ilişkiler PTBS için istatistiksel olarak anlamlı değil iken (p: 0,40), ASB için anlamlı idi (p: 0,0001, Tablo 16).

Tablo 16. Cinsiyet ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki

		Cinsiyet			p
		Kız	Erkek	Toplam	
		n %	n %	n %	
PTSB	Yok	233 68,3	111 77,6	344 71,1	0,40
	Var	108 31,7	32 22,4	140 28,9	
	Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	
ASB	Yok	286 83,9	100 69,9	386 79,8	0,0001
	Var	55 16,1	43 30,1	98 20,2	
	Toplam	341 100,0	143 100,0	484 100,0	

4.3.12. Cinsiyet ile Heyette Alınan Kararlar Arasındaki İlişki

Cinsiyet ile mağdurun kendini koruyabilirliği karşılaştırıldığında erkek çocuklarının 22'si (% 16,4), kız çocuklarının 144'ü (% 44,4) kendini koruyabilir şeklinde değerlendirilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,0001).

Çalışmamızda cinsiyet ile takibe gelme arasındaki ilişki incelendiğinde erkek çocukların 56'sının (% 39,2), kız çocuklarının 149'unun (% 43,7) takibe geldiği, erkek çocukların 77'sinin (% 53,8), kız çocuklarının 138'inin (% 40,5) takibe gelmediği, erkek çocukların 10'una (% 7,0), kız çocuklarının 54'üne (% 15,8) ise takip önerilmediği saptandı. Kız çocukları erkek çocuklarına göre daha fazla takibe gelmiş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,005).

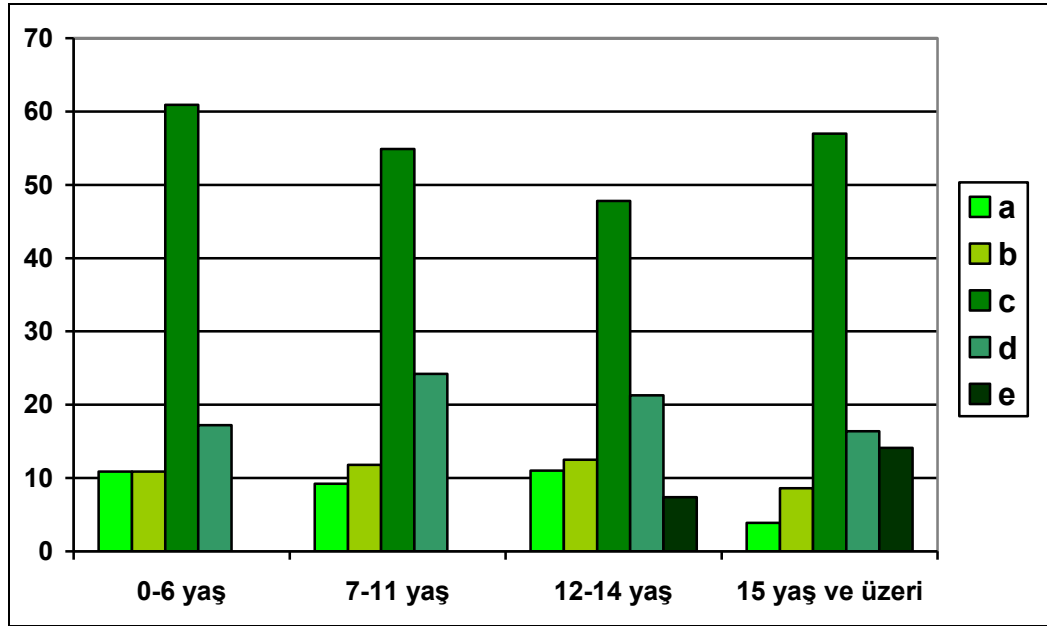
4.4. Yaş ile Diğer Bulguların Karşılaştırılması

4.4.1. Yaş ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki

İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, 261 olgunun (% 54,3) tanıdık tarafından istismar edildiği saptandı. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı (p: 0,0001) olup Tablo 17 ve Şekil 12'de özetlenmektedir.

Tablo 17. Yaş ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki

		Yaş					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	N %	n %	n %	n %	
İstismarcı yakınlığı	1. derece akraba	7 10,9	14 9,2	15 11,0	5 3,9	41 8,5	0,0001
	Akraba-üvey baba	7 10,9	18 11,8	17 12,5	11 8,6	53 11,0	
	Tanıdık	39 60,9	84 54,9	65 47,8	73 57,0	261 54,3	
	Yabancı kimse	11 17,2	37 24,2	29 21,3	21 16,4	98 20,4	
	Nikahsız eş	0 0,0	0 0,0	10 7,4	18 14,1	28 5,8	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	136 100,0	128 100,0	481 100,0	



a- 1.derece akraba b- akraba-üvey baba c- tanıdık d- yabancı kimse e- nikahsız eş

Şekil 12. Yaş ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki

Çalışmamızda istismarcı ile istismar edilen olguların yaş ortalaması incelendiğinde 1.derece akrabalar için $10,63 \pm 3,8$, akraba, üvey baba için $11,23 \pm 3,6$, tanıdık için $11,53 \pm 3,9$, yabancı kimse için $11,32 \pm 3,5$, nikahsız eş için ise $15,04 \pm 1,0$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p: 0,0001$).

4.4.2. Yaş ile Genital Muayene Bulgusu Arasındaki İlişki

İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile muayene bulgusu ve gebelik arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olup (p: 0,0001) Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18. Yaş ile Genital Muayene Bulgusu ve Gebelik Arasındaki İlişki

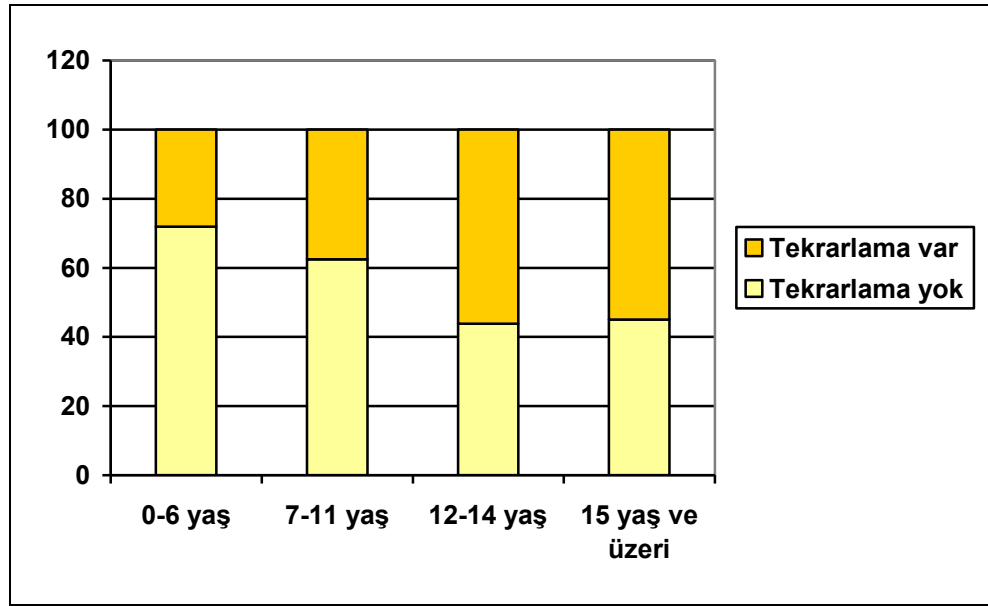
		Cinsel istismar yaşı					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	
Genital muayene bulgusu	Yok	55 85,9	137 89,5	89 65,0	59 45,7	340 70,4	0,0001
	Var	9 14,1	16 10,5	48 35,0	70 54,3	143 29,6	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	
Gebelik	Yok	64 100,0	153 100,0	129 94,2	110 85,3	456 94,4	0,0001
	Var	- -	0 0,0	8 5,8	19 14,7	27 5,6	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	

4.4.3. Yaş ile İstismarın Tekrarlaması Arasındaki İlişki

Cinsel istismara uğrama yaşı ile istismarın tekrarlama arasındaki ilişki incelendiğinde 0-6 yaş grubunda % 28,1 (18 olgu), 7-11 yaş grubunda % 37,5 (57 olgu), 12-14 yaş grubunda % 56,2 (77 olgu), 15 yaş ve üzerinde ise % 55,0’inde (71 olgu) tekrarlama var idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunup (p: 0,0001) Tablo 19 ve Şekil 13’de özetlenmektedir.

Tablo 19. Yaş ile İstismarın Tekrarlaması Arasındaki İlişki

		Cinsel istismar yaşı					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	
Cinsel istismarın tekrarlaması	Yok	46 71,9	95 62,5	60 43,8	58 45,0	259 53,7	0,0001
	Var	18 28,1	57 37,5	77 56,2	71 55,0	223 46,3	
	Toplam	64 100,0	152 100,0	137 100,0	129 100,0	482 100,0	



Şekil 13. Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki

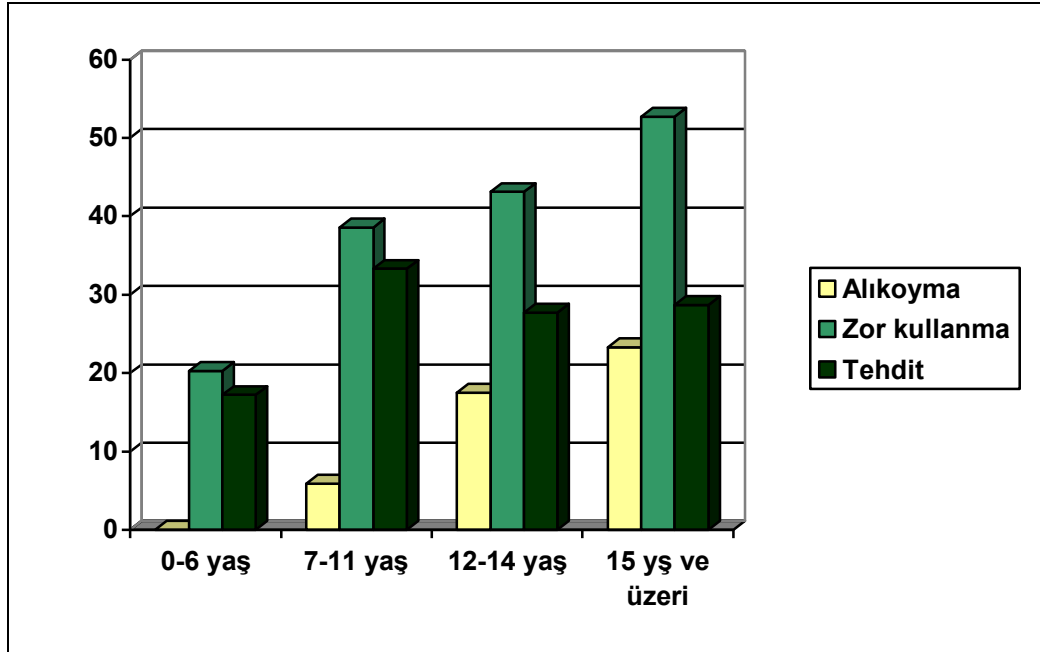
İstismarın tekrarlanmadığı olguların yaş ortalaması $10,92 \pm 3,9$ iken, tekrarlanan olguların ortalaması ise $12,39 \pm 3,4$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p: 0,0001$).

4.4.4. Yaş ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki

İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile istismara eşlik eden durum karşılaştırıldığında bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$, Tablo 20, Şekil 14).

Tablo 20. Yaş ile İstismara Eşlik Eden Durum Arasındaki İlişki

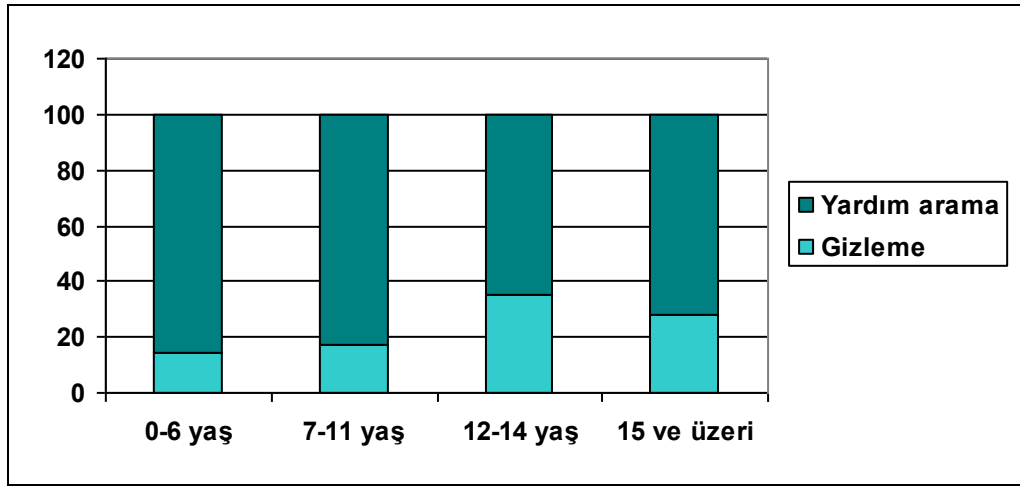
			Yaş Grubu					p
			0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
			n %	n %	n %	n %	n %	
İstismara eşlik eden durum	Alıkoyma	Yok	64 100,0	144 94,1	113 82,5	99 76,7	420 87,0	0,0001
		Var	0 0,0	9 5,9	24 17,5	30 23,3	63 13,0	
		Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	
	Zor kullanma	Yok	51 79,7	94 61,4	78 56,9	61 47,3	284 58,8	0,0001
		Var	13 20,3	59 38,6	59 43,1	68 52,7	199 41,2	
		Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	
	Tehdit	Yok	53 82,8	102 66,7	99 72,3	92 71,3	346 71,6	0,120
		Var	11 17,2	51 33,3	38 27,7	37 28,7	137 28,4	
		Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	



Şekil 14. Yaş ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki

4.4.5. Yaş ile Mağdurun Davranış Şekli Arasındaki İlişki

Cinsel istismara uğrayan çocukların yaşları ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde 484 olgunun 18'i için herhangi bir kayıt bulunamamıştır. Geriye kalan 466 olgu incelendiğinde; gizleme 0-6 yaş grubunun 9'unda (% 14,1), 7-11 yaş grubunun 26'sında (% 17,0), 12-14 yaş grubunun 45'inde (% 34,9), 15 yaş ve üzerinde ise 34'ünde (% 28,3) görüldü. Yardım arama ise 0-6 yaş grubunun 55'inde (% 85,9), 7-11 yaş grubunun 127'sinde (% 83,0), 12-14 yaş grubunun 84'ünde (% 65,1), 15 yaş ve üzerinin 86'sında (% 71,7) görülmüş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,001, Şekil 15).



Şekil 15. Yaş ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki

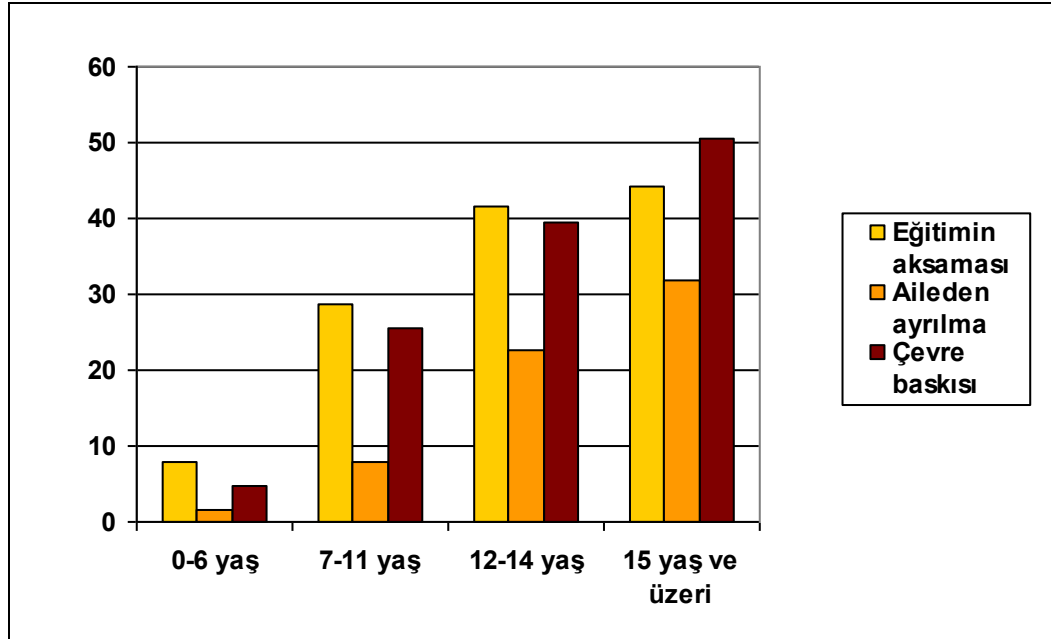
Cinsel istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde gizleyenlerin yaş ortalaması $12,33 \pm 3,4$ iken yardım arayanların yaş ortalaması $11,19 \pm 3,8$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,007).

4.4.6. Yaş ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki

İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile istismarın sosyal sonucu karşılaştırıldığında bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup (p: 0,0001) Tablo 21 ve Şekil 16'da özetlenmektedir.

Tablo 21. Yaş ile İstismarın Sosyal Sonucu Arasındaki İlişki

			Cinsel istismar yaşı					p
			0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
			n %	n %	n %	n %	n %	
İstismarın sosyal sonucu	Eğitimin aksamaması	Yok	59 92,2	109 71,2	80 58,4	72 55,8	320 66,3	0,0001
		Var	5 7,8	44 28,8	57 41,6	57 44,2	163 33,7	
		Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	
	Aileden ayrılma	Yok	63 98,4	141 92,2	106 77,4	88 68,2	398 82,4	0,0001
		Var	1 1,6	12 7,8	31 22,6	41 31,8	85 17,6	
		Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	
	Çevre baskısı	Yok	61 95,3	114 74,5	83 60,6	64 49,6	322 66,7	0,0001
		Var	3 4,7	39 25,5	54 39,4	65 50,4	161 33,3	
		Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	



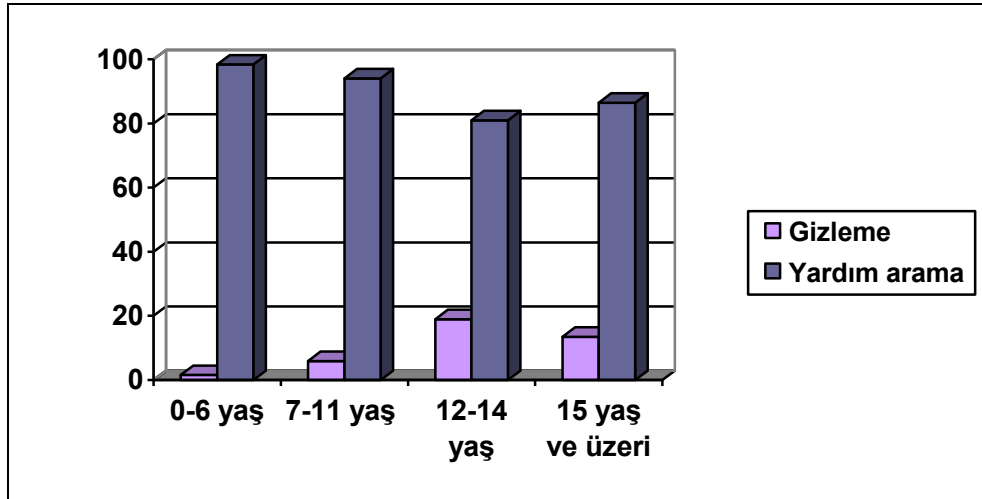
Şekil 16. Yaş ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki

4.4.7. Yaş ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki

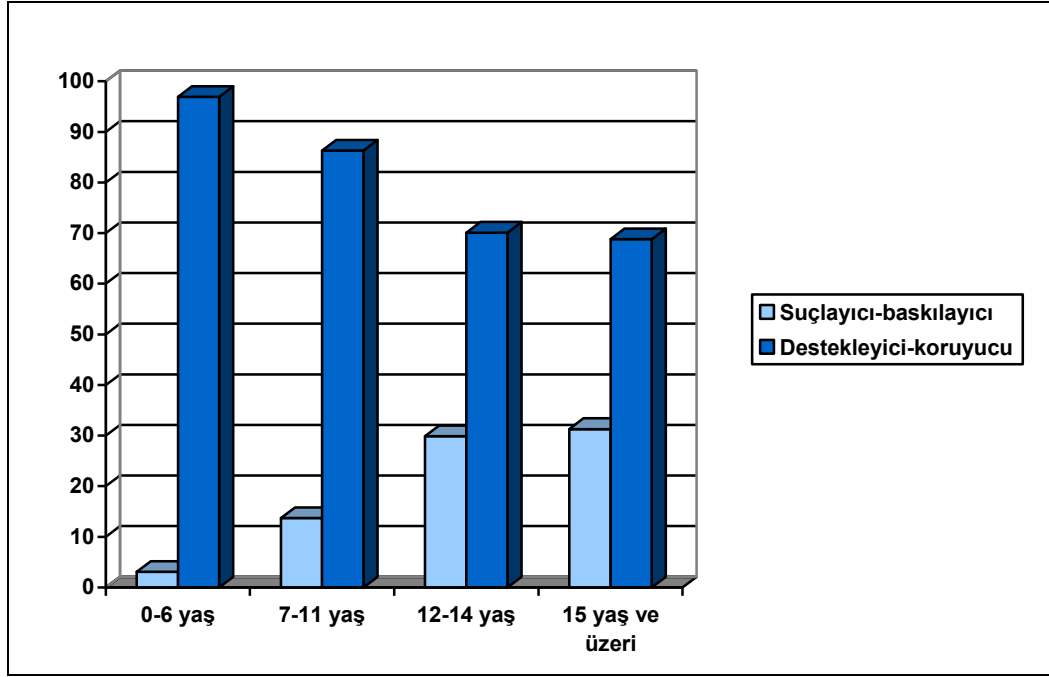
Cinsel istismar yaşı ile ailenin istismara ve çocuğa yaklaşımı karşılaştırıldığında ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup (p: 0,0001) Tablo 22 ve Şekil 17 ve 18’de sunulmaktadır.

Tablo 22. Yaş ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki

		Cinsel istismar yaşı					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	
Ailenin İstismara yaklaşımı	Gizleme	1 1,6	9 5,9	26 19,0	17 13,5	53 11,0	0,0001
	Yardım arama	63 98,4	144 94,1	111 81,0	109 86,5	427 89,0	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	126 100,0	480 100,0	
Ailenin Çocuğa yaklaşımı	Suçlayıcı- baskılayıcı	2 3,1	21 13,7	41 29,9	40 31,3	104 21,6	0,0001
	Destekleyici- koruyucu	62 96,9	132 86,3	96 70,1	88 68,8	378 78,4	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	128 100,0	482 100,0	



Şekil 17. Yaş ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki



Şekil 18. Yaş ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki

Cinsel istismara uğrayan olguların yaş ortalaması ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki karşılaştırıldığında ailenin destekleyici-koruyucu davrandığı olguların yaş ortalaması $11,08 \pm 3,8$ iken suçlayıcı-baskılayıcı davrandığı olguların ise $13,04 \pm 2,8$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p: 0,0001$).

4.4.8. Yaş ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki

Yaş gruplarına göre istismarın çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkileri incelendiğinde yaş grupları ile PTSS arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değil iken ASB için anlamlı olup Tablo 23’de gösterilmektedir.

Tablo 23. Yaş ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri

		Cinsel istismar yaş grubu					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	
PTSB	Yok	52 81,3	100 65,4	102 74,5	89 69,0	343 71,0	0,083
	Var	12 18,7	53 34,6	35 25,5	40 31,0	140 29,0	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	
ASB	Yok	42 65,6	118 77,2	120 87,6	105 81,4	385 79,7	0,003
	Var	22 34,4	35 22,9	17 12,4	24 18,6	98 20,3	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	

4.4.9. Yaş ile Heyette Alınan Kararlar Arasındaki İlişki

Cinsel istismar yaşı ile mağdurun kendini koruyup koruyamaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup Tablo 24’de özetlenmektedir.

Tablo 24. Yaş ile Mağdurun Kendini Koruyup Koruyamaması Arasındaki İlişki

		Cinsel istismar yaş grubu					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	
Mağdur	Kendini koruyamaz	60 100,0	120 86,3	70 53,4	41 32,3	291 63,7	0,0001
	Kendini koruyabilir	- -	19 13,7	61 46,6	86 67,7	166 36,3	
	Toplam	60 100,0	139 100,0	131 100,0	127 100,0	457 100,0	

* Bu yaş grubu kendini koruyabilme açısından değerlendirilemez.

4.4.10. Yaş ile Takibe Gelip Gelmemesi Arasındaki İlişki

Cinsel istismar yaşı ile takibe gelip gelmemesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmayıp Tablo 25’de sunulmaktadır.

Tablo 25. Yaş ile Mağdurun Takibe Gelip Gelmemesi Arasındaki İlişki

		Cinsel istismar yaşı					p
		0-6	7-11	12-14	15 yaş ve üzeri	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	
Takibe gelme	Gelmedi	39 60,9	71 46,4	57 41,6	47 36,4	214 44,3	0,061
	Geldi	20 31,2	64 41,8	58 42,3	63 48,8	19 29,7	
	Önerilmedi	5 7,8	18 11,7	22 16,0	19 14,7	64 13,3	
	Toplam	64 100,0	153 100,0	137 100,0	129 100,0	483 100,0	

İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile ilaç tedavisi arasındaki ilişki incelendiğinde bir olgu hakkında bu konu ile ilgili bilgi olmayıp ilaç tedavisi 0-6 yaş grubundaki 64 olgunun 13'üne (% 20,3), 7-11 yaş grubundaki 153 olgunun 56'sına (% 36,6), 12-14 yaş grubunda 137 olgunun 57'sine (% 41,6), 15 yaş ve üzerinde ise 129 olgunun 59'una (% 45,7) önerildi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,006).

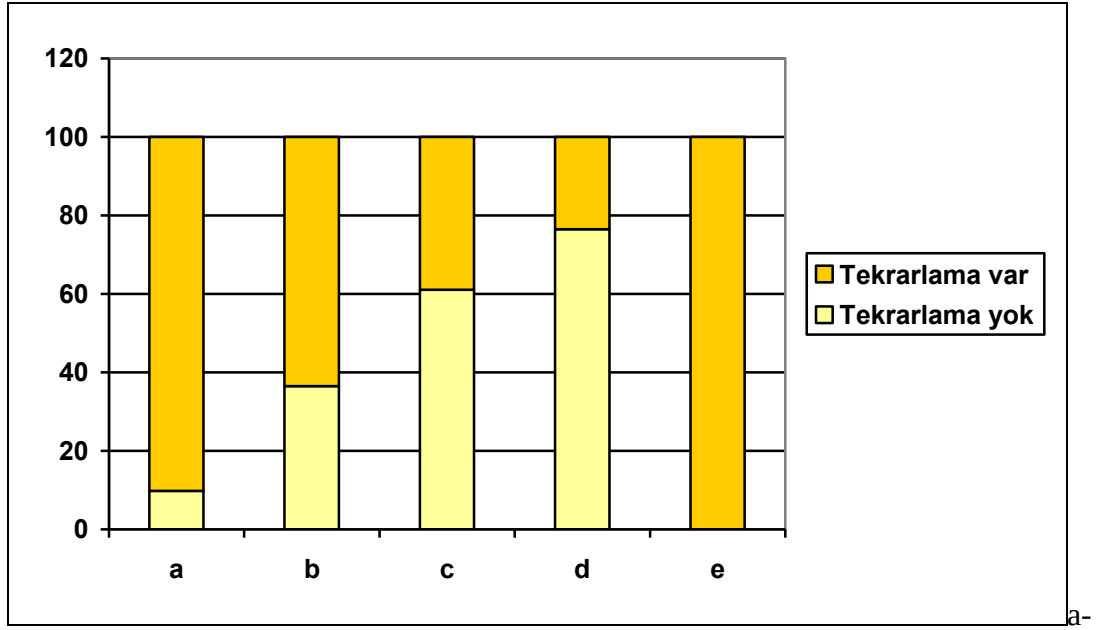
4.5. İstismarcı Yakınlığı ile Diğer Bulguların Karşılaştırılması

4.5.1. İstismarcı Yakınlığı ile İstismarın Tekrarlaması Arasındaki İlişki

İstismarcı yakınlığı ile istismarın tekrarlama arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup Tablo 26 ve Şekil 19'da gösterilmektedir.

Tablo 26. İstismarın Tekrarlaması ile İstismarcı Yakınlığı Arasındaki İlişki

		İstismarcı yakınlığı						p
		1.derece akraba	Akraba-üvey baba	Tanıdık	Yabancı kimse	Nikahsız eş	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Cinsel istismarın tekrarlama	Yok	4 9,8	19 36,5	160 61,1	75 76,5	0 0,0	258 53,6	0,0001
	Var	37 90,2	33 63,5	102 38,9	23 23,5	28 100,0	223 46,4	
	Toplam	41 100,0	52 100,0	262 100,0	98 100,0	28 100,0	481 100,0	



1.derece akraba b-Akraba-üvey baba c-Tanıdık d-Yabancı kimse e-Nikahsız eş

Şekil 19. İstismarın tekrarlaması ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki

4.5.2. İstismarcı Yakınlığı ile Aile Durumu Arasındaki İlişki

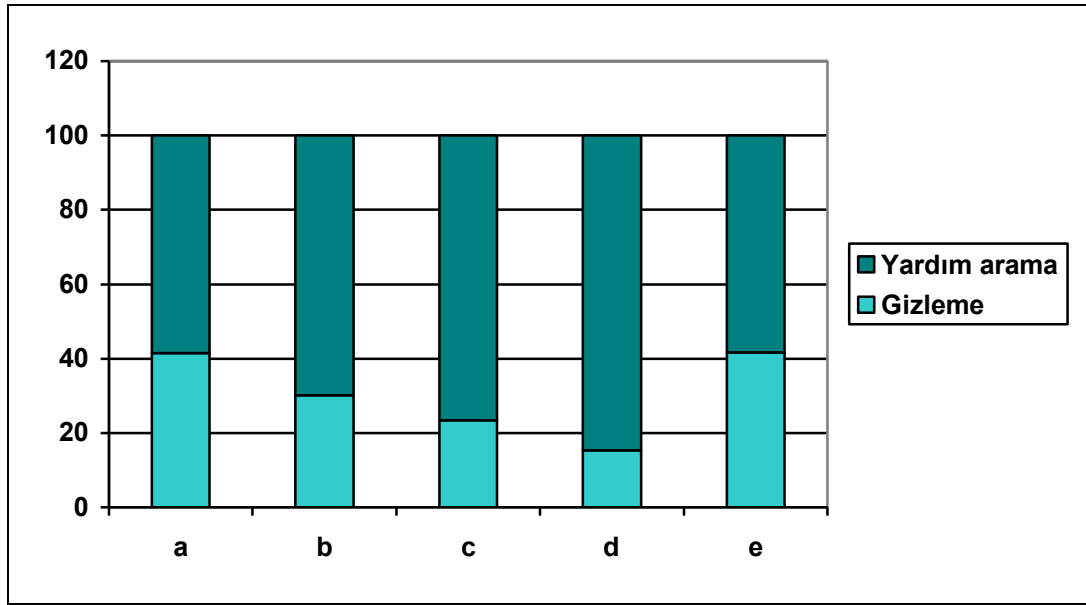
İstismarcı yakınlığı ile aile durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunup Tablo 27’de özetlenmektedir.

Tablo 27. İstismarcı Yakınlığı ile Aile Durumu Arasındaki İlişki

		İstismarcı yakınlığı						p
		1.derece akraba	Akraba-üvey baba	Tanıdık	Yabancı kimse	Nikahsız eş	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Aile durumu	Anne-baba birlikte	24 58,5	35 66,0	227 86,6	78 79,6	23 82,1	387 80,3	0,0001
	Boşanmış-parçalanmış	17 41,5	18 34,0	35 13,4	20 20,4	5 17,9	95 19,7	
	Toplam	41 100,0	53 100,0	262 100,0	98 100,0	28 100,0	482 100,0	

4.5.3. İstismarcı Yakınlığı ile Mağdurun Davranış Şekli Arasındaki İlişki

Mağdurun davranış şekli incelendiğinde 484 olgunun 19'u hakkında bilgi yok iken 1.derece akraba tarafından istismar edilen 41 olgunun 17'si (% 41,5) gizleme, 24'ü (% 58,5) yardım arama, akraba-üvey baba tarafından istismar edilen 53 olgunun 16'sı (% 30,2) gizleme, 37'si (% 69,8) yardım arama, tanıdık tarafından istismar edilen 261 olgunun 61'i (% 23,4) gizleme, 200'ü (% 76,6) yardım arama, yabancı kimse tarafından istismar edilen 98 olgunun 15'i (% 15,3) gizleme, 83'ü (% 84,7) yardım arama, nikahsız eş tarafından istismara edilenlerin ise 5'i (% 41,7) gizleme, 7'si (% 58,3) yardım arama şeklinde olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,008, Şekil 20).



a-1.derece akraba b-Akraba-üvey baba c-Tanıdık d-Yabancı kimse e-Nikahsız eş

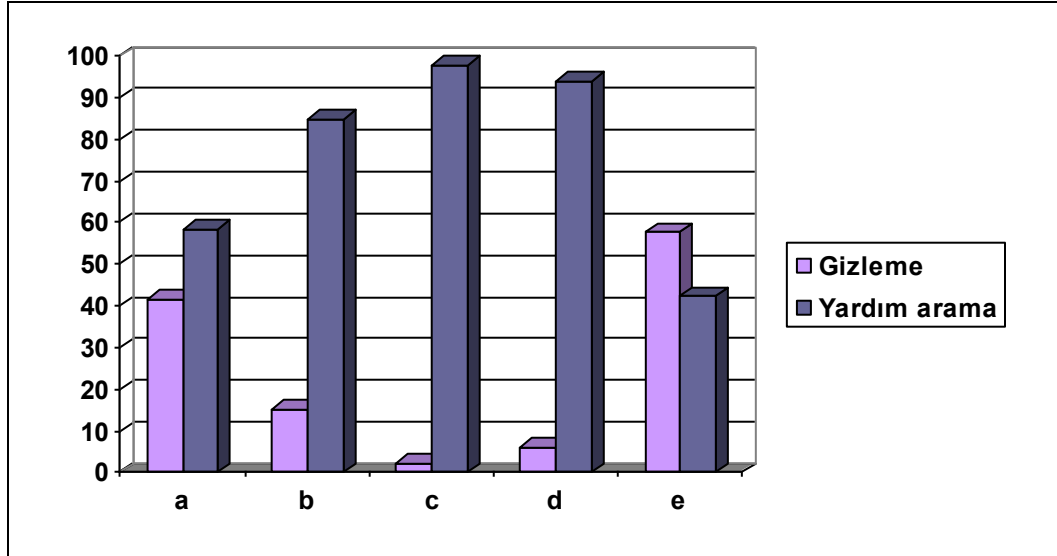
Şekil 20. İstismarcı yakınlığı ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki

4.5.4. İstismarcı Yakınlığı ile Ailenin Yaklaşımı Arasındaki İlişki

İstismarcı yakınlığı ile ailenin istismara ve çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup Tablo 28 ve Şekil 21-22'de gösterilmektedir.

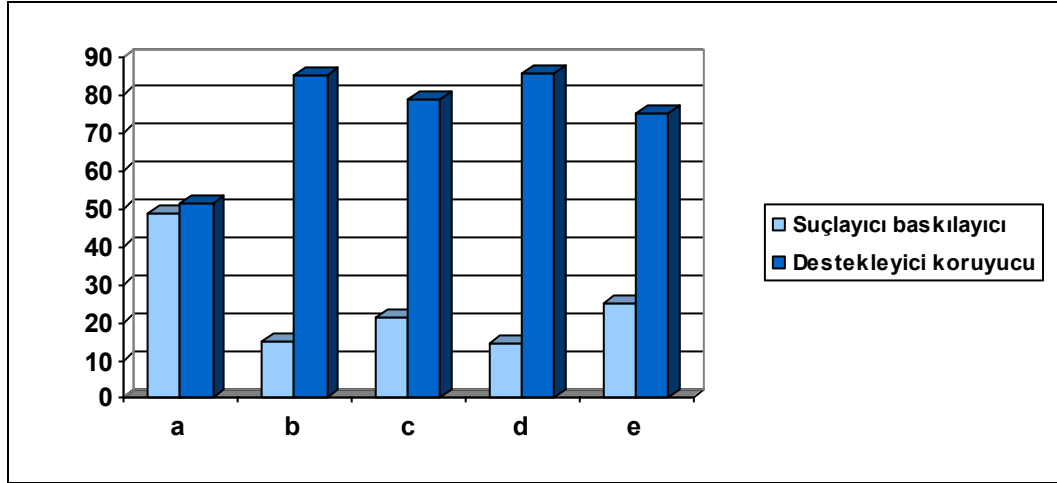
Tablo 28. İstismarcı Yakınlığı ile Ailenin İstismara ve Çocuğa Yaklaşımı Arasındaki İlişki

		İstismarcı yakınlığı						p
		1.derece akraba	Akraba-üvey baba	Tanıdık	Yabancı kimse	Nikahsız eş	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Ailenin istismara yaklaşımı	Gizleme	17 41,5	8 15,1	6 2,3	6 6,1	15 57,7	52 10,9	0,008
	Yardım isteme	24 58,5	45 84,9	255 97,7	92 93,9	11 42,3	427 89,1	
	Toplam	41 100,0	53 100,0	261 100,0	98 100,0	26 100,0	479 100,0	
Ailenin çocuğa yaklaşımı	Suçlayıcı-baskılayıcı	20 48,8	8 15,1	55 21,1	14 14,3	7 25,0	104 21,6	0,0001
	Destekleyici-koruyucu	21 51,2	45 84,9	206 78,9	84 85,7	21 75,0	377 78,4	
	Toplam	41 100,0	53 100,0	261 100,0	98 100,0	28 100,0	481 100,0	



a-1.derece akraba b-Akraba-üvey baba c-Tanıdık d-Yabancı kimse e-Nikahsız eş

Şekil 21. İstismarcı yakınlığı ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki



a-1.derece akraba b-Akraba-üvey baba c-Tanıdık d-Yabancı kimse e-Nikahsız eş

Şekil 22. İstismarcı yakınlığı ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki

4.5.5. İstismarcı Yakınlığı ile Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri Arasındaki İlişki

İstismarcı yakınlığı ile çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkileri karşılaştırıldığında 1. derece akraba tarafından istismar edilen olgularda PTSD varlığı daha fazla iken bu oran diğer yaş gruplarında PTSD yokluğu lehine olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 29).

Tablo 29. İstismarcı Yakınlığı ile İstismarın Çocuk Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri

		İstismarcı yakınlığı						p
		1.derece akraba	Akraba-üvey baba	Tanıdık	Yabancı kimse	Nikahsız eş	Toplam	
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	
PTSB	Yok	18 43,9	30 56,6	191 72,9	83 84,7	21 75,0	343 71,2	0,0001
	Var	23 56,1	23 43,4	71 27,1	15 15,3	7 25,0	139 28,8	
	Toplam	41 100,0	53 100,0	262 100,0	98 100,0	28 100,0	482 100,0	
ASB	Yok	37 90,2	44 83,0	205 78,2	71 72,4	27 96,4	384 79,7	0,021
	Var	4 9,8	9 17,0	57 21,8	27 27,6	1 3,6	98 20,3	
	Toplam	41 100,0	53 100,0	262 100,0	98 100,0	28 100,0	482 100,0	

5. TARTIŞMA

Çocuk istismarı ve ihmali karmaşık nedenleri ve oldukça trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda çocuk istismarı ile ilgili bilgilere rastlanmakla birlikte insanlığın asıl olarak konuyu ele alışı ve gerçek bir sorun olarak algılaması ne yazık ki ancak 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır.

İstismar ve ihmal sık görülen ve önemli bir sağlık sorunu olmasına karşın, tanısında ve ilgili uzmanlık dallarıyla işbirliğinde; kanıtların yetersiz olması, yanlış değerlendirme yapılması, kültürel ve geleneksel değerlerin sosyal baskı oluşturması nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır. Bunun sonucunda, istismar ve ihmalin çocuklar üzerinde yarattığı, ciddi sağlık sorunlarına neden olabilecek olumsuz durumlar gözlenmektedir.

Gerek kayıtların yetersizliği gerekse de akademik olarak istismar ve ihmal ile ilgili çalışmaların yeterli yapılmamış olması nedeniyle ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler daha öncesinde mevcut değil iken son zamanlarda adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının öncülüğünde ve koordinasyonunda yürütülen çalışmalar ile durum kısmen toparlanma sürecine girmiştir.

Çalışmamız Şubat 2006-Ağustos 2009 yılları arasında Ç.Ü.T.F. Adli Olguları Değerlendirme Heyetine başvuran istismara uğramış 3-18 yaş aralığındaki 484 olgu ile yapılmıştır.

Başvuruda bulunan olguların 341'i (% 70,5) kız, 143'ü (% 29,5) erkek idi.

Şahin ve ark.⁹³ cinsel istismara uğrayan 64 çocuğun 38'inin (% 59,3) kız, 26'sının (% 40,7) erkek olduğunu bildirmişlerdir. Çengel ve ark.'nın⁹⁴ cinsel istismara uğrayan çocuklarda yaptıkları çalışmada 42 olgunun 25'ini (% 59,5) kız, 17'sini (% 40,5) erkek olarak bulmuşlardır. Priebe ve ark.⁹⁵ 2007 yılında yaptıkları çalışmada, hayatının herhangi bir döneminde cinsel istismara uğramış 1962 lise öğrencisinin 1505'inin (% 76,7) kız, 457'sinin (% 23,3) erkek olduğunu bildirmişlerdir. Pereda ve ark.'nın⁹⁶ 21 ülkedeki 38 makale ile yaptıkları meta-analizde iki çalışma dışında tüm çocukluk yaş gurupları için kızların erkeklere oranla 1,5-5,5 kat daha fazla cinsel istismara uğradıkları bildirilmiş olup iki çalışmada ise oranlar birbirine yakın bulunmuştur.

Cinsiyet ile cinsel istismara uğrama yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde; kızların % 33,7'si 15 yaş ve üzerinde, % 32,3'ü 12-14, % 25,2'si 7-11, % 8,8'i 0-6 yaş aralığında, erkeklerin ise % 47,2'si 7-11, % 23,9'u 0-6, % 19,0'i 12-14, % 9,9'u 15 yaş ve üzerinde istismar edildikleri saptandı. Türkiye'de Çengel ve ark.⁹⁴ cinsel istismara uğrayan 42 olguluk araştırmasında erkeklerin en sık okul döneminde (7-11 yaş % 39,1), kızların ise adolesan dönemde (12 ve üzeri % 62,5) cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. Carlstedt ve ark.⁹⁷ ise erkekler ve kızlar için 6-11 yaşı (% 18, % 77) en sık istismara uğrama yaş aralığı olarak belirtmişlerdir. Amerika Adalet Bakanlığı'nın verilerine göre ise erkekler için en sık cinsel istismara uğrama yaşı 4 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda erkek çocukların en sık 7-11, kızların ise 15 yaş ve üzeri yaş grubunda istismara uğradığı tespit edilmiş olup bu bulgular ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu iken yurt dışı çalışmalarda kızların istismara uğrama yaş aralığı daha küçüktür.

Çalışmamızda olguların yıllara göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde; heyetimize başvuru sayısı kızlar için her yıl artış göstermekte olup bu oran erkekler için ise her geçen yıl rölatif olarak azalmıştır. Bunun sebebi; 2005 yılında yapılan beden muayenesi, genetik incelemeler ve fizik kimliğin tespiti hakkındaki yasal düzenlemenin değişmesi ve her geçen yıl kız mağdurların aileleri tarafından bildiriminin artması ile açıklanabilir.

Olguların mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde; istismarın ilkbahar da (% 33,1) diğer mevsimlere göre daha fazla görüldüğü tespit edilmiş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Tellez ve ark.'nın⁹⁸ 11844 olguluk çalışmasında cinsel istismarın, en fazla kasım ayı olmak üzere en sık ekim, kasım ve aralık aylarında olduğu tespit edilmiş olup bizim çalışmamız ile benzerlik göstermemektedir. Cinsel istismar frekansı ile mevsimsel farklılığın nedeni, bipolar bozukluklar gibi döngüsel ruhsal bozuklukların ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde pik yapması ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızdaki olguların annelerinin % 7,6'sının, babalarının ise % 91,7'sinin işi var idi. Anne ve babada ruhsal hastalık varlığı incelendiğinde annelerinin ve babalarının % 2,3'ünde ruhsal hastalık tespit edilmiş olup babalarının % 3,7'sinde madde bağımlılığı var idi.

Çalışmamızdaki olguların aile durumu ve yapısı incelendiğinde 388 olgunun (% 80,2) anne babası birlikte, 96'sının (% 19,8) ise boşanmış-parçalanmış olup 341'inin (% 70,5) çekirdek ailesi var idi.

Literatürde yapılan çalışmalarda cinsel istismar için bir takım risk faktörlerinden bahsedilmektedir. Ailenin sosyoekonomik durumu, çocuğun cinsiyeti ve yaşı, aile yapısı, ailede ruhsal hastalık varlığı, annenin çocuğu doğurduğu yaş, anne veya babada madde bağımlılığı varlığı, anne ve babanın eğitim düzeyi, istismara uğrayan kişide dikkat eksikliği veya zeka geriliği bulunması üzerine en çok çalışma yapılan ana başlıklardır. Çengel ve ark'nın⁹⁴ yaptığı çalışmada istismara uğrayan çocukların % 71,7'sinin ailesinin çekirdek aile olduğu, % 88,3'ünün babasının çalıştığı, % 54'ünün ise annesinin ev hanımı olduğu bildirilmiştir. 2009 yılında Priebe ve ark.⁹⁹ cinsel istismara uğrayan çocukların % 58,3'nün aileleri ile beraber yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızdaki olguların % 54,4'ü tanıdık, % 20,3'ü yabancı kimse, % 11,0'ı akraba- üvey baba, % 8,5'i 1.derece akraba,% 5,8'i ise nikahsız eş tarafından istismar edilmiş idi.

Şahin ve ark.⁹³ 64 olguda istismarcıların 22'sinin (% 34,3) aile içi, 42'sinin (% 65,7) ise aile dışı olduğunu belirtmiş olup toplamda 24 olgu (% 37,5) ile istismarcının en sık tanıdık olduğu bildirilmiştir. Çengel ve ark.⁹⁴ ise tüm istismar şekilleri için (cinsel, fiziksel, duygusal) istismarcının % 66,6 aile dışı, % 33,3 ise aile içi olduğunu bildirmişlerdir. Mağdur ile istismarcı yakınlığı üzerine yapılan araştırmalarda genel olarak istismarcı aile içinden ve aile dışından olarak ayrılmıştır. Magalhaes ve ark'nın¹⁰⁰ 1054 olgudan oluşan çalışmasında istismarcılardan 424'ünün (% 40,2) aile içi 630'unun (% 59,8) ise aile dışından olduğu belirtilmiştir. Aile içi olanların 195'i (% 46,0) akraba (1. derece olmayan), 190'ı (% 44,8) baba ve 39'u (% 9,2) da üvey baba olarak bulunmuştur. Aile dışı olanların 428'i (% 67,9) tanıdık, 202'si (% 32,1) ise yabancı kimsedir. Carlstedt ve ark'nın⁹⁷ yaptıkları 162 olgudan oluşan çalışmada istismarcılardan 45'inin (% 27,7) tanıdık, 41'inin (% 25,3) yabancı ve 38'inin (% 23,4) baba olduğunu göstermişlerdir. Bizim çalışmamızdaki bu bulgular da literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki cins için de istismarın en sık tanıdık tarafından (K: % 50,4 E: % 63,6) yapıldığı

tespit edilmiş olup kızların 1. derece akraba (K: % 10,6; E: % 3,5) ve akraba-üvey baba 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 saptanmıştır. Cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde Magalhaes ve ark.¹⁰⁰ 1054 olguluk çalışmasında 860 kız çocuğundan 357'si (% 41,5) aile içi, 503'ü (% 58,4) aile dışı, 194 erkek çocuğundan ise 67'si (% 34,5) aile içi, 127'si (% 65,5) aile dışı istismarcı tarafından istismar edilmiş olup kızlar erkeklere göre daha çok aile içi, erkekler ise daha çok aile dışı istismara uğramıştır. Ullman ve ark.'nın¹⁰¹ yaptığı çalışmada yabancı tarafından kızların % 11,5, erkeklerin % 4,8, tanıdık tarafından kızların % 49,2, erkeklerin % 52,4, 1. derece akraba veya akraba tarafından ise kızların % 39,3, erkeklerin % 52,4 oranında istismara uğradığı belirtilmiştir. Hem literatürde hem de bizim çalışmamızda her iki cinsin de en sık tanıdık tarafından istismar edildiği saptanmış olup cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki bizim çalışmamız ile literatür arasında farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel istismar şekli 484 olgunun 56'sında (% 11,6) sürtünme, 120'sinde (% 24,8) genital penetrasyon, 92'sinde (% 19,0) anal penetrasyon, 8'inde (% 1,7) oral penetrasyon, 4'ünde (% 0,8) sözlü istismar, 11'inde (% 2,3) öpme, 55'inde (% 11,4) dokunma şeklinde idi. Geri kalan olguların 130'unda (% 28,4) bu istismar şekilleri birliktelik göstermekte idi. Cinsel istismar şekli ile ilgili çok az sayıda araştırma mevcut olup Oral ve ark.'nın¹⁰² yaptığı çalışmada 50 olgunun 13'ü (% 26) cinsel istismara uğramış olup bunlardan 8'i (% 61,5) vajinal penetrasyon, 2'si (% 15,3) anal penetrasyon ve 3'ü de (% 23,0) dokunma şeklinde olduğu bildirilmiştir.

Cinsel istismar şekli ve penetrasyon varlığı incelendiğinde; Shaw ve ark.'nın¹⁰³ yaptığı 51 olguluk çalışmada istismarın % 70'i dokunma, % 45'i genital sürtünme, % 16'sı vajinal penetrasyon, % 38'i oral/genital temas, % 23'ü anal sürtünme, % 17'si anal penetrasyon ve % 12'si obje penetrasyonu şeklinde bildirilmiştir. Magalhaes ve ark.'nın¹⁰⁰ yaptığı çalışmada 1054 olgunun 341'inde (% 32,3) dokunma, 189'unda (% 17,9) vajinal penetrasyon, 71'inde (% 6,7) anal penetrasyon, 75'inde (% 7,1) vajinal ve anal penetrasyon birlikte, 152'sinde (% 14,4) sürtünme, 17'sinde (% 1,6) gösterimcilik saptanmış idi. Edgard ve ark.¹⁰⁴ cinsel istismara uğrayan 77 olgu ile yaptığı çalışmada 59'unda (% 76,6) genital penetrasyon mevcut olup bunun 15'ini (% 25,4) anal

penetrasyon oluşturmakta idi. Cohen ve ark.¹⁰⁵ 203 olguluk bir çalışmada istismar şekli olarak en sık 76 olgu (% 37,4) ile genital penetrasyonu göstermişlerdir.

Literatürde bazı araştırmalarda dokunmanın en sık görülen istismar şekli olup ülkemizdeki çalışmalarda saptanan bu farklılığın sosyokültürel nedenlerden dolayı dokunmanın bildirim olarak oldukça düşük seviyelerde bulunması ile açıklanabilir. Ancak literatürdeki çalışmaların çoğunda olduğu gibi bizde de bildirilen vakalar arasında en sık istismar şekli genital penetrasyondur.

Cinsiyet ile istismar şekli karşılaştırıldığında öpme-dokunma; istismara uğrayan kızların 119'unda (% 34,9), erkeklerin 20'sinde (% 14,0), sürtünme ise kızların 69'unda (% 20,2), erkeklerin 43'ünde (% 30,1) var idi. Dube ve ark.¹⁰⁶ yaptığı çalışmada istismar şekli olarak 9367 kız mağdurun % 22,5'sinin dokunma, % 8,6'sının sürtünme, % 5,6'sının penetrasyon, 7970 erkek mağdurdan ise % 13,2'sinin dokunma, % 7,3'ünün sürtünme, % 6,7'sinin penetrasyon şeklinde istismar edildiği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda öpme-dokunma kızlarda, sürtünme ise erkeklerde daha fazla olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Literatürde ise hem sürtünme hem de öpme-dokunmanın kızlarda erkekler göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; istismara uğrayan 143 erkek çocuğun 84'ünde (% 58,7), 341 kız çocuğun ise 197'sinde (% 57,8) penetrasyon var idi. Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Priebe ve ark.'nın⁹⁵ yaptığı 1962 olguluk çalışmada kızlarda ve erkeklerde penetrasyon varlığı arasında (K: % 11,7; E: % 10,9) belirgin fark saptanmamış olup bizim çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki olguların 224'ünde (% 46,4) cinsel istismarın tekrarladığı görülmüş idi. Cinsiyet ile istismarın tekrar edilmesi arasındaki ilişki incelendiğinde; tekrarlama kızların 187'sinde (% 55,0), erkeklerin ise 37'sinde (% 25,9) görülmekte idi. Cinsel istismarın tekrarlama üzerine yapılan literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde; ülkemizde bu oran Çengel ve ark.⁹⁴ tarafından 51 olgunun 26'sında (% 50,9) bildirilmiştir. Priebe ve ark.⁹⁵ 1962 olgunun 1369'unda (% 69,8), Shaw ve ark.¹⁰³ 51 olgunun 33'ünde (% 64,8), Edgard ve ark.¹⁰⁴ 77 olgunun 69'unda (% 89,6) istismarın tekrarladığını göstermişlerdir. Bu ilişki bizim çalışmamızda literatüre göre düşük oranda bulunmuştur. Priebe ve ark.'nın⁹⁹ yaptığı 1962 olguluk çalışmada

kızların % 62,9, erkeklerin % 47,7'sinde istismarın tekrarladığı saptanmış olup her iki çalışmada ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

Olguların 143'ünde (% 29,5) genital muayene bulgusu, 27'sinde (% 5,6) gebelik tespit edilmiş idi. Muayene bulgusu ve gebelik açısından değerlendirildiğinde literatürde Magalhaes ve ark.¹⁰⁰ 1054 olgunun 306'sında (% 29,0), Sapp ve ark.¹⁰⁷ 28 olgunun 6'sında (% 21,4) muayene bulgusunu pozitif olarak bildirmiş olup bizim çalışmamızda da bu oranlar literatür ile uyumlu idi. Gebelik açısından değerlendirildiğinde Sapp ve ark.'nın¹⁰⁷ yaptığı çalışmada 28 olgunun 2'sinde (% 7,1), bizim çalışmamızda ise 484 olgunun 27'sinde (% 5,6) gebelik bulgusu mevcut olup oranlar birbiri ile uyumludur.

Cinsiyet ile genital muayene bulgusu arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmamızda erkeklerin 15'inde (% 10,5) genital muayene bulgusu var iken kızların 128'inde (% 37,5) var idi. Edinburg ve ark.'nın¹⁰⁸ yapmış olduğu 290 olguluk çalışmada kızların % 27,4'ünde, erkeklerin ise % 1,6'sında genital muayene bulgusunun pozitif olduğu bildirilmiştir. Genital muayene bulgusunun kızlarda erkeklere göre daha fazla saptandığı literatür ile uyumludur.

İstismara uğrayan 484 vakanın 63'üne (% 13,0) alıkoyma, 199'una (% 41,1) zor kullanma, 138'ine (% 28,5) tehdit etme eşlik etmekte olup bazı durumlar birliktelik göstermekte idi. Magalhaes ve ark.¹⁰⁰ 1054 olgunun 326'sında (% 30,9) zor kullanma, 255'inde (% 24,1) tehdit etme, 99'unda (% 9,3) kandırma ve 93'ünde (% 8,8) mağdurun rızasının olmasını eşlik eden durum olarak bildirmişlerdir. Cohen ve ark.¹⁰⁵ ise 203 olgunun 74'ünde (% 36,5) zor kullanma, 48'inde (% 23,6) tehdit etme, 22'sinde (% 10,8) kandırma, 8'inde (% 3,9) fuhuş olarak belirtmişlerdir. Shaw ve ark.¹⁰³ da % 46 ile tehdit etme ve % 43 ile zor kullanmayı, istismara en sık eşlik eden durum olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu idi.

Çalışmamızda cinsiyet ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki incelendiğinde; kızlarda ve erkeklerde zor kullanma, alıkoyma ve tehdite göre daha fazladır. Priebe ve ark.'nın⁹⁹ yaptığı çalışmada kız mağdurların % 18,6'sının alıkoyulma, % 2,8'inin zor kullanılma, % 1,7'sinin ise tehdit edilme, erkeklerin ise % 8,0'ının alıkoyulma, % 0,2'sinin zor kullanılma ve % 1'inin de tehdit edilme şekline olduğu bildirilmiş olup kızlarla erkekler arasındaki fark için sadece alıkoyulma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da kızlarda alıkoyulma %

15,2 iken, erkeklerde % 7,7 olup literatür ile uyumludur; istatistiksel olarak anlamlıdır. Zor kullanılma ve tehdit edilme arasında da kızlarla erkekler arasında fark mevcuttur ancak istatistiksel değeri yoktur.

İstismar edilmiş 17 olguda mağdurun davranış şekli bilinmemekle birlikte geriye kalan 467 olgunun 115'inde (% 23,8) istismarı gizleme, 352'sinde (% 72,7) yardım arama görüldü. Priebe ve ark.⁹⁵ 1962 cinsel istismar olgusunun 1493'ünde davranış şekli ile ilgili bilgi vermiş olup 308'inde (% 20,6) gizleme, 1185'inde (% 79,3) yardım arama şeklinde olduğunu belirtmişlerdir.

Cinsiyet ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde; kızlarda ve erkeklerde yardım isteme (K: % 69,4; E: % 88,1) gizlemeye göre (K: % 30,2; E: % 11,9) daha fazla olup gizleme oranı kızlar için erkeklere göre daha fazladır ve her iki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır. Priebe ve ark.⁹⁵ 1962 cinsel istismar olgusunun 1244 kız çocuğundan 231'inin (% 18,6), 249 erkek çocuğundan ise 77'sinin (% 30,9) istismarı gizlediğini göstermiştir. Edinburgh ve ark.¹⁰⁸ 290 olgudan 226 kız çocuğu için 25'inin (% 11,0), 64 erkek çocuğu için ise 11'inin (% 17,8) gizleme yolunu seçtiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmamıştır. Ülkemizde erkek çocukların kızlara göre daha sık yardım arama yoluna başvurduğu gösterilmiştir. Literatür ile olan uyumsuzluk sosyokültürel açıdan ülkemizdeki erkek çocuk korumacılığının farklılığına bağlanabilir.

İstismarın sosyal sonuçlarından; eğitimin aksaması 163 (% 33,7), aileden ayrılma 85 (% 17,6), çevre baskısı ise 161 (% 33,3) olguda tespit edildi.

Cinsiyet ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitimin aksaması (K: % 40,2; E: % 18,2), aileden ayrılma (K: % 24,6; E: % 0,7) ve çevre baskısı (K: % 39,0; E: % 19,6) kızlarda erkeklere göre daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak literatürde benzer ayırım yapan çalışma olmayıp Ullman ve ark.'nın¹⁰⁹ yaptığı bir çalışmada sosyal sonuçların kızlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız da literatür ile uyumludur.

Ailenin istismara yaklaşımı, 484 olgunun 3'ünde bilinmemekte olup, 53'ünde (% 11,0) gizleme, 428'inde (% 88,4) yardım arama şeklindedir ve bu olguların da 29'u (% 6,7) tıbbi, 409'u (% 93,3) adli yardım aramıştır. Ailenin çocuğa yaklaşımı ile ilgili bilgi 1 vakada yok iken geriye kalan vakalarda ailelerin 104'ü (% 21,5) suçlayıcı-baskılayıcı, 379'u (% 78,3) ise destekleyici-koruyucudur.

Cinsiyet ile ailenin çocuğa ve istismara yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ailenin çocuğa yaklaşımı kızlarda ve erkeklerde en sık destekleyici - koruyucu (K: % 72,1; E: % 93,7), istismara yaklaşımında ise en sık yardım arama (K: % 84,9; E: % 98,6) şeklinde olmuştur. Ailenin, kızlardaki suçlayıcı baskılayıcı (% 27,9) ve istismarı gizleme (% 15,1) şeklindeki yaklaşımı erkeklerdekine göre daha fazla olup tanımlanan ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu davranış biçimi ülkemizde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sonucudur. Ancak literatür tarandığında ailenin çocuğa ve istismara yaklaşımı ile cinsiyet arasındaki ilişki üzerine yapılmış çalışma bulunamamıştır.

Cinsiyet ile istismarın çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde; PTSS kızlarda % 31,7, erkeklerde % 22,4 ve ASB kızlarda % 16,1, erkeklerde % 30,1 oranında saptanmış olmakla birlikte kızlarda daha çok PTSS, erkeklerde ise ASB şeklindedir ve ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır. Ullman ve ark.'nın¹⁰⁹ yaptığı çalışmada kızlarda gizleme erkeklere göre daha fazla olduğu için PTSS ASB'ye göre kızlarda daha fazla görülmektedir ve bu nedenle de kızlarda takibe gelme oranı erkeklere göre fazladır (K: % 43,7; E: % 39,2).

Cinsiyet ile mağdurun kendini koruyabilirliği karşılaştırıldığında; erkek çocukların 22'si (% 16,4), kız çocukların 144'ü (% 44,4) kendini koruyabilir şeklinde değerlendirilmiş olup bu ilişki erkek çocukların daha küçük yaşta istismar edilmesi ile açıklanabilir ve literatürde benzer çalışma bulunamamıştır.

Cinsel istismar ve ihmale yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ağırlıklı olarak olgular yaş gruplarına göre ayrılmış olup bizim çalışmamızda da 0-6, 7-11, 12-14 ve 15 yaş üzeri olmak üzere sınıflandırma yapılmıştır

Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde; olguların 64'ü (% 13,2) 0-6, 153'ü (% 31,7) 7-11, 137'si (% 28,4) 12-14 yaş aralığında olup 129'u (% 26,7) 15 yaş ve üzerinde idi. Kızların en çok istismara uğradığı yaş aralığı 115 (% 33,7) olgu ile 15 yaş ve üzeri iken erkeklerde ise 67 (% 47,2) olgu ile 7-11 yaş aralığında idi. Şahin ve ark.⁹³ cinsel istismara uğrayan 64 çocuğun yaş aralığı olarak en sık 26 olgu (% 40,6) ile 10-14 yaş, en az ise 6 olgu (% 9,3) ile 0-5 yaş aralığını saptamış olup bizim çalışmamız ile uyumludur. Bunting ve ark.¹¹⁰ cinsel istismara uğrayan 5126 çocuğu yaş gruplarına göre istismarın en sık % 70 ile 10 yaş ve üzeri, en az ise % 8 ile 0-4 yaş arasında olduğunu

bildirmişlerdir. Bu bulgular çalışmamızla karşılaştırıldığında istismarın en az görüldüğü yaş grubu için uyumludur.

Çalışmamızda istismara uğrayan olguların yaş ortalaması $12,09 \pm 3,82$ olup kızlar için $13,04 \pm 3,52$, erkekler için $9,85 \pm 3,58$ yıl idi. Çengel ve ark.⁹⁴ yaptıkları cinsel istismara uğrayan 42 olguluk çalışmada yaş ortalamasını 11,8 bulmuşlardır. Edinburg ve ark.'nın¹⁰⁸ yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması erkekler için 11,83, kızlar için 12,58 olarak bildirilmiştir ve bizim çalışmamız ile uyumludur.

2006-2009 yılları arasında başvuran olguların yaş ortalaması incelendiğinde; 2006 için $10,71 \pm 3,97$, 2007 için $11,7 \pm 3,97$, 2008 için $12,54 \pm 3,81$, 2009 için ise $13,0 \pm 3,18$ yıl idi. Yıllara göre yaş ortalamasındaki artış, istismara uğrayan kızların her geçen yıl bildiriminin artması ve kızların daha büyük yaşlarda istismara uğraması ile açıklanabilir.

Yaş ile istismarcı arasındaki ilişki incelendiğinde; istismar her yaş grubunda en fazla tanıdık tarafından gerçekleştirilmekte olup olguların yaş ortalaması incelendiğinde 1.derece akrabalar için $10,63 \pm 3,8$, akraba-üvey baba için $11,23 \pm 3,6$, tanıdık için $11,53 \pm 3,9$, yabancı kimse için $11,32 \pm 3,5$, nikahsız eş için ise $15,04 \pm 1,0$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Magalhaes ve ark.'nın¹⁰⁰ yapmış olduğu çalışmada aile içi istismara uğrayanların yaş ortalaması 9,43 iken aile dışı için 11,7 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da aile içi istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması daha küçüktür.

Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde; 0-6 ve 7-11 yaş grubunda tekrarlama varlığı (0-6 yaş: % 28,1 7-11 yaş: % 37,5) yokluğuna göre daha az iken, 12-14 ve 15 yaş üzerinde ise tekrarlama varlığı (12-14 % 56,2 15 yaş ve üzerinde % 55,0) yokluğuna göre daha fazla idi. İstismarın tekrarlandığı olguların yaş ortalaması $12,39 \pm 3,4$ iken tekrarlanmayanların ise $10,92 \pm 3,9$ idi. Literatürde bu ilişkiyi tanımlayan çalışma bulunamadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Tekrarlamanın yaş ile birlikte artış göstermesinin nedeninin, daha önce de bahsedildiği gibi büyük yaş gruplarında gizlemenin fazla olmasının istismarın tekrarlamasına zemin oluşturması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca istismarın tekrarlaması, 15 yaş ve üzerinde nikahsız eş tarafından istismar edilen olgular için doğal bir süreçtir.

Yaş ile genital muayene bulgusu arasındaki ilişki incelendiğinde; 0-6, 7-11, 12-14 yaş grubunda genital muayene bulgusu varlığı yokluğuna göre daha az iken 15 yaş

ve üzerinde ise varlığı (% 54,3) yokluğuna göre daha fazla olup bu konu ile ilgili literatür bilgisine ulaşamamıştır. 15 yaş ve üzerinde genital muayene bulgusunun daha fazla olması, bu yaş grubunda gerek tekrarlamanın gerekse de kızlarda gebelik varlığında adli bildirim zorunluluğunun olması ile açıklanabilir.

Yaş ile gebelik varlığı incelendiğinde; gebelik 15 yaş ve üzerinde % 14,7, 12-14 yaş grubunda ise % 5,8 oranında görülmüştür. Literatürde de Sapp ve ark.'nın¹⁰⁷ yaptığı çalışmada istismara uğrayan olgularda gebelik % 7,1 oranı ile en sık adölesan dönemde görülmüş olup gebelik oranı bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur.

Yaş ile istismara eşlik eden durum incelendiğinde; zor kullanmanın 15 yaş üzeri yaş grubundaki varlığı dışında tüm gruplarda varlığı yokluğuna göre daha az bulunmuştur. İstismara eşlik eden alıkoyma, zor kullanma ve tehdit edilme durumunun yaş ile görülme sıklığı artmış olup bu fark zor kullanma ve alıkoyma için istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen çalışma bulunamamıştır. Bu durum küçük yaş grubunda çocuklar istismarın anlamını bilmedikleri ve bu nedenle kandırılabilir oldukları için çoğunlukla istismarcının zor kullanma ve alıkoyma olasılığının azalması ile açıklanabilir.

Yaş ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde; yardım arama her yaş grubunda daha fazla görülmekte olup, gizleme oranı 12-14 yaş grubu için diğer yaş gruplarına göre (% 34,9) daha fazladır. Diğer bir açıdan değerlendirdiğimizde yardım arayanların yaş ortalaması $11,19 \pm 3,8$ iken gizleyenlerin yaş ortalaması $12,33 \pm 3,4$ idi. Yaş arttıkça gizleme oranı artmakta olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bunun nedeninin büyük yaş gruplarında çocuğun istismarın anlamını bilmesi, utanma duygusu ve damgalanma korkusunun bulunmasının sonucu olabileceği düşünülmektedir. Literatürde buna benzer bir çalışma bulunamamıştır.

Yaş ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitimin aksamaması, aileden ayrılma ve çevre baskısı varlığı yokluğuna göre tüm yaş gruplarında daha az olmakla birlikte sosyal sonuçların görülme oranı yaş arttıkça yükselmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaş arttıkça istismar kız çocuklarında daha fazla görülmekte olup tanımlanan sosyal sonuçlardaki yaş ile beraber artışın toplumda ve ailede kızlara olan toleransın daha az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde benzer çalışma bulunamamıştır.

Yaş ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; her yaş grubunda yardım arama gizlemeye göre daha fazla görülmekte olup gizleme en sık 12-14 yaş grubunda (% 19,0) görülmüştür. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu ilişki ile ilgili literatür bilgisi bulunamamıştır.

Yaş ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; her yaş grubunda destekleyici-korucu yaklaşımın suçlayıcı-baskılayıcı yaklaşıma göre daha fazla olduğu belirlenmiş olup 0-6 ve 7-11 yaş gruplarında diğer yaş gruplarına göre suçlayıcı baskılayıcı yaklaşım daha az görülmektedir. Diğer bir açıdan baktığımızda ailenin destekleyici-koruyucu davrandığı olguların yaş ortalaması $11,08 \pm 3,8$ iken suçlayıcı - baskılayıcı davrandığı olguların ise $13,04 \pm 2,8$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup Carlstedt ve ark.⁹⁷ 162 olguluk çalışmasında ailenin suçlayıcı yaklaşımının en fazla 12-15 yaş grubunda (% 17) olduğunu bildirmişlerdir ve bizim çalışmamız ile uyumludur.

Yaş gruplarına göre istismarın çocuk ruh sağlığına etkileri incelendiğinde; tüm yaş gruplarında PTSS ve ASB görülmesi görülmemesine göre daha düşük olmakla birlikte 0-6 yaş grubu için ASB (% 34,4), diğer yaş grupları için ise PTSS (7-11 yaş için % 34,6, 12-14 yaş için % 25,5, 15 yaş ve üzeri için % 31,0) daha fazla görülmektedir. Tanımlanan ilişki ASB için istatistiksel olarak anlamlı iken PTSS için değildir. PTSS için anlamlı istatistiksel ilişki bulunmamasına rağmen yaş artışı ile tekrarlamının artmasının, olayın kronikleşmesi ile PTSS olasılığının arttığı yorumu ile açıklanabilir. Literatürde tanımlanan ilişkileri inceleyen çalışma bulunamamıştır.

Cinsel istismar yaşı ile mağdurun kendini koruyup koruyamaması arasındaki ilişki incelendiğinde; 15 yaş ve üzerindeki olguların kendini koruyabilirliği (% 67,7) koruyamamaya (% 32,3) göre daha fazla iken diğer yaş gruplarında ise bu ilişki koruyamama (0-6 % 100,0, 7-11 % 86,3, 12-14 % 53,4) lehine artmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır ancak literatürde benzer çalışma bulunamamıştır.

Cinsel istismar yaşı ile takibe gelme arasındaki ilişki incelendiğinde; 0-6 ve 7-11 yaş gruplarında hastaların daha az takibe geldiği, 12-14 ve 15 yaş üzeri yaş gruplarında ise olguların daha çok takibe geldiği saptanmıştır. İlişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile ilaç tedavisi verilmesi arasındaki ilişki incelendiğinde tüm yaş gruplarında ilaç tedavisi önerilenlerin (yaş gruplarına göre sırasıyla % 20,3, % 36,6, % 41,6, % 45,7) oranı önerilmeyenlere

göre daha az olmakla beraber önerilme oranı yaş arttıkça büyümektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Büyük yaş gruplarında daha önce de bahsedildiği gibi PTSB'nin artmış olması takibe gelme ve ilaç kullanma oranını arttırmıştır şeklinde açıklanabilir.

İstismarcı yakınlığı ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde; istismarın tekrarlaması 1.derece akraba, akraba-üvey baba ve nikahsız eş tarafından istismar edilenlerde daha fazla olup nikahsız eş grubunda tekrarlama oranı %100'dür. Nikahsız eş grubundan sonra istismarın tekrarlama oranının en fazla görüldüğü grup 1. derece akraba (% 90,2) tarafından istismar edilenlerdir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır, ancak literatürde Greenberg ve ark.'nın¹¹¹ yaptığı 400 olguluk çalışmada cinsel istismardaki tekrarlamanın en sık tanıdık tarafından (% 16,2) yapıldığı belirtilmiş olup bizim çalışmamız ile uyuşmamaktadır. Bunun nedeninin toplumsal yapılar arasındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nikahsız eşlerin istismarı tekrarlama doğal sonuç olarak kabul edilecek olursa en önemli grubun 1.derece akrabalar olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir. Bunun da nedeninin istismarcı ve mağdurun sürekli aynı ortamda bulunması, mağdurun ağırlıklı olarak küçük yaşlarda olması ve buna bağlı istismarın anlamını bilmemesi, mağdurun istismarı görev gibi benimsiyor hale gelmesi ile açıklanabilir.

İstismarcı yakınlığı ile aile durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; mağdurlar için ailelerindeki anne-baba birlikteliği, boşanmış-parçalanmışlığa göre daha fazla olup boşanmış-parçalanmış aileye sahip olgular ise en fazla 1.derece akraba grubu (% 41,5) tarafından istismar edilmektedir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup boşanmış-parçalanmış ailelerde aile birlikteliğindeki kopmanın istismara zemin hazırladığı şeklinde yorumlanabilir. Literatür tarandığında bu ilişkiyi irdeleyen çalışma bulunamamıştır.

İstismarcı yakınlığı ile mağdurun davranış şekli incelendiğinde; tüm olgularda yardım arama, gizlemeye göre daha fazla olup gizleme en çok 1.derece akraba tarafından istismar edilen gruptadır (% 41,5). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Priebe ve ark.'nın⁹⁵ yapmış olduğu 1962 olguluk çalışma da tanıdık tarafından istismar edilen olguların % 5,0'inde, yabancı kimse tarafından istismar edilenlerin % 4,8'inde, aile içi ve akraba tarafından istismar edilenlerin ise % 0,73'ünde istismarın gizlendiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise gizleme en sık 1. derece akraba

tarafından istismar edilenlerde olup Priebe ve ark.'nın yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmamıştır. Bu farklılık ülkeler arasındaki ailesel ve toplumsal dinamiklerin uyumsuzluğundan kaynaklanıyor olabilir.

İstismarcı yakınlığı ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ailenin yardım istemesi gizlemeye göre daha fazla olup nikahsız eş (% 57,7) ve 1.derece akrabaların (% 41,5) yaptığı istismarda ailelerin gizleme oranı diğer istismarcılara (akraba üvey baba % 15,1, yabancı kimse % 6,1, tanıdık % 2,3) göre daha fazladır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Nikahsız eş grubunda gizleme oranının fazla olması, mağdurun kendisinin veya ailesinin isteğiyle resmi olmasa da evlendirilmesi ve bu yüzden olayların saklı kalması ile açıklanabilir. 1. derece akrabalar için ise istismarcı ağırlıklı olarak baba veya ağabey olduğu için istismar durumlarında ailelerin genellikle ataerkil yapıda olmasının, bu kişilerin ailenin maddi yükünü çekmesinin ve istismarcının, ailenin diğer bireyleri tarafından olası sosyal baskıdan korunmasının gizlemeyi zorunlu hale getirdiği söylenebilir.

Ailenin çocuğa yaklaşımında ise destekleyici ve koruyucu davranış şekli, suçlayıcı ve baskılayıcı davranışa göre daha fazla olup 1.derece akrabalar (% 48,8) tarafından yapılan istismarda ailenin suçlayıcı ve baskılayıcı yaklaşımının diğer istismarcı gruplarına göre (nikahsız eş % 25,0, tanıdık % 21,1, akraba üvey baba % 15,1, yabancı kimse % 14,3) daha fazla olduğu izlenmiştir. Tanımlanan bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır. İstismarcı yakınlığı ile ailenin çocuğa ve istismara yaklaşımı ile ilgili benzer literatür bilgisi bulunamamıştır.

İstismarcı yakınlığı ile çocuk ruh sağlığına etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde; tüm istismarcı grupları için ASB varlığı yokluğuna göre daha azdır. Benzer şekilde PTSD için de 1.derece akraba dışındaki tüm gruplarda varlığı yokluğuna göre daha az olmakla beraber 1.derece akraba grubunda varlığı yokluğuna göre daha fazladır (% 56,1). Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ve bunun 1. derece akraba grubunda tekrarlamamanın ve istismarı gizlemenin fazla olması ile bu sürecin kronikleşmesi şeklinde açıklanabilir. Literatürde benzer çalışma bulunamamıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali önemli bir toplumsal sorun olmakla birlikte adli birimlere bildirim yapılan olguların, gerçek sayının çok küçük bir bölümünü oluşturduğu düşünülmektedir. Ülkemizde çocuk istismar ve ihmali durum ve sonuçlarını inceleyen geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamız bu

konuda ülkemizde yapılan tek geniş kapsamlı çalışmadır. Bu şekilde çalışmaların yapılması istismarın farkına varılması ve önlenmesi açısından önemlidir.

ocuk istismar ve ihmalinin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esas olup etik, ahlaki ve kanuni yükümlülükleri olan hekimlerin, özellikle de ocuk hastalarla en çok karşılaşan pediatriştlerin ocuk istismar ve ihmalinin bulgu ve semptomlarını bilmeleri ve de yasal birimlere bildirim yapmaları gerekmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

- 1- 484 olgunun 143'ü (% 29,5) erkek, 341'i (% 70,5) kız idi.
- 2- Olguların yaş ortalaması $12,09 \pm 3,82$, kızlar için $13,04 \pm 3,52$, erkekler için ise $9,85 \pm 3,58$ yıl idi.
- 3- Çocukların ortalama eğitim süresi $4,91 \pm 3,32$, kızlar için $5,50 \pm 3,3$, erkekler için ise $3,50 \pm 2,9$ yıl idi.
- 4- Annelerin yaş ortalaması $37,80 \pm 7,33$ yıl idi.
- 5- Annelerin % 7,6'sının işi, % 2,3'ünün ruhsal hastalığı var idi.
- 6- Babaların yaş ortalaması $42,63 \pm 7,81$ yıl idi.
- 7- Babaların % 91,7'sinin işi, % 2,3'ünün ruhsal hastalığı, % 3,5'inin madde bağımlılığı var idi.
- 8- Olguların % 20,1'inde anne-baba arasında akrabalık var idi.
- 9- 484 olgunun % 70,5'inin çekirdek ailesi var idi.
- 10- Olguların % 33,1'i en fazla ilkbaharda istismar edilmiş idi.
- 11- Olguların % 11,6'sında sürtünme, % 24,8'inde genital penetrasyon, %19,0'unda anal penetrasyon, % 1,7'sinde oral penetrasyon, % 0,8'inde sözlü istismar, % 2,3'ünde öpme, % 11,4'ünde dokunma, % 28,4'ünde ise bu istismar şekilleri birliktelik göstermekte idi.
- 12- 482 olgunun % 54,4'ü tanıdık, % 20,3'ü yabancı kimse, % 11,0'i akraba-üvey baba, %8,5'i 1.derece akraba, % 5,8'i nikahsız eş tarafından istismar edilmiş idi.
- 13- Olguların % 46,4'ünde cinsel istismarın tekrarlaması var idi.
- 14- Olguların % 29,5'inde genital muayene bulgusu var idi.
- 15- Olguların % 5,6'sında gebelik saptandı.
- 16- 484 olguda istismara % 13,0 alıkoyma, % 41,1 zor kullanma, % 28,5 tehdit etme eşlik etmiş idi.
- 17- Olguların istismara yaklaşımı % 23,8'inde gizleme, % 72,7'sinde ise yardım arama şeklinde idi.
- 18- İstismarın sosyal sonucu olarak eğitimin aksaması % 33,7, aileden ayrılma % 17,6, çevre baskısı ise % 33,3 olguda saptandı.
- 19- Ailenin istismara yaklaşımı % 11,0'inde gizleme, % 89,0'unda yardım arama şeklinde idi.

20- Ailenin çocuğa yaklaşımı % 21,5'inde suçlayıcı-baskılayıcı, % 78,5'inde ise destekleyici-koruyucu idi.

21- 484 olgunun % 20,2'sine ASB, % 28,9'una ise PTSTB tanısı koyuldu.

22- 484 olgunun % 5,2'sinde DEHA, % 11,6'sında zeka geriliği var idi.

23- İlaç tedavisi olguların % 38,2'sine önerilir iken % 61,8'ine önerilmedi.

24- 484 olgunun % 34,3'ü kendisini koruyabilir, % 60,3'ü kendisini koruyamaz şeklinde değerlendirilmiş olup % 5,4'ü için yorum yapılmamıştı.

25- Cinsiyet ile cinsel istismara uğrama yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde; kızların % 33,7'si 15 yaş ve üzerinde, erkeklerin ise % 47,2'si 7-11 yaş arasında istismar edilmiş idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

26- Cinsiyet ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; kızların % 50,4'ü, erkeklerin % 63,6'sı tanıdıkları tarafından istismar edilmiş olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

27- Öpme-dokunma; istismara uğrayan kızların % 34,9'unda, erkeklerin % 14,0'ünde, sürtünme ise kızların % 20,2'sinde, erkeklerin ise % 30,1'inde var idi. (p:0,0001-p:0,019)

28- İstismara uğrayan erkek çocukların % 58,7'sinde, kız çocukların % 57,8'inde penetrasyon var idi. Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p: 0,84).

29- Çocukların cinsel amaçlı satılması erkek çocuklarında yok iken kız çocuklarının % 3,2'sinde olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,030).

30- Cinsiyet ile genital muayene bulgusu arasındaki ilişki incelendiğinde; erkeklerin % 10,5'inde genital muayene bulgusu var iken kızların % 37,5'inde var idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

31- Cinsiyet ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde; kızların % 55,0'inde, erkeklerin % 25,9'unda istismarın tekrarladığı saptanmış olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

32- Cinsiyet ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki; alıkoyma için istatistiksel olarak anlamlı iken (p: 0,024), zor kullanma ve tehdit (p: 0,14-p: 0,069) için değil idi.

33- Cinsiyet ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde; kızların % 30,2'si gizleme, % 69,4'ü yardım arama, erkeklerin ise % 11,9'u gizleme, %

88,1'i yardım arama şeklinde davranmış olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

34- Cinsiyet ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitimin aksamaması, aileden ayrılma ve çevre baskısı kızlarda erkeklere göre daha fazla olup, istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

35- Cinsiyet ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; kızlarda ve erkeklerde en sık destekleyici-koruyucu, istismara yaklaşımında ise en sık yardım arama şeklinde olup, ailenin kızlarda suçlayıcı baskılayıcı ve istismarı gizleme şeklindeki yaklaşımı erkeklerdekine göre daha fazladır. Tanımlanan ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

36- Cinsiyet ile istismarın çocuk ruh sağlığına etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde; PTSS kızların % 31,7, erkeklerin % 22,4'ünde, ASB ise kızların % 16,1, erkeklerin % 30,1'inde görülmüş olup, tanımlanan bu ilişkiler PTSS için istatistiksel olarak anlamlı değil iken (p: 0,40), ASB için anlamlı idi (p: 0,0001).

37- Cinsiyet ile mağdurun kendini koruyabilirliği karşılaştırıldığında; erkek çocuklarının % 16,4, kız çocuklarının % 44,4'ünün kendini koruyabildiği tespit edilmiş olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

38- İstismarcı ile istismar edilen olguların yaş ortalaması incelendiğinde; 1.derece akrabalar için $10,63 \pm 3,8$, akraba-tüvey baba için $11,23 \pm 3,6$, tanıdık için $11,53 \pm 3,9$, yabancı kimse için $11,32 \pm 3,5$, nikahsız eş için ise $15,04 \pm 1,0$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

39- İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile muayene bulgusu ve gebelik arasındaki ilişki incelendiğinde; 15 yaş ve üzerinde varlığı daha fazla olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

40- İstismarın tekrarlanmadığı olguların yaş ortalaması $10,92 \pm 3,9$ iken, tekrarlanan olguların ortalaması ise $12,39 \pm 3,4$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

41- İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile istismara eşlik eden durum arasındaki ilişki incelendiğinde; alıkoyma ve zor kullanma için istatistiksel olarak anlamlı iken (p: 0,0001-p: 0,0001), tehdit için değil idi (p: 0,12).

42- Cinsel istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması ile mağdurun davranış şekli arasındaki ilişki incelendiğinde; gizleyenlerin yaş ortalaması $12,33 \pm 3,4$ iken

yardım arayanların yaş ortalaması $11,19 \pm 3,8$ yıl olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,007$).

43- İstismar edilmiş çocukların yaş gruplarına göre dağılımı ile istismarın sosyal sonucu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$).

44- Cinsel istismar yaşı ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; her yaş grubunda yardım arama gizlemeye göre daha fazla görülmekte olup, gizleme en sık 12-14 yaş grubunda mevcut idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$).

45- Cinsel istismar yaşı ile ailenin çocuğa yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; her yaş grubunda destekleyici-koruyucu yaklaşımın, suçlayıcı-baskılayıcı yaklaşıma göre daha fazla olduğu belirlenmiş olup, 0-6 ve 7-11 yaş gruplarında diğer yaş gruplarına göre suçlayıcı baskılayıcı yaklaşım daha az görülmektedir. Ailenin destekleyici-koruyucu davrandığı olguların yaş ortalaması $11,08 \pm 3,8$ iken, suçlayıcı-baskılayıcı davrandığı olguların ise $13,04 \pm 2,8$ yıl idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$).

46- Yaş gruplarına göre istismarın çocuk ruh sağlığı üzerine etkileri incelendiğinde; yaş grupları ile PTSS arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değil iken ($p: 0,083$) ASB için anlamlı idi ($p: 0,003$).

47- Cinsel istismar yaşı ile mağdurun kendini koruyup koruyamaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$).

48- İstismarcı yakınlığı ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde; istismarın tekrarlaması tekrarlamamasına göre 1.derece akraba, akraba-üvey baba ve nikahsız eş tarafından istismar edilenlerde daha fazla olup, nikahsız eş grubunda tekrarlama oranı %100 olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$).

49- İstismarcı yakınlığı ile aile durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; mağdurlar için ailelerindeki anne-baba birlikteliği, boşanmış-parçalanmışlığa göre daha fazla olup, boşanmış-parçalanmış aileye sahip olgular ise en fazla 1.derece akraba grubu tarafından istismar edilmekte olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,0001$).

50- İstismarcı yakınlığı ile mağdurun davranış şekli incelendiğinde; tüm olgularda yardım arama gizlemeye göre daha fazla olup, gizleme en çok 1.derece akraba tarafından istismar edilen grupta olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0,008$).

51- İstismarcı yakınlığı ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ailenin yardım istemesi gizlemeye göre daha fazla olup, nikahsız eş ve 1.derece akrabaların yaptığı istismarda ailelerin gizleme oranı diğer istismarcı gruplara göre daha fazla idi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,008).

52- Ailenin çocuğa yaklaşımında ise destekleyici ve koruyucu davranış şekli suçlayıcı ve baskılayıcı davranışa göre daha fazla olup, 1.derece akraba tarafından yapılan istismarda ailenin suçlayıcı ve baskılayıcı yaklaşımının diğer istismarcı gruplarına göre daha fazla olduğu izlenmiştir. Tanımlanan bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,0001).

53- İstismarcı yakınlığı ile çocuk ruh sağlığına etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde; tüm istismarcı grupları için ASB varlığı yokluğuna göre daha azdır. Benzer şekilde PTSD için de 1.derece akraba dışındaki tüm gruplarda varlığı yokluğuna göre daha az olmakla beraber 1.derece akraba tarafından istismar edilenlerde varlığı yokluğuna göre daha fazla olup, tanımlanan bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı idi (p: 0,021-p: 0,0001).

6.1. Öneriler

Çocuk istismarı ve ihmali sık görülen ve önemli bir sağlık sorunu olmasına karşın tanısında ve ilgili uzmanlık dallarıyla işbirliğinde; yeterli kanıtların olmaması, yanlış değerlendirme yapılması, kültürel ve geleneksel değerlerin sosyal baskı oluşturması nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır.

Çocuk istismarında önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. İstismarın önlenmesi için gösterilen çabalar tedavi edici hizmetlerle paralel gitmeli, birbirlerini engellememelidir.

Çocukların istismardan korunmasında genel olarak 3 basamaktan söz edilir:

Birincil koruma; Tüm çocuklara yönelik koruma programları yapılmasıdır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde bulundukları koşullar iyileştirilebilir, ailelerin eğitimleri ve yaşam kaliteleri artırılır, yani risklerin oluşması önlenabilirse çocukların istismara uğrama olasılığı azaltılabilir. İkincil koruma; yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasıdır. Üçüncül koruma ise istismar edilmiş çocuğun farkedilmesi ve bu durumun sonlandırılması için çaba gösterilmesidir.

Çocuk istismar ve ihmalinin belirlenmesi halinde yapılacak ilk müdahale, çocuğun veya gencin tekrarlayan istismardan korunmasını sağlamaktır. Bunun için öncelikle ailenin sosyal açıdan ele alınması, izlenmesi, sosyal desteklerden yararlandırılması, eğer başarılı olunamazsa, çocuğun hızla aileden uzaklaştırılması, uygun sosyal destek programına alınması sağlanmalıdır.

Tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esas olup etik, ahlaki ve yasal yükümlülükleri olan hekimlerin, çocuk istismar ve ihmalinin bulgu ve semptomlarını bilmeleri ve yasal birimlere bildirim yapmaları gerekmektedir. Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı “çocuk koruma birimleri” kurulması bu nedenle önemli olup en uygun tedavinin yapılmasını sağlar. Bu birimde pediatristler, çocuk psikiyatrları, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, acil hizmet sorumluları ve sosyal hizmet uzmanları bulunmalıdır. İstismarın tıbbi, sosyal ve hukuksal yönü bulunduğu için hastane ekibi, hukukçular ve sosyal hizmet kurumlarıyla işbirliği içinde çalışmalıdır.

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili güvenilir, yeterli ve istatistiksel veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle öncelikle ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalinin şu andaki durumunun tespit edilmesine ve bu konuda geniş kapsamlı bilimsel çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. İstismar ve ihmalin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esas olup istismarı önlemek için toplumun, çocukların, öğretmenlerin, sağlık personellerinin bilinç seviyesinin ve duyarlılığının arttırılmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve uygulanması gereklidir. İstismarın bildirimi ve yasal düzenlemeler ile sosyal destek programlarının yapılandırılması bu süreçte önemli ve zorunludur.

KAYNAKLAR

1. **Jain AM.** Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* **1999**; 17:575-593.
2. **Sicher P, Lewis O, Sargent J.** Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2000**; 39: 660-667.
3. **Dokgöz H, Afşin H.** Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede dış hekiminin rolü. *Adli Tıp Kurumu Yayınları* **2004**: 311-323.
4. **İzmirli M.** Çocuğa Karşı Dayak Olgusu Ve Çocuk İstismarı. *Çocuk Forum* **2000**; 3- 4.
5. **Polat O.** *Çocuk ve Şiddet*. 1. Baskı, İstanbul: Der Yayınları, **2001**.
6. **Aral N, Gürsoy F.** Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* Eylül **2001**;151.
7. **Kepençi YK.** Hukusal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. *Katkı Pediatri Dergisi* **2001**; 22:263-275.
8. **Ziyalar N.** Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. *Çocuk Forumu* **1999**; 2:31-33.
9. **Faller KC.** *Social work with abused and neglected children: A manual of interdisciplinary practice*. 1st Ed., New York: Free Press, **1981**.
10. **Feshbach S.** *Child abuse and the dynamics of human aggression and vioience. Child abuse: An agenda for action*. 1st Ed., New York: Oxford University Press, **1980**: 48-60.
11. **Felthous AR.** Psychosocial dynamics of child abuse, *Journal of Forensic Sciences* **1984**; 29:219-236.
12. **Garbarin J, Gilliam G.** *Understanding abusive families*. 1st Ed., Lexington: Lexington Books, **1980**.
13. **Bartholdsson O.** Corporal Punishment of Children and change of attitudes. *Children & Society* **2001**; 21:446-457.
14. **Oral R, Can D, Kaplan S.** Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse and Neglect* **2001**; 25:279-290.
15. **Pizarro RA, Billick SB.** Current issues in child abuse. *Curr Opin Pediatr* **1999**; 12:665-668.
16. **Hancı İH.** *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2002**: 263-284.
17. **Ludwig S.** *Child Abuse Textbook of Pediatric Emergency Medicin*, 4th Ed. Philadelphia: LW&W, **2000**:1669-1704.
18. **Tercier A.** *Child abuse*. Maer JA (ed). Emergency Medicine. 4th Ed. St. Louis: Mosby, **1998**: 1108-1118.

19. **Pressel DM.** Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician* **2000**; 61:3057-3064.
20. **Kairys SW, Alexander RC, Block RW.** Shaken baby syndrome. *Pediatrics* **2001**; 108:206-210.
21. **Morris MW, Smith S, Cressman J, Ancheta J.** Evaluation of infants with subdural hematoma who lack external evidence of abuse. *Pediatrics* **2000**; 105:549-553.
22. **Billmire ME, Myers PA.** Serious head injury in infants: accident or abuse? *Pediatrics* **1985**; 75:340-342.
23. **World Health Organization.** Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Health Organization. Geneva, **2002**: 57-86.
24. **Polat O.** Çocuk istismarı. *Adli Tıp Dergisi* **2000**; 290:207-231.
25. **Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJ, Lyons RA, Butler I.** The incidence of severe physical child abuse in wales. *Child Abuse and Neglect* **2002**; 26:1207.
26. **Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME.** *Adli Tıp Ders Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Yayınevi, **1997**: 315-339.
27. **Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM.** *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*. 1st Ed., Edinburg: Churchill Livingstone, **1993**:119-137.
28. **Polat O.** Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2006**: 100-105.
29. **Biçer Ü, Çolak B, Gündoğmuş ÜN.** Bir çocuk istismarı olgusu. *Çocuk Forumu*, **1999**; 2:18-22.
30. **Polat O.** Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı. *Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, **1999**: 517-533.
31. **Schmitt BD, Mauro RD.** Nonorganic failure to thrive, An outpatient approach, *Child Abuse Neglect* **1989**; 13:235.
32. **Reece RM.** *Background Considerations in Child Maltreatment. Child Maltreatment*. 1st Ed., Newyork: Mosby, **1997**: 666-708,721-725,913-916.
33. **Steir MD, Leventhal MJ, Berg AT.** Are Children Born to Young Mothers at Increased Risk of maltreatment? *Pediatrics* **1993**; 91:642-648.
34. **Glaser D, Svevo K.** Violence against children is a global problem. Erişim: (http://ispcan.org/documents/Annual_report/ISPCAN) 2006.
35. **Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W.** Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience, *Pediatrics* **2002**; 1:110-111.
36. **Johnson CF.** *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th Ed., Philadelphia: Saunders, **2004**: 121-131.

37. **Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF.** Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the Advers Childhood Experiences Study. *Pediatrics* **2003**; 111:564-572.
38. **Pless IB, Sibald AD, Smith MA, Russell MDB.** A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse Neglect* **1987**; 11:193-200.
39. **Arthur HG.** *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. 2nd Ed., Washington: American Psychiatric Press, **1997**: 687-698.
40. **Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V.** Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38:1214-1222.
41. **Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B.** Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse Negl* **1990**; 14:87-98.
42. **Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US.** Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* **2001**; 22:276-285.
43. **Kaplan S.** Physical abuse and neglect. In: Lewis M, Ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 2nd Ed., Baltimore: Williams & Wilkins, **1996**: 1033-1041.
44. **Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury KM.** Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. *Child Abuse Negl* **2002**; 26:1291-1309.
45. **Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK.** Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas, *Pediatrics* **2005**; 115:331-337.
46. **Avcı A, Yolga Tahiroğlu A.** İstismar ve ihmal. In: Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, İstanbul: Golden Print, **2007**: 710-718.
47. **Çetin F.** *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2008**.
48. **Gren A.** *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. 2nd Ed., Baltimore: Williams & Wilkins, **1996**: 1041-1048.
49. **Yates A.** *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. 2nd Ed. Washington: American Psychiatric Press, **1997**: 699-709.
50. **Bays J, Chadwick D.** Medical diagnosis of sexually abused child. *Child Abuse Negl* **1993**; 17:91-110.
51. **Finkelhor D.** The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* **1994**; 18:409-417.
52. **Edgards K, Ormstad K.** Prevalence and characteristics of sexual abuse in national sample of Swedish seventeen year old boys and girls. *Acta Paediatr* **2000**; 89:309-310.
53. **Polat O.** Çocuk istismarı ve Türkiye'deki durumu. *Klinik Çocuk Forumu* Ocak-Subat **2005**: 1-11.

54. **Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.** Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları Tartışma ve Öneriler. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Ankara, **1995**; 204 – 205.
55. **Akyüz G, Sar V, Kugu N, Doğan O.** Reported childhood trauma, attempted suicide and self mutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* **2005**; 20:268-273.
56. **Alıkaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Albayrak D, Uysal O, İlter O.** Sexual abuse among female high school students in İstanbul, Turkey. *Child Abuse and Neglect* **2006**; 30:247-255.
57. **SAKA E.** Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca karara bağlanmış çocuk ölümlerinin ÇİVİ açısından incelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.
58. **UNICEF.** Çocuk İstismarı ve İhmali. UNICEF. İzmir, **2002**.
59. **Peterson LW, Hardin M, Nitsch MJ.** The use of children's drawings in the evolution and treatment of child sexual, emotional and physical abuse. *Arch Fam Med* **1995**; 4:445-452.
60. **Bernet W.** Practice Parameters for The Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or sexually Abused. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **1997**; 36:423-442.
61. **Chantler L, Pelco L, Mertin P.** The psychological evaluation of child sexual abuse using the Louisville behavior checklist and human figure drawing. *Child Abuse & Neglect* **1993**; 17:271-279.
62. **Polat O.** *Klinik Adli Tıp*. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınları, **2006**; 129-176.
63. **Legano L, McHugh MT, Polusci VJ.** Child abuse and neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* **2009**; 39:31-57.
64. **Nathanson M, Heger AH.** *The Pathology of Trauma*. 3rd Ed., London: Arnold Pub, **2000**; 155-190.
65. **Kellogg N.** Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* **2005**; 116:1565-1568.
66. **Fong CM, Cheung HM, Lau PY.** Fractures associated with non-accidental injury: An orthopedic perspective in a local regional hospital. *Hong Kong Med J* **2005**; 11:445-451.
67. **Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, Sibert JR, Maguire S.** Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clin Radiol* **2006**; 1:723-736.
68. **Blumenthal I.** Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J* **2002**; 78:732-735.
69. **Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR.** Abdominal injury due to child abuse. *Lancet* **2005**; 366:187-188.
70. **Gökler I.** Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **2002**; 9:47-57.

71. **Arthur HG.** *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. 2nd Ed., Washington: American Psychiatric Pres, 1997: 687-689.
72. **Lewis DO.** From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1992**; 31:383-391.
73. **Livingston R.** Sexually and physically abused children. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry* **1987**; 26:413-415.
74. **Tackett KK.** The health effects of child abuse: four pathways by which buse can influence health. *Child Abuse Neglect* **2002**; 26:715-729.
75. **Emery RE, Laumann L.** Child abuse. In: Rutter M, Taylor E, Eds. *Child and Adolescent Psychiatry*, Great Britain: Bath Pres, **2003**: 325-329.
76. **Uysal A, Özsoy A.** Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmalini İçeren Küçük Öyküler Üzerine Görüş ve Tutumları. *Çocuk Forumu* **2003**; 6:34-46.
77. **Sachs CJ, Weinberg E, Wheeler MW.** “Sexual Assault Nurse Examiners Application of Statutory Rape Reporting Laws”. *Journal of emergency Nursing*. **October 2008**; 34:410-413.
78. **Sakellidis E, spiliopoulou C, Papadodima S.** Forensic Investigation of child Victim with Sexual Abuse. *Indian Pediatrics* **2009**; 46:144-151.
79. **Herschowitz I.** Socioemotional Factors in Child Sexual Abuse Investigations. *Child Maltratement* **2009**; 14:172-181.
80. **Finkel MA, De Jong AR.** *Medical Findings in Child Sexual Abuse, in Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. 1st Ed., USA: Lea & Febinger, **1993**:185-241.
81. **Folland DS, Burke RE, Hinman AR.** Gonorrhea in preadolescent children: an inquiry into source of infection and mode of transmission. *Pediatrics* **1977**; 60:153-156.
82. **Sillber TJ.** Pharyngeal gonorrhea in children. *Pediatrics* **1978**; 61:674.
83. **Alper B, Çekin N, Gülmen MK, Hilal A.** *Adli Tıp Ders Kitabı*. Adana, **2007**.
84. **Davis, JL ve Petretic JPA.** The Impact of Child Sexual Abuse onAdult Interpersonal Functioning. A Review and Synthesis of the Empirical Literature. *Aggres Violent Behav* **2000**; 5:291-328.
85. **Kılıç A.** Çocuk İhmal ve İstismarı. *Klinik Çocuk Forumu* **2004**; 4:35-40.
86. **Yüksel Ş.** *Psikiyatri Ders Kitabı*. 2. Baskı, İstanbul: Emel Matbaacılık, **1995**: 282- 284.
87. **Kurtay D, Özkök S, Barlık Y, Yatağan, M, Kurtay A, Akman E.** Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Aydın: **2004**.
88. **Davidson J.** Issues in the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder.Review of Psychiatry . *American Psychiatry Press* **1993**; 12:141-155.

89. **Shlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L.** Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* **1975**; 40:376-378.
90. **Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loisell J, Brenner L, Joffe M.** Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* **2000**; 106:100-104.
91. **Sane SM, Kleinman PK, Cohen RA.** Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* **2000**; 105:1345-1348.
92. **Özdemir H, Çekin N, Gülmen MK.** Suç Sayılan Cinsel Amaçlı Davranışlarda Tıbbi ve Hukuki İstismar. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* **1998**; 7:414-416.
93. **Şahin F, Çepik A, Demirel B, Akar T, Duyan A, İşeri E, Demiroğulları B, Paşlı F, Beyazova U. Resmiye Oral.** Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics* **2009**; 51:336-343.
94. **Çengel E, Çuhadaroglu F, Gökler B.** Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *The Turkish Journal of Pediatrics* **2007**; 49:256-262.
95. **Priebe G, Svedin GC.** Child sexual abuse is largely hidden from the adult society an epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect* **2008**; 32:1095–1108.
96. **Pereda N, Guilera G, Fornsa M, Benito J.** The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor. *Child Abuse & Neglect* **2009**; 33:331-342.
97. **Carlsted A, Nilsson T, Hofvander B, Brimse A, Innala S, Anckarsater H.** Does victim age differentiate between perpetrators of sexual child abuse? A study of mental health, psychosocial circumstances and crime. *Journal of research and treatment* **2009**; 21:442-454.
98. **Tellez C, Galleguillos T, Aliaga A, Silva C.** Seasonal Variation of Sexual Abuse in Santiago de Chile. *Psychopathology* **2006**; 39:69-74.
99. **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.
100. **Magalhaes T, Taveira F, Jardim P, Santos L.** Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine* **2009**; 16:455-459.
101. **Ullman ES, Filipas HH.** Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect* **2005**; 29: 767-782.
102. **Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Atesa N, Çetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepelid N, Bulguc A, Tiras B.** Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect* **2001**; 25:279-290.
103. **Shaw JA, Lewis JE.** Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect* **2000**; 24:1591-1600.
104. **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.

105. **Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Ster RR.** Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 393-402.
106. **Dube RS, Robert FA, Charles LW, David WB, Vincent JF, Dong M.** Long term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *J Prev Med* **2005**; 28:430–438.
107. **Sapp M, Vandeven AM.** Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr* **2005**; 17:258-264.
108. **Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C.** Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *J Sch Nurs* **2006**; 22:278-284.
109. **Ullman SE, Filipas HH.** Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect* **2005**; 29:767-782
110. **Bunting L.** Sexual offences against children: An exploration of attrition in the Northern Ireland criminal justice system. *Child Abuse & Neglect* **2008**; 32:1109-1118.
111. **Greenberg D, Bradford J, Firestone P, Curry S.** Recidivism of child molesters: A study of victim relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect* **2000**; 1485-1494.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Özge Ballı

Doğum Tarih ve Yeri : 13.06.1979 - Mersin

Medeni Durumu : Evli

Adres : Huzurevleri Mh. Turgut Özal Bulvarı 77233 sk.
Arma 7 Sitesi A Blok 13/26 Adana

Telefon : 0 (505) 906 24 08

Faks : -

E. posta : ozgearikan@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi : -

Görev Yerleri : -

Dernek Üyelikleri : -

Alınan Burslar : -

Yabancı Dil(ler) : İngilizce

Diğer Hususlar : -