

CHILD SEXUAL ABUSE

Halil İbrahim YAKUT¹, Elmas KORKMAZ²,

¹Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Ankara

Geliş Tarihi: 14.03.2013 Kabul Tarihi: 17.07.2013

Özet

Çocukluk döneminde cinsel istismar sadece önemli bir halk sağlığı sorunu olmasının ötesinde toplumsal ve sosyolojik bir problemdir. Cinsel istismar teşhis edilmesi zor bir problemdir. Teşhis edilmesinde en önemli aşama şüphe oluşmasıdır. Şüpheli vakalarda multidisipliner bir yaklaşımla hastanın hem fiziksel hem de psikolojik sorunları üzerinde çalışılmalı bir diğer taraftan da adli konular üzerinde titizlikle durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, cinsel istismar, ruh sağlığı

Abstract

Child sexual abuse is not only a serious health problem but also it is a sociologic and community based difficulty. It is hard to diagnose a sexual abuse case in daily practice. Most important key point in the diagnosis is the suspicion. In suspicious cases, a multidisciplinary approach is needed to heal both physical and psychological damages. On the other hand, legal issues should be handled carefully.

Key Words: Adolescent, sexual abuse, mental health

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin, çocuğun yaşadığı toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar olarak tanımlar. Cinsel istismar ise psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun bir yetişkin veya yaşça ve fiziksel olarak daha büyük bir çocuk tarafından cinsel uyarılma için kullanılmasıdır(1). Cinsel istismar farklı şekillerde örneğin, sözel istismar, açık saçık telefon konuşmaları, teşhircilik, röntgencilik, cinsel ilişkiye tanık edilme, bedenine cinsel amaçla dokunma-sürtünme, müstehcen yayınlara konu etme, fuşşa itme, ensest (aile içi cinsel istismar) şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Mutlaka şiddet içermesi gerekmez, çocuğun rızasının olup olmadığına bakılmaz(2).

Çocuklarda cinsel istismar prevalansını tespit etmeye yönelik yapılan çalışmaların sonuçlarında büyük farklılıklar vardır. 21 ülkeden yayınlanmış 39 prevalans çalışmasının sonuçlarının değerlendirildiği bir derlemede kadınlar için oran 0 ile %53, erkekler için 0 ile %60 arasında değişmektedir. (3) 1999 tarihli başka bir çalışmada ise bu oranlar kadınlar için %2 ile %62, erkekler için %3 ile %16 arasında olarak bildirilmiştir(4). Oranlardaki farklılığın nedenleri utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı bildirilmeyen vakaların olması, prevalans çalışmalarının çoğunlukla çocuklukta istismara uğramış yetişkinlere ile yapılması ve dürüstçe cevaplanması zor sorular içermesi olabilir(5). Ülkemizde ise Zoroğlu ve arkadaşlarının 2001 tarihli çalışmalarında cinsel istismar oranı %10.7 (ensest dâhil) bildirilmiştir(6). Vakaların ancak %5-10'unun bildirildiği düşünülmektedir.

Cinsel istimara uğrama cinsiyetler arasında farklılıklar göstermektedir, kızlar erkeklere göre 3-10 kat daha fazla etkilenmektedir. Olguların %80-95'inde fail 20-40 yaşları arasında, kurban tarafından tanınan, evli ve çocuklu erkeklerdir(7). Bir çalışmada çocukken (on iki yaşın altında) cinsel istismara uğramış yetişkinlerin %86'sının kendilerini istismar edenleri tanıdıklarını (%20 baba, %16 akraba, %50 ailenin iyi tanıdıklarını düşündükleri arkadaşları) ve hatta öncesinde sevdikleri kişiler olduğunu rapor etmişlerdir (8).

Çocukta Cinsel İstismar İçin Risk Faktörleri

Cinsel istismarda çocuk için birçok risk etmeni söz konusudur. Ancak bunlar arasında en önemli rol oynayan ailesel etmenlerdir. Düşük sosyoekonomik düzey, zayıf anne-baba-çocuk ilişkisi, anne ve baba arasındaki zayıf ilişkiler, koruyucu anne ve babanın bulunmayışı cinsel istismar riskini artırmaktadır. Aynı şekilde çocukta bir psikiyatrik bozukluğun bulunması (mental retardasyon gibi) da riski artırmaktadır.

Ensest için risk faktörleri ise alkolik baba, annenin hasta olması veya evi terk etmesi, yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları, kız çocuklarının babalarından ayrı yaşmaları, aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar, annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması, 6 - 8 yaşlarında ve kız çocuk olmak, anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı, iktidarsızlık ve psikopati şeklinde sıralanabilir (2).

Cinsel İstismarın Çocuğun Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Cinsel istismarın çocuk üzerinde etkileri pek çok faktöre bağlı değişkenlik gösterir. Çocuğun yaşı, olgunluk derecesi, saldırganla arasındaki yaş farkı ve yakınlık derecesi, saldırının süregelenliği, olay sırasında şiddet ve zor kullanılması gibi değişkenler çocuktaki ruhsal travmanın büyüklüğünü etkiler.

İstismarın erken dönemde neden olduğu tepkilerin başında anksiyete gelir. Anksiyete kendini davranış değişiklikleri ile gösterebileceği gibi travma sonrası stres bozukluğu gibi karmaşık tablolarla da gösterebilir. Cinsel istismarda olası sonuçlar dört başlık altında incelenebilir. Bunlardan ilki zedelenmiş cinselliklerdir. Yaşanılan istismar, cinsel norm ve standartlarda karmaşa yaratmakta ve hem cinsel duygular, hem de cinsel tutumların normal gelişimlerinden sapmasına ve uygun olmayan biçimler almasına neden olmaktadır(8). Olası diğer bir sonuç ise güven duygusunun zedelenmesidir ve özellikle istismarcı tanıyan birisi ise ön plandadır.

Çocukta ihanete uğrama korkusu yerleşir ve yakın ilişkiler kurmasına engel olur. Olumsuz etkilerin bir diğeri güçsüzlüktür. Çocuk, isteği ve iradesi dışında cinsel istismara uğrayıp bunu engelleyemediği durumlarda kendini yoğun bir biçimde güçsüz ve çaresiz hissetmektedir(2). Kişi, kendisine yöneltilen zorbalığı bir başkasına yönelterek çaresizlik ve güçsüzlük duygularının üstesinden gelmeye çabalayabilir ya da saldırganlığını kendi bedenine yöneltilip intihara teşebbüs edebilir. Damgalanma- etiketlenme diğer bir olası sonuç olarak karşımıza çıkabilir. İstismara uğrayan çocuk utanç, suçluluk kirlenmişlik gibi duyguları zaman içerisinde benliğine yerleştirir ve kendini olumsuz algılamaya başlar(9).

Çocukluğunda istismara uğramış erişkinlerde majör depresyon, intihar, borderline kişilik bozukluğu, alkol- madde bağımlılığı, bulimia, agorafobi ve panik bozukluğunun anlamlı bir şekilde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir(10).

Çocukta Cinsel İstismarın Tespiti

Cinsel istismara uğrayan çocuklar, üç temel belirti ile hekimin dikkatini çeker: bunlardan birincisi davranışsal değişikliklerdir. Fobiler, öfke nöbetleri, madde bağımlılığı, uyku bozuklukları, saldırganlık, sosyal geri çekilme, kabuslar, kendine zarar verme, depresyon, yeme bozukluklar, cinsel dışa vurumlar, düşük özsayı ve okul problemleri bunlardan bazılarıdır. Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuk ve ergenlerdeki en özgün davranış belirtileri artmış cinsel dışa vurumlar tarzında kendisini göstermektedir. Bu çocukların yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar, teşhircilik, baştan çıkarma veya oyunlarında cinsel içeriğin olması, erişkin veya diğer genç çocuklarla daha sık cinsel ilişkiye girme davranışları gösterdikleri tespit edilmiştir. Cinsel istismara uğramış erkek çocuklarda en sık görülen davranış tepkisi, saldırgan davranışların gelişimi şeklindedir. Kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, intihar ve kendine zarar verme şeklindedir.

Cinsel istismardan şüphelenilmesine neden olabilecek bir diğer durum anogenital yaralanmalar veya diğer tıbbi yakınmalar ile gelen çocuklarda saptanan fiziksel bulgulardır.

Genital, anal veya üretral travma, genital veya anal ağrı, kaşıntı, sıyrıklar, kanama, tekrarlayan üriner enfeksiyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, dizüri veya akıntı vulvitis veya vulvovajinitis veya anal inflamasyon, gebelik, karın ağrısı, kronik kabızlık, ağırlı dışkılama, enürezis ve enkoprezis karşılaşılabilecek semptom ve bulgulardır.(5)

Nihayet istismara uğrayan çocuğun veya olaya tanıklık eden kişinin uygunsuz ilişkiyi açıklaması da cinsel istismarın tespitinde hekimi uyaran son belirtidir.

Cinsel İstismara Uğrayan Çocuğun Değerlendirilmesi

Cinsel istismarın kurbanının güvensiz ortamdan uzaklaştırılması ilk adımdır. Öykü mümkünse bir psikiyatrist tarafından veya eşliğinde alınmalıdır. Çocuk veya ergenle mümkünse yalnız olunmalı, dostça ilişkili kurulmalı ve destekleyici olunmalı, yargılayıcı olmaktan kaçınılmalıdır. Başlangıçta açık uçlu sorular sorulmalı, tekrara düşülmemelidir ancak hala cinsel taciz olayı açığa kavuşmamışsa daha özel sorular sorulmalıdır. Görüşme sırasında çocuğun davranışlarını gözlemlenmeli ve kaydedilmelidir. Hekim çocukla bu karşılaşma sırasında çocuk istismarının genel belirtilerine karşı uyanık olmalıdır. Hikâyede, şüpheli olayın ayrıntıları, tüm tıbbi hikâye (özellikle genitoüriner ve gastrointestinal semptomlar), ailede daha önce yaşanan benzeri olaylar tüm detayıyla sorulmalıdır.

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 kaçınılmalı eğer çocuk çok küçük ise muayene genel anestezi altında yapılmalıdır (7).

Genel fiziksel muayenede travmatik lezyonların buldukları bölgeler ve bunların renkleri belirtilmelidir. Bu bulgulardan özellikle kol, ense ve bacadaki görülenler istismar açısından anlamlıdır. Genel fiziksel muayene sonrası genital bölge muayenesine geçilir. Birçok prepubertal kızda vajinal vestibülün, himenin ve dış genitalerin görsel muayenesi yeterlidir. Çocuk dizgöğüs pozisyonunda, supin kurbaga pozisyonunda veya annesinin kucagında muayene edilebilir. Bilateral labium majusların dışarı ve aşağı çekilmesi ile hymen ve vajenin distal kısmı kolayca değerlendirilebilir.

Fiziksel bulgular çocuğun yaşına, penetrasyonunun olup olmamasına, olayın üzerinden geçen zamana göre değişkenlik gösterir. Penetrasyonun olduğu küçük çocuklarda ciddi yaralanmalar olabilirken minimal travma ile kısa sürede iyileşen ve kalıcı iz bırakmayan küçük yaralarda olabilir.

Prepubertal kız çocukları için fiziksel bulgular aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.

1. Normal görünen genital organlar
2. Nonspesifik bulgular: Cinsel istismardan kaynaklanabilen, ama aynı zamanda buna bağlı olmadan da görülebilen genital anomaliler. Bu kategoride dış genital bölgenin kızarıklığı, vestibüler ve labial mukozanın artmış vasküler özellikleri, cerahatli vajinal akıntı, posterior forşet bölgesinde küçük fissürler ve laserasyonlar, labia minoranın aglutinasyonu bulguları görülebilir.

3. Spesifik bulgular: Cinsel istismarı kuvvetle düşündüren bir veya daha fazla bulgunun varlığı. (deride ısıрма izleri, hymenal çentik, anal dilatasyon, labium veya perinede akut laserasyonlar, hymeni içermeyen posterior forşet laserasyonları)

4. Tanımlayıcı bulgular; hymenin akut laserasyonu, vajinal laserasyon, eksternal anal sfinkteride içine alan perianal laserasyonlar, semen ve artıklarının varlığının gösterilmesi(11)

Fiziksel incelemenin ilk amacı kurbanın tıbbi ihtiyaçlarını tespit etmektir. İkinci amacı ise daha sonra delil olarak kullanılacak bulguları toplamaktır. Adli laboratuvar için örnek toplamak ancak kurban olaydan en geç 72 saat sonra getirilirse anlamlıdır. Toplanan tüm örnekler eğer adli amaçla toplanıyorsa, alındığı bölge ve ilgili bulgularla birlikte etiketlenmelidir. Paket ve zarflar inceleyen tarafından mühürlenmeli ve imzalanmalıdır. Her etikette: 1. Hastanın kimliği, 2. Örnek adı, 3. Alındığı bölge, 4. Alındığı zaman ve tarih, 5. İnceleyen imzası bulunmalıdır. Örnekleri içeren tüm paketler özenle mühürlenmelidir. Bunlarla ilgili olan herkesin bunlara ancak imza karşılığı ulaşabilmesi temin edilmelidir. Örnekler polise veya adli laboratuvarlara teslim edilene kadar mutlaka kilit altında tutulmalıdır. Bu tedbirler delil zincirini ayakta tutmak ve herhangi bir soru işaretine yer bırakmamak için gereklidir. Kurbanın saldırı esnasında üzerinde olan giysileri toplanmalı ve bir çantaya konulmalıdır. Bu eşyaların bir tarifi ve durumları hakkındaki bilgi bu çantaya iliştilmelidir. Genel inceleme sırasında bulunan kum, çimen gibi maddeler, tırnak diplerinden alınan materyaller ve vücut üzerinde bulunan kopmuş kıllar toplanarak, zarflara konulmalıdır. Hastanın vücudu üzerindeki seminal sıvı izlerini tespit edebilmek için Wood ışığı kullanılabilir, çünkü ultraviyole spermin fluoresansına neden olmaktadır. Semen lekesi daha sonra analiz edilmek üzere nemli bir pamuk (swab) ile vücut üzerinden alınır ve saklanır. Vajinal penetrasyondan şüpheleniliyorsa, vajinal swab alınıp laboratuvara gönderilmelidir.

Çocukta Cinsel İstismarın incelenmesinde Kadın Hastalıklar ve Doğum Uzmanının Yeri

Cinsel istismara uğrayan çocukların değerlendirilmesinde adli hekim olmadığı zaman kadın hastalıkları ve doğum uzmanı muayene ve kanıtların toplanmasından sorumludur. Bunun yanında cinsel saldırımı çocukta kısa ve uzun vadede yol açabileceği tıbbi durumların değerlendirilmesinden ve yönetiminden de sorumludur. Cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklara yönelik araştırmaların (serviks, ağız, rektum kültürleri; N.Gonore, C. Trachomatis, Herpes Simplex, serolojik testler; Sifiliz, Hepatit B, HIV, Trichomonas'a yönelik ıslak preparat) yapılması gereklidir. Cinsel yolla bulaşan

hastalıklara karşı profilaktik tedavi değerlendirilebilir veya 2 hafta sonra testler tekrarlanabilir. Mağdur Hepatit B için aşılanmamış ise aşılama programına alınmalıdır. Mağdur fertil ise gebelik testi yapılmalı, gebelik söz konusu ise seçenekler konuşulmalı, olay yeni ise acil kontrasepsiyon seçeneği gözden geçirilmelidir(12). Çocuklarda cinsel istismarın asıl etkisinin ruh sağlığı üzerine olduğu unutulmamalı ve tam bir muayeneden geçirilmek ve takip ve tedavisinin planlaması için psikiyatri hekimine konsülte edilmelidir.

Kaynaklar

1. Akduman G, Ruban C, Akduman B ve Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar. Adli Psikiyatri Dergisi 2005; 3(1):9-14
2. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; Cilt:2, Sayı:4
3. Pereda N, Guilera G, Forn M, Benito J G. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor. Child Abuse Negl 2009; 33:331-42
4. Voltegan ND, Wilsnack SC, Harris R, et al. Prevalance and risk factors for childhood sexual abuse: national survey findings. Child Abuse Negl 1999;23:579-92
5. Girardet RG, Lahoti S, Parks D, McNeese M. Issues in pediatric sexual abuse-What we think we know and where we need to go. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 32(7):216-46, 202
6. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(2): 69-78.
7. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. Çocuk istismarı ve ihmali. Adli Tıp Ders Notları.
8. Çelik AR. Çocuk cinsel istismarı: Sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2007;4(1)
9. Davis JL, Petretic-Jackson PA. The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning. A review and synthesis of the imperial literature. Agress Violent Behav 2000;5:291-328
10. Yolga Tahiroğlu A, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:1-7
11. Adams JA. Adams classification system for assessing physical, laboratory and historical information in suspected child sexual abuse. Child Maltreatment 2001;6:31-6
12. Berek JS. 2004. Novak's Gynecology. Lippincott Williams and Wilkins Chapter 11: Sexuality, Sexual Dysfunction, and Sexual Assault Baram D, Basson R p:310-7

Sorumlu Yazar

Elmas KORKMAZ

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Talatpaşa Bulvarı Hamamönü-Altındağ/ ANKARA

Tel: 0 537 588 50 06

E-mail: elmas.korkmaz@hotmail.com