

## Cinsel saldırıya uğramış çocuğun muayenesi

### Examination of the sexually assaulted child

Osman Celbiş, Bora Özdemir, Atılhan Kaya\*

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

\*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

#### Özet

Çocuğa cinsel saldırı, insana yönelik suçlar içinde en ağırlarından birisi olarak değerlendirilmektedir. Cinsel saldırı mağduru çocuğun sağlık kuruluşuna başvurusunda öncelik çocuğun beden ve ruh sağlığını korumak olmalıdır. Mümkün olan en kısa sürede muayenesi yapılmalı ve adli raporu düzenlenmelidir. Unutulmamalıdır ki adli rapor cinsel saldırı suçundan mağdur olmuş kişiye yargılama aşamasında en büyük katkıyı sağlayacaktır. Sonuç olarak olayın şiddetini, yaşattığı örselenmeyi belirtecek olan en önemli belgedir. Bu açıdan adli rapor, cinsel suç olgularında durumu açıklayan bulguların tümünü içermelidir. Bu yazıda cinsel saldırıya uğramış olan çocukların muayenesinde, muayene ortamı, muayene yapacak ekibin niteliği, hekimin muayeneden önce, muayene sırasında ve sonrasında yapması gereken işlemler belirtilmiştir. (*Türk Ped Arş 2011; 46: 104-10*)

**Anahtar sözcükler:** Cinsel saldırı, çocuk, muayene

#### Summary

Sexual assault on the child has been accepted as one of greatest crimes in the World. In case of a sexually attacked child applying to the health center the prior management must be protecting the physical and psychological health of the child. Clinical and other examinations have to be performed immediately and the medicolegal report should also be prepared as soon as possible. It cannot be forgotten that the medicolegal report substantially supports the subject being sexually assaulted. Finally it is the proof that reflects the intensity of the event and it's wickedness. From this perspective, the medicolegal report has to cover all findings related to events. In this paper, the rules of the sexually assaulted child examination, the appropriate environment, for the examination the qualification of examiners and the obligatory procedures performed by physicians before during and after the examination are stated. (*Turk Arch Ped 2011; 46: 104-10*)

**Key words:** Child, examination, sexually assault,

#### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını şöyle tanımlamaktadır: “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar çocuğa kötü muameledir”. Tanım aynı zamanda çocuğun istismar ya da şiddet olarak algılamadığı ya da yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da

içine alır. Davranışın mutlak, çocuk tarafından algılanması ya da yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması şart değildir. Çocuk istismarı tüm toplumlarda yaygın görülen bir olaydır. Amerika’da yapılan istatistiklere göre her yıl 3 milyondan fazla çocuk istismara maruz kalmaktadır. Diğer bir deyişle, her 1000 çocuğun 25’i çeşitli şekilde istismara uğramaktadır (1). Çocuk istismarı çeşitleri ele alındığında fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile ihmal ayrı ayrı incelenmelidir. Bunların değerlendirilebilmesi için belirli protokoller geliştirilmiştir.

## Çocuğun cinsel istismarı

Çocuğa cinsel saldırı, insana yönelik suçlar içinde en ağır suçlardan birisi olarak değerlendirilmektedir. Cinsel amaçlı olarak çocuğa yapılan tüm hareketleri kapsamaktadır. Bunlar söz atma ile başlayan, elle sarkıntılık, cinsel haz almaya yönelik hareketler ve en uç noktada ırza geçmeyi içine alır (2).

Çocuğun cinsel istismarı; cinsel doyum amacıyla, çocuğun cinsel nesne olarak kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır. Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi'nin (NCCAN) tanımı şu şekildedir: "Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin ya da başka birinin cinsel uyarısı için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin fiziksel bir gücü ya da psikolojik kontrolü söz konusu ise ya da belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir" (3).

Cinsel sömürü de cinsel istismara özdeş olarak kullanılan bir diğer terimdir. Çocuk ve ergenler sömürüye maruz kalırlar çünkü cinsel istismar onların gelişim düzeylerine göre değişebilen bedenlerini kontrol etme yetilerini, kendi tercih haklarını ellerinden alır ve kurbanı istismarcıyla aynı düzeyde bir cinsel eş haline getirir. Bir yabancıнын gerçekleştirdiği şiddet içeren bir tek saldırıda olduğu gibi, zorlama olsun ya da olmasın çoğunlukla yıllar süren tüm aile içi cinsel istismar ilişkilerde de sözü edilen sömürüye rastlanır (4).

Araştırmacılar, çocuklukta ve ergenlikte cinsel kötüye kullanımın nadir olmadığını düşünmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1976-1986 yılları arasında çocuk koruma kurumlarına bildirilen cinsel kötüye kullanım olgularında önemli artış gözlenmiştir (5,6). Hekimlerin cinsel örselenmeyi tanımda daha duyarlı hale gelmeleri ile bildirimler artmaktadır (1,7). Tahminlere göre kızların %20'si erkeklerin %9'u çocukluk ve ergenlik döneminde uygunsuz cinsel davranışlara maruz kalmaktadırlar (8,9). Yapılan başka bir geniş ölçekli araştırmada ise her 10 erkek ve her üç kız çocuktan birinin 18 yaşından önce cinsel kötüye kullanıma uğrama riski taşıdığı saptanmıştır (10). Cinsel kötüye kullanma oranları tahminlerden daha yüksektir, çünkü bunların tanınmaları zor olmakta ve gizlenmektedir. Çocuk ve gençlerde cinsel kötüye kullanım ülkemizde de sanıldığından aksine daha yüksektir. Üniversite öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada; kız çocukların %26'sı, erkek çocukların %19,8'i çocukluk çağında cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (11). İstanbul'da yapılmış bir çalışmada ise lisede okuyan kız

öğrencilerin %13,4'ü cinsel istismara uğramış olduklarını bildirmişlerdir (12). Ülkemizde Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel kötüye kullanımının %1,4 oranında olduğu bulunmuştur (13). Malatya il merkezindeki liselerde yapılan bir çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocukların oranı %4,3 olarak bulundu (3). ABD' de yapılan 22 çalışmanın analizinde kadınların %30-40'ının, erkeklerin %13'ünün çocukluk çağında cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (10).

Cinsel saldırı kurbanlarını muayene eden hekimin bu konuda eğitimli ve deneyimli olması büyük önem taşımaktadır. Eckert ve ark'ları (14) çalışmalarında, cinsel saldırı sonrası bulguların saptanması ve yorumlanmasında, muayene yapan hekimlerin deneyim düzeylerinin anlamlı derecede farka neden olduğunu, hekimlerin cinsiyetinin ise etkili olmadığını saptamışlardır. Bu nedenle cinsel saldırıya uğrayan çocukları değerlendirecek tıbbi ekibin standart düzeyde bilgiye sahip olması için belirli aralıklarla eğitim alması gereklidir (15).

### Cinsel istismarı yedi gruba ayırarak incelemek mümkündür.

1. Temas içermeyen cinsel istismar türleri: Cinsel içerikli konuşma, teşhir, röntgencilik vb.
2. Cinsel amaçlı dokunma.
3. Oral-genital seks.
4. İnterfemoral ilişki.
5. Seksüel penetrasyon: parmaklarla penetrasyon, objelerle penetrasyon, genital ilişki, anal ilişki.
6. Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi, çocuk fuhuşu.
7. Başka istismar türlerini de içeren cinsel istismar (3).

**Ensest:** Çocuğun cinsel istismarının özel bir şeklidir. Aile içinde gerçekleşen, yasak olan, akrabalık bağı bulunan bireylerle çocuk arasındaki cinsel ilişkidir. Çocukla baba, amca, dayı, kardeş, anne, büyükbaba ve büyükanne arasında görülebilir. Üvey baba, üvey kardeş olma durumunda da cinsel istismar olgusu ensest olarak kabul edilir. En sık kız çocuk-baba ve kız çocuk-ağabey arasında görülmektedir (16-19). Yasak olmasına rağmen tüm toplumlarda görülmektedir. Aile içinde gerçekleştirildiğinden ortaya çıkarılması çok zordur. Genellikle 8-9 yaşlarda başlamaktadır. Çocuk büyüyünce (ortalama 14 yaş) yapılan kötülüğü anlamaya başlar. Bu durumdan kurtulmak için genellikle evi terk eder. Bu ilişkiden anne genelde haberdardır. Bu çocuklarda örselenmiş cinsellik ve ağır duygusal hasarlar oluşur (20). Sağlıklı bir aile kuramaz. Karşı cinsle normal bir cinsellik yaşayamaz. Bazen de gebelik (ensest ilişki sonucu) meydana gelebilir. Hekim çocukluk çağında bir gebelik saptarsa ya da cinsel istismardan şüphelenirse ensest bir ilişkiyi mutlaka

dışlamalıdır (21), çünkü bu tür olgularda istismarcı sıklıkla aile içerisinde olabilmektedir. Hekimler açısından ensest ilişkinin travmatik boyutu çok önemli olmakla birlikte; ensest yasalarla yasaklanmıştır ve böyle bir durum saptandığında adli kurumlara haber verilmelidir. Yasamıza göre (TCK Madde 103) çocuğun, aile içi ya da bakmakla yükümlü kişiler tarafından cinsel istismara maruz kalması durumunda verilecek cezada artırım söz konusu olacaktır.

İstismarcı ilk önce arkadaşça ve dostça davranmakta, sonrasında baştan çıkarma aşaması ile devam etmekte, daha sonra ise sessizce zorlama ve baskı başlamaktadır (20). Cinsel tacize uğramış çocuklarda cinsel örselenmeye uyum sağlama sendromu (child sexual abuse accommodation syndrome) gözlenmektedir (22). Bu sendromda sırasıyla şu aşamalar gerçekleşir:

1. Başlangıçta cinsel kötüye kullanım olayını gizleme (secrecy) söz konusudur. Bu durum, cinsel istismarı uygulayanın “bu bizim sırrımız, kimseye söyleme!” tarzında yaklaşımı ya da tehdidi, çocuğun çevrenin kendisine inanmayacağı endişesi, aile içi bir istismar ise ailenin dağılması endişesi gibi birçok nedenlerden kaynaklanabilmektedir.

2. Bundan sonraki aşamada çocuk kendisini çaresiz hisseder (helplessness).

3. Daha sonrasında çocuk kendini tuzağa düşmüş (entrapment) hisseder ve sonrasında duruma göreceli uyum (accommodation) sağlar.

4. Zamanla çocuk ya da ergen gücünü toplar ve gecikmiş, çelişkili ve bizi ikna edemeyen itirafı (delayed, conflicted, and unconvincing disclosure) gerçekleşir.

5. Sonrasında tekrar geri çekilme (retraction), hiçbir şey olmamış gibi davranış sergilenir (22).

#### **Cinsel istismar olgularında muayene ve adli rapor**

Cinsel istismar mağdurlarının muayeneleri özel bir önem ve özen gerektirir. Eğer bir cinsel istismar saptanmışsa ilgililere derhal haber verilmelidir. Bu olgularda muayene çocukların rahat edebilecekleri bir ortamda yapılmalıdır. Muayene bulguları daha önce hazırlanmış belli formlara kaydedilmelidir (23). Böylece tüm bulgular atlanmadan saptanabilir. Bu, bulguların saptanmasında önemlidir (3). Bu amaçla ülkemizde de standart formlar oluşturulmuştur (7,24,25).

Yasamızda belirtilen (TCK Madde 103) “çocuğun beden veya ruh sağlığının bozulup bozulmadığının saptanması” sırasında DSM-IV ya da ICD-10 gibi nesnel ölçütler dikkate alınmalıdır. Adli rapor hazırlanırken şu aşamalar tek tek yapılmalı ve kaydedilmelidir:

1) Muayeneye gönderen makam ve kimlik bilgileri: Adli makamın resmi yazısı olmadan muayene yapılmamalıdır.

Rapora resmi makamın yazısının sayısı ve şahsı muayeneye getirenin bilgileri yazılmalıdır. Muayene edilen çocuğun kimlik bilgileri kaydedilmelidir:

2) Aydınlatılmış onam: Hekim muayene yapılacak çocuğa rahatlatıcı, güven verici bir şekilde ve saygıyla yaklaşmalı, görüşme ve muayene ayrıntıları hakkında çocuğun yaşıyla uyumlu bilgi vermeli, anlayacağı bir ifadeyle açıklama yapmalı, ortamın fizik koşullarının uygun olmasına dikkat etmelidir. Çocuğun yaşı ve anlama yetisi uygunsa Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne uygun olarak rızası alınmalıdır. Yaşı küçükse ebeveyninden ya da çocuktan sorumlu kişiden bilgilendirilmiş ise, yazılı onam alınmalıdır (3).

#### **Muayene ortamı ve zamanlama**

Muayene, aksi bir durum olmadıkça (ensest vb şüphesi yok ise) güvenilir ve ilgili bir yetişkinin (genellikle anne) eşliğinde yapılmalıdır.

Çocuğun davranışları, ruhsal durumu ve kendisi ile ilgilenen yetişkin ya da yetişkinler ile olan ilişkisinin niteliği belirtilmelidir. Fizik muayene, boy ve kilo ölçümü ile davranış ve gelişimin değerlendirilmesini içermelidir. Genital muayene her zaman genel muayenenin bir bölümü olarak ve genellikle en son yapılmalıdır (4).

Çocuğun muayene edildiği odanın bazı özellikleri olmalıdır. Muayene tek doktor tarafından yapılmalı, öykü ile ilgili soruları bu hekim yöneltmelidir. Muayenede bulunması gerekli olan diğer hekimler ve uzmanların aynalı bir bölme arkasından muayeneyi izlemeleri sağlanmalıdır. Diğer doktorlar sorularını; teknolojik olanaklar kullanarak muayeneyi yapan hekim aracılığı ile hastaya iletmelidirler. Tüm görüşme mümkün olduğunca görsel ve işitsel kayıt altına alınmalıdır.

Hekim çocukla konuşurken yalnız olabilir ya da çocuk hemşiresi ya da sosyal hizmet uzmanı onlara eşlik edebilir. Konuşma sırasında çocuk için rahat bir ortam sağlanmalıdır. Çocuğun anlattıkları tekrarlanmalı, olayı canlandırabilmesi için gerçeğe uygun yapılmış oyuncak bebeklerden ve resim çizdirme gibi yansıtma (projektif) tekniklerden yararlanılmamalıdır. Ayrıca hekim çocuğun bilgilerini, güvenilirliğini ve doğruyu yanlıştan ayırma yeteneğini dikkatlice değerlendirmelidir. Eksiksiz ve tam bir öykü alınmalıdır. Öykü sırasında evdeki tüm bireyler, ailenin yaşadığı yer, süre, varsa çocuk bakıcıları, çocuğun yetiştirilme şekli, travmanın tarihi, hastaneye gitme, kardeşler, daha önce geçirdiği travmalar, çocuktaki davranış bozuklukları kaydedilmelidir. Çocuğun cinsel istismar ile ilgili söylediği her şey ciddiye alınmalı, çocuğun yaşına uygun konuşma teknikleri kullanılmalı; fakat çocuğu tekrar tekrar sorguya çekmekten kaçınılmalıdır (4).

## Öykü

**Çocukla görüşme:** Çocuktan mümkün olduğu kadar ayrıntılı öykü alınmalıdır. Görüşme sırasında şunlara dikkat edilmelidir:

a) Çocuktan öykü alırken çocukla yukarıda açıklanan koşullarda yalnız bulunulmalı, dostça ilişki kurulmalı ve destekleyici olunmalıdır.

b) Tanışma sonrasında neden görüşüldüğü ve görüşmenin amacı açıklanmalıdır.

c) Çocukla aynı düzeyde oturulmalı, görüşmeye arkadaşları, okulu ya da ilgileri hakkında konuşarak başlanmalıdır. Böylece çocuk ile hekim arasında sıcak bir ilişki kurulabilir.

d) Muayene yapanın ses tonu ve yüz ifadesi yargılayıcı olmamalıdır.

e) Çocuğu tehdit edici konuşmalar yapılmamalı, güveni kazanılmalıdır.

f) Başlangıçta açık uçlu sorular sorulmalı, yönlendirici sorular sorulmamalıdır. Açık uçlu sorular şu şekilde olabilir: “Birileri sana hoşlanmadığın bir tarzda dokundu mu?”, “Birileri senin özel bölgene dokundu mu?”, “Nasıl oldu?”, “Konuyu biraz daha açar mısın?”, “Hatırladığın başka bir şeyler daha var mı?”, “En son olan olayı bana anlatabilir misin?”.

g) Taciz olayından sonra ağrı, kanama ya da idrar yaparken yanma olup olmadığı sorulmalıdır. Saldırganın ismi ve saldırının nerede olduğu öğrenilmelidir.

h) Tekrarlayıcı sorulardan kaçınılmalıdır.

i) Açık uçlu soruların sorulması bitmiş ve hala cinsel taciz olayı açığa kavuşmamışsa, daha özel sorular sorulmalıdır.

j) Görüşme sırasında çocuğun davranışlarını gözlemlenmeli ve kaydedilmelidir. Kayıtlar çocuğun ifade ettiği tarzda yazılmalıdır.

k) Görüşme sonlanırken çocuğa, olan şeyleri anlatmasının doğru bir davranış olduğu söylenmelidir.

**Anne baba ile görüşme:** Anne baba ile konuşurken çocuk oyun odasına alınmalıdır. Anne baba ile görüşme, aile öyküsünü ve gelişimsel tıbbi öyküyü içermelidir (1).

Görevlilerden ya da yaşı ile uyumlu olarak mağdur çocuktan alınacak öykü şunları içermelidir: Saldırının tarihi, meydana geldiği yer (ev, araba, ormanlık alan vb.), elbiselerin yırtılıp yırtılmadığı, direnç gösterip göstermediği, cinsel ilişkinin niteliği (anal, vajinal, oral), cinsel ilişkinin hangi durumda gerçekleştirildiği, kondom kullanılıp kullanılmadığı, olaydan sonra yıkanıp yıkanmadığı, en son cinsel ilişkide bulunduğu ve kakasını yaptığı tarih sorulmalıdır (7, 25,26).

Cinsel saldırı sonrası çocukta birçok psikolojik sekel görülür. Bunlar öz güven eksikliği, anksiyete, ve depresyondan uyuşturucu madde, alkol kullanımı, anormal cinsel gelişim ve travma sonrası stres bozukluğuna kadar uzanabilir (27). Cinsel saldırı mağduru çocuklar ileride çok sayıda “partner” ile cinsel ilişkiye girebilir, hatta erken yaşta gebelik görülebilir (28). Bu nedenle, yasal süreçte hata yapmamak için adli tıp uzmanı danışmanlığı ile çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk psikiyatri uzmanı tarafından, çocuğun istismar olayından sonra sağlıklı sağaltımı için birlikte değerlendirilme yapılmalıdır. Ayrıca gerektiğinde beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, enfeksiyon hastalıkları, göz hastalıkları ve ilgili diğer uzman hekimlerden konsültasyon istenmelidir. Radyolojik ve diğer tüm tetkikler mutlaka yapılmış olmalıdır.

## Muayene

**a) Fiziksel muayene:** Cinsel saldırı formları ve şemaları kullanılmalıdır. Mağdurun ayrıntılı bir muayene için tamamen soyunması gereklidir (3).

Kahverengi renkte büyük bir kağıdın üzerinde soyunması, elbiselerinden düşecek olan kıllar, lifler ve benzeri maddelerin elde edilmesi açısından önemlidir (2). Küçük çocukların muayenesi annelerinin kucağında yapılmalıdır. Bedendeki travmatik değişikliklerin (ekimoz, sıyrık, laserasyon, ısırık, ip izi vb.) yeri, niteliği ve kapsamı belirlenmelidir. Bu lezyonların mümkünse fotoğrafları çekilmelidir. Beden üzerinde bulunabilecek saldırganın kolları açısından dikkatlice gözlenmelidir. Ağız ve dudaklar, meme çevresi, kasıklar ve kalçalar dikkatlice muayene edilmelidir. Bazı ekimozların olaydan bir süre sonra ortaya çıkabileceği bilindiğinden, gerek duyulursa ertesi gün ekimoz aranması için yeniden muayene edilmelidir.

**b) Genital organların muayenesi:** Çocuk ergenlik çağında ise pubis kılları dikkatlice incelenmelidir. Tarakla taranarak elde edilecek pubis kılları ve çocuktan kesilerek elde edilmiş olan pubis kıl örnekleri karşılaştırma amacıyla saklanmalıdır. Killarda meni bulaştığı ve yabancı maddeler bulunup bulunmadığı incelenmelidir. Klitoris, vulva, büyük ve küçük dudaklar, üretra deliği, furşet ve perine sıyrıklar, ekimozlar, ödem yönünden incelenmelidir. Özellikle gözden kaçabileceği için bu tür lezyonların araştırılmasında tolüdin mavisi ve kolposkop ile muayene, onam alınarak fotoğraflama gibi inceleme yöntemlerinin kullanılması yararlıdır (29-32).

**Himen muayenesi:** İyi bir ışık altında yapılmalıdır. Küçük çocuklar “kurbağa bacağı” pozisyonunda muayene edilmelidir. Çocuk çok küçükse annesinin kucağında da

muayene edilebilir. Anatomik yapının yeterince gelişmemiş olmasına bağlı olarak küçük çocuklarla geniş yırtıklar olmaksızın cinsel ilişkide bulunulamaz. Bu durum göz önünde bulundurularak koitusun tam olmadığı cinsel organını sürtme ya da el ile okşama şeklindeki cinsel saldırıların bulgularının saptanması amacı ile çocuğun yaşına uygun durumda muayene yapılmalıdır. Çocuk daha büyükse dorsosakral yatırılarak dudakları nazikçe yana ve yukarı doğru çekilerek himen, vestibül ve vajinanın girişi ortaya çıkarılır.

Himen muayenesinde aşağıdaki sorular yanıtlanmalıdır:

1. Himen tipi nedir?
2. Himende yırtık var mıdır?
3. Yırtık yeni mi, yoksa eski midir?
4. Kaç tane yırtık vardır?
5. Yırtıklar nerededir?
6. Yırtıklar vajina duvarına kadar ulaşıyorlar mı?
7. Kızlık zarının çevresinde ekimoz gibi bulgular var mıdır?

Himenin şekli ve yırtıklarının durumu bir şema üzerinde gösterilmelidir. Yırtıkların yeri saat kadranına göre belirtilmelidir. Himenin iyileşmesi bireyden bireye, yırtıkların sayısına ve niteliğine, veneriyal hastalık ya da yerel hastalık olup olmadığına ve vulva hijyenine göre değişiklik gösterir (3). Texeira (33), kolposkop kullanarak yaptığı incelemede tek kısmi bir yırtıkta en hızlı iyileşmenin dokuz günde olduğunu belirtmiştir. Öte yandan daha karmaşık yırtıkların iyileşmesi 24 güne kadar uzayabilir. Yırtıkların büyük çoğunluğu (%62) saat kadranına göre 5-7 arasında olmaktadır (7,33). Yırtık alanı ilk iki günde kırmızı, şiş, ağrılı ve dokunulunca kanamalıdır. Bunlar genelde yedi günde iyileşir ve 8-10 günden sonra yırtık alanı büzüşür (34). Himenlerde çoğu kez eski yırtıklarla karışabilen doğal çentikler bulunur. Bunlar vajina duvarına uzanmazlar ve genellikle önde bulunurlar. Bazı himenlerin yapısı elastiktir ve yırtılma olmaksızın bir cinsel ilişki mümkündür. Bu tür himenlerin açıklığı yaşa ve çocuğun anatomik gelişimine uygun olarak 3-3,5 cm'ye kadar ulaşabilir. Bunlara anatomik olarak bakire denir. Görülme sıklığı %30'lara ulaşmaktadır (3). Himende yırtık olması kişinin rızası dışındaki yapılan cinsel ilişkiyi göstermez (2).

**Anüs muayenesi:** Büyük çocuklar iyi bir ışık altında diz-dirsek pozisyonunda gluteuslar iki yana açılarak muayene edilir ve saptanan lezyonlar şema üzerinde saat kadranına göre belirtilir. Küçük çocuklar sol yan pozisyonunda, kalçaları ve dizleri gevşek ve başı bir yastık üzerinde iken muayene edilir. Her iki elin başparmağı ile kaba etler ayrılır. Bu hareket tek başına anüste bir traksiyona yol açabilir. Otuz saniye beklenir. İç ve dış anal sfinkterler gevşer ve anal kanal yavaşça rektumun açık olarak görülmesini sağlayacak şekilde açılır. Bu "kalçayı ayırma"

(buttock seperation) ya da "kalçayı yana çekme testi" (lateral buttock traction test) olarak, anal kanalın açılması ise "refleks anal genişleme" (RAD) olarak tanımlanır. Ancak RAD anal yoldan gerçekleştirilmiş cinsel saldırının kesin bir bulgusu değildir (1). Ayrıca RAD rektumda dışkı varlığında, kabızlıkta, Crohn hastalığı gibi durumlarda da görülebilmektedir (1). Muayenede anüs çevresinde halka şeklinde ekimoz varlığı (venöz dolgunlukla karışabilir), mukozaya kalınlaşması ve düzleşmesi, mukozada şişlik ve hassasiyet, çatlak (fissür), yırtıklar, nedbe dokusu ve sfinkter zedelenmesi olup olmadığı muayenede aranmalıdır. Yalnız başına çatlak, hiperemi ya da sıyrığın saptanması livatanın (anal yoldan cinsel ilişki-ters ilişki) gerçekleşmiş olduğu anlamına gelmez (7). Ayırıcı tanıda; kabızlık, kötü hijyen vb. nedenler dışlanmalıdır. Özellikle 7-8 yaşın altındaki çocuklarda anatomik yapının tam gelişmemesi nedeniyle geniş yırtıklar olmaksızın ters ilişkide bulunulması mümkün değildir (7). Anatomik yapının gelişmesine koşul olarak 12-13 yaşın üzerindeki çocuklarda, rızayla yapılan ya da kayganlaştırıcı madde kullanılarak yapılan eylemlerde anüsün kolayca genişleyebilmesi sonucu hiçbir lezyon görülmeyebilir.

**Ağız muayenesi:** Cinsel saldırının eğer oral ilişki tarzında yapıldığı iddia ediliyorsa, ağız içi iyi bir ışık altında dikkatlice incelenmeli, ekimoz ve sıyrık araştırılmalıdır. Özellikle saldırganın ejakülasyonu çocuğun ağız içi ve çevresine gerçekleşmişse, sperm aranmak üzere ağız içi ve çevresinden sürüntü örneği alınmalıdır.

#### Örnek alınması

Cinsel saldırının boyutunun anlaşılması ve delil olması için usulüne uygun şekilde örnek alınmasına gerek vardır. Gerek cinsel saldırıya uğrayan ve gerekse bu saldırıyı yapan kişiden ayrı ayrı örnekler alınmalıdır.

#### Cinsel istismara uğrayan çocukta alınacak örnekler:

- a) Çekilerek çıkarılmış saç kılı (kökleri olmalı),
- b) Pubisten taranarak elde edilen pubis kılları ve diğer kılları,
- c) Çekilerek elde edilen karşılaştırmada kullanılacak pubis kılı,
- d) Karşılaştırmada kullanılacak kan örneği,
- e) Alkol, uyarıcı, uyutucu ve uyuşturucu aranması için kan ve idrar örnekleri,
- f) Vajinadan ve servikal kanaldan sürüntü örnekleri,
- g) Bedendeki her türlü şüpheli kalıntıdan alınan sürüntü örnekleri,
- h) Öyküde ağız penis teması varsa ağızdan sürüntü örneği,
- i) Anal ilişki iddiası varsa anüsten sürüntü örneği,
- j) Tırnakta bulunması olası deri kalıntıları gibi örnekler için elde edilen tırnak örnekleri,
- k) Öyküde meni bulaşığı olduğu bildirilen bölgelerden sürüntü örneği,

- l) Tükrük örneği,  
m) Gebelik testi için kan ve idrar örneği,  
n) Olaydan sonra uzun süre geçtiği iddia ediliyorsa ve gebelik varsa koryon villüs ve amnion sıvısı örneği (3).  
İstismarcıdan alınacak örnekler:  
a) Kökleri ile birlikte saç kılı,  
b) Kökleri ile birlikte pubis kılları,  
c) Karşılaştırmada kullanılacak kan örneği,  
d) Alkol, uyarıcı, uyuşturucu ve uyutucu aranması için kan ve idrar örnekleri,  
e) Kesilerek elde edilen tırnaklar,  
f) Karşılaştırma için tükrük örneği,  
g) Isırık izlerinden sürüntü örneği,  
h) Karşılaştırma için ısırılmamış deri kısmından sürüntü örneği,  
i) Bedende serbest halde bulunan kopmuş kıllar,  
j) Koronal sulkus, penis gövdesi ve üretra deliğinden sürüntü örneği alınması gerekebilir (2).

Özellikle cinsel yolla geçen hastalıkları taşıyan saldırıların gerçekleştirdiği vajina ve anüse cinsel organ sokulması ya da sürtünmesi şeklindeki cinsel saldırılarda, kurban çocuğa bu enfeksiyonu bulaştırabilir. Çocuklarda cinsel yolla geçen enfeksiyon bulguları açısından titiz bir muayene gerekir. Gerek istismarcıdan, gerekse de çocuk kurbandan cinsel yolla bulaşan hastalıkların saptanması için örnekler alınması da gereklidir. Çocuklarda bebeklik döneminden sonra ve yetişkinlerde görülen cinsel yolla geçen hastalıklar, cinsel istismarın kuvvetli göstergesi olabilir ancak bunun kanıtı değildir. Bu durumda gonore, klamidya, sifilis ve HIV, vb. saptanması cinsel temasın olası kanıtıdır (4;15).

#### Ana temalar

Cinsel saldırı mağduru çocuğun sağlık kuruluşuna başvurusunda öncelik çocuğun beden ve ruh sağlığını korumak olmalıdır. Çocuğun muayenesi mümkün olan en kısa sürede muayenesi yapılmalı ve adli raporu düzenlenmelidir.

Muayeneye katılan hekimlerden oluşan adli sağlık kurumlarınınca ortak bir rapor düzenlenmelidir.

Çocuğun muayenesine katılan hekim, sosyal hizmet uzmanı ve hemşireler cinsel saldırı konusunda özel eğitim almış olmalıdırlar. Bu alanda yüksek lisans ve doktora programları açılmalıdır.

Çocuğun muayenesinin tekrarından kaçınmak için ilk muayene bu konuda yetkin kişilerce yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve olgunun tekrar değerlendirilmesi gerektiğinde; zorunlu bir durum olmadıkça yeni bir muayene yapılmaksızın bu kayıtlardan inceleme yapılmalıdır.

Gerektiğinde kısa süre içinde ulaşılabilen cinsel saldırıya uğrayan çocukların muayenesini yapabilecek yetkin ekipler oluşturulmalıdır.

Gizliliğe mutlaka uyulmalı, ilgisiz kişilere asla bilgi verilmemelidir.

Eğer cinsel organın vajina içine girişi (koitus) gerçekleşmiş ise, doğum kontrolü açısından yardımda bulunulmalıdır.

Cinsel saldırı mağduru çocukların tamamı sağaltım programına alınmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. Ankara: Seçkin yayıncılık, 2007.
2. Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB. Cinsel suçlarda muayene. Harran Tıp Fak Der 2004; 1: 48-52.
3. Celbiş O. Çocukların adli tıbbi muayenesi. İçinde: Yakıncı C, Selimoğlu MA (eds). Çocuk hastalıklarında klinik tanı. Adana: Nobel kitabevi. 2009: 421-34.
4. Polat O. Klinik Adli Tıp. Ankara: Seçkin yayıncılık, 2009.
5. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. Child Abuse Negl 1998; 22: 481-91.
6. Miringoff ML, Opdycke S. America's social health: putting social issues back on the public agenda. New York: ME Sharpe Inc, Armonk, 2008: 106-7.
7. Soysal Z, Eke M. Cinsel saldırı. İçinde: Soysal Z. Adli Obstetrik/Jinekoloji. Cilt II. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları-9, 2003: 1089-164.
8. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1994; 18: 409-17.
9. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. Future Child 1994; 4: 31-53.
10. Bolen RM, Scannapieco M. Prevalance of child sexual abuse: A corrective metanalysis. Social Service Review 1999; 73: 281-313.
11. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav 2005; 34: 185-95.
12. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Negl 2006; 30: 247-55.
13. Koten Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında ensest bildiri. Ankara: XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi bildiri özetleri kitabı, 1996; 154.
14. Eckert OL, Sugar N, Fine D. Factors impacting injury documentation after sexual assault. Role of examiner experience and gender. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 1739-43.
15. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. Curr Opin Obstet Gynecol 2008; 20: 435-41.
16. Bernet W. Child maltreatment. In: Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 287-9.
17. Macan M, Uvodic P, Botica V. Paternity testing in case of brothersister incest. Croat Med J 2003; 44: 34-79.
18. Tamura A, Tsuji H, Miyazaki T, et al. Sibling incest and formulation of paternity probability: case report. Leg Med (Tokyo) 2000; 2: 189-96.
19. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2: 13-22.
20. Topcu S. Çocuk ve gençlerin cinsel istismarı. Ankara: Doruk yayıncılık, 1997: 43-86.

21. Celbis O, Ozcan ME, Ozdemir B. Paternal and sibling incest: a case report. *J Clin Forensic Med* 2006; 13: 37-40.
22. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; 7: 177-93.
23. McGregor K, Jülich S, Glover M, Gautam J. Health professionals' responses to disclosure of child sexual abuse history: female child sexual abuse survivors' experiences. *J Child Sex Abus* 2010; 19: 239-54.
24. Gerber P, Coffman K. Nonaccidental head trauma in infants. *Childs Nerv Syst* 2007; 23: 499-507.
25. Polat O. Adli tıp. İstanbul: Der yayınevi, 2000: 207-32.
26. Enos WF, Beyer JC. Examination of the rape victim. *Med Leg Bull* 1984; 33: 1-6.
27. Cantón-Cortés D, Cantón J. Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse Negl* 2010 Jun 1.
28. Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma Violence Abuse* 2010; 11: 159-77.
29. Lauber A, Souma ML. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 644-8.
30. McCauley J, Guzinski G, Welch R, Gorman R, Osmers F. Toluidine blue in the corroboration of rape in the adult victim. *Am J Emerg Med* 1987; 5: 105-8.
31. Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 609-16.
32. Lenahan LC, Ernst A, Johnson B. Colposcopy in evaluation of the adult sexual assault victim. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 183-4.
33. Teixeria WR. Hymenal colposcopic examination in sexual offences. *Am J Forensic Med Pathol* 1981; 2: 209-15.
34. Laraque D, Demattia A, Low C. Forensic child abuse evaluation: a review. *Mt Sinai J Med* 2006; 73: 1138-47.