

Ensest Şüphesi İçeren Bir Olguda Tanı Güçlüğü

Difficulty in Diagnosis of a Case with High Suspicion of Incest: Case Report

Dr. Ümit ÜNÜVAR ATILMIŞ,^a
Dr. Tarık GÜNDÜZ,^b
Dr. Kenan KARBEYAZ,^b
Dr. Yasemin BALCI,^b
Dr. Resmîye ORAL^c

^aMedikolegal Akademi Danışmanlık,
İstanbul

^bAdli Tıp AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Eskişehir

^cPediyatri AD,
Iowa Üniversitesi, USA

Geliş Tarihi/Received: 14.08.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 11.09.2008

*Bu sunum, VII. Adli Bilimler Kongresi,
(11-14 Mayıs 2006, Konya)'nde poster
olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Kenan KARBEYAZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Adli Tıp AD, Eskişehir,
TÜRKİYE/TURKEY
kenankarbeyaz@mynet.com

ÖZET Çocuk istismarı içinde özel bir konu olarak yer alan ensest, çocuğa yönelik cinsel istismarın en ağır formlarından biridir. Saptanmasındaki güçlükler nedeniyle, toplumumuzdaki sıklığı ve demografisi bilinmemektedir. Bu çalışmada, ensest mağduru olduğundan kuşku edilen bir olgu sunulmuştur. Olgu, ani bilinç kaybı ile hastaneye getirilen ve tedavi sürecinde etiyolojisi anlaşılmasından ölen 4 yaşında bir kız çocuğudur. İlk değerlendirmesinin yapıldığı ve takiben tedavi edildiği sağlık kuruluşlarında anüsünde ekimoz ve akut kanamalı fissür saptanması nedeniyle akut cinsel saldırı açısından incelenmiş ve gerekli bildirimleri yapılmıştır. Ölümle sonuçlanan bu tür olguları değerlendirmede sistematik eksiklikler nedeniyle kesin delil niteliğinde bulgular elde edilemediği için, sanık/kuşku edilenlerin saptanamadığı ve yargılanamadığı bu olgu adli tıp yaklaşımı açısından tartışılmış, bu tür olgulardaki tanı güçlükleri irdelenmiş, tanı ve tedaviye yönelik ekip çalışmasının önemi ve çocuk koruma merkezleri oluşturulmasının gereği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ensest, tanı, adli tıp

ABSTRACT Incest, a unique presentation in child abuse, is one of the most traumatic forms of sexual abuse. Because of the difficulties in disclosure, prevalence data and information on its demographic characteristics in Turkey are not available. In the present study, a suspected victim of incest was reported. This case was a 4 year-old female who was brought to the hospital with loss off consciousness and died during the treatment before the etiology was clarified. In the first medical facility the case presented to, genital exam revealed ecchymosis and acute fissure around her anus with bleeding. Because of these findings the case was reported to law enforcement for acute sexual assault. Due to the absence of a structured/systematic interagency collaboration for evaluation, forensic evidence of acute sexual assault was not collected and the suspect was not identified or tried. This paper discusses the importance of team work in evaluation of acute sexual assault. It also emphasizes the potential of child protection centre model to address the needs of similar cases. Finally forensic medicine point of view in diagnosis of these difficult cases is discussed.

Key Words: Incest, diagnosis, forensic medicine

Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008;5(3):124-32

Cocuk istismarı içinde özel bir konu olarak yer alan ensest, çocuğa yönelik cinsel istismarın en ağır formlarından biridir. Ensest, gelişmiş ya da gelişmemiş tüm toplumlarda görülebilen sınıflar üstü bir sorundur. Ensest olgularının saptanması çocukla çağdaş görüşme tekniklerinin uygulanmadığı ve olayın doğası gereği aile bireylerinin hekimlerle iş birliği yapmadığı durumlarda oldukça zordur. Genellikle mağdur çocuklar suçluluk, utanç, korku ve diğer birçok nedenle olayı açıklayamamakta, ai-

le ise olayın fazla duyulmaması için bir an önce durumun örtbas edilmesini tercih etmektedir.^{1,2} Bu tür olgularda sıklıkla tanı koydurucu fiziksel bulgular görülmemekte ve adli soruşturma ile de bir sonuca varmak güçleşmektedir.³

Çocukta cinsel istismar; çocuğun, cinsel haz amacı ile zorla ya da ikna edilerek cinsel etkileşim için kullanılmasıdır. Çocuğun rızası olsun ya da olmasın tecavüze uğraması, cinsel organlarının ellenmesi, müstehcen sözlere maruz bırakılması, yetişkinin cinsel organlarını okşamaya yöneltilmesi ya da zorlanması, çocuğun pornografide ya da fuhuşta kullanılması, çocuğa pornografik materyal izlettirilmesi, teşhircilik vb. gibi davranışlara maruz bırakılması “cinsel istismar”, bu eylemlerin aile bireyleri tarafından gerçekleştirilmesi ise “ensest” olarak tanımlanmaktadır.⁴ Bu tanımın yanında çocuğa bakmakla yükümlü kişileri de bu kapsamda değerlendiren görüşler mevcuttur. Bu etkileşimlerin yol açtığı travma, ensest kurbanı çocuklarda psikolojik sorunlara ve sağlıksız bireyler olarak yetişmelerine yol açabilmektedir.

Bu çalışmada; muayene ve tedavisini üstlenen hekimler tarafından aile içinde cinsel istismara uğradığından kuşkulanan, kesin delil elde edilemeyen, ailenin desteği olmadığı için tanısı konulamayan bir olgu sunulmuş, bu tür olgularda tanı ve tedavide karşılaşılan güçlükler, adli ve tıbbi yaklaşım ve yapılması gerekenler tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Dört yaşındaki olgu, 02.05.2002 tarihinde ani bilinç kaybı nedeni ile bir ilçe devlet hastanesinden, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesine sevk edilmiş, burada Pediatri Yoğun Bakım Ünitesine yatırılmıştır. Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi, peri anal lezyonları nedeniyle cinsel istismardan kuşkulandı ve 03.05.2002 tarihinde Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan konsültasyon istemiştir.

Aile ile görüşme: Konsültan hekim bakı öncesi aile ile sistematik görüşme yapmamış, fizik bakı sonrası yoğun bakım ünitesi dışında bekleyen annesi ile hasta gizliliği sağlanamayacak bir ortamda konuşmak zorunda kalmıştır. Ona çocuğa ne oldu-

ğunu sorduğunda, “Bilmiyorum, evde aniden böyle oldu, kızımın durumu nasıl?” yanıtını almıştır. Anal bölgedeki görünümle ilgili olarak cinsel istismardan kuşkulandı ve kuşkulandı sorulduğunda, annesi “Hayır çok akıllı bir çocuktur. Benim habirim olmadan hiçbir yere gitmez, herhangi bir şüphem yok. Niye bunları soruyorsunuz?” demiştir. Hastaneye gitmeden önce, evde kimle birlikte idi, o gün neler yaptı şeklindeki sorulara “Benim yanımdaydı, hiçbir yere ayrılmadı, mutfakta iş yapıyordum. Bir ara mutfaktan ayrıldım, bu halde buldum” demiştir. O sırada kızın dedesi ve babası, hekim ve annenin yanına gelip, ikisi birden “Ne olmuş, ne soruyorlar?” diye görüşmeye katılmışlardır. Görüşme sonrası konsültan hekim, ailenin “kızımızı tedavi edeceğinize nelerle uğraşıyorsunuz?” şeklinde tavır gösterdiği izlenimi edinmiş, ilk fizik bakı ve hastaneye geliş sürecini bilmediğinden, kuşku üzerine aileyi üzmemek gerektiği düşüncesiyle, öykü konusunda daha fazla çaba göstermemiştir. Bilinç kaybına neden olan durum hakkında, küçüğün tedavisini üstlenen hekimler de, henüz net olarak bir neden bulamadıklarını, gıda aspirasyonundan kuşkulandıklarını belirtmişler ve konsültan hekimle olgunun tıbbi öyküsünü paylaşmışlardır.

Olgunun seyri sırasında ensest kuşkusu giderek arttığı için ölümünü takiben, adli merciden olgunun adli tahkikat dosyası talep edilerek incelenmiş ve aşağıdaki bilgiler elde edilmiştir.

Olgu, annesi tarafından 02.05.2002 tarihinde, ağzında siyah renkli kusmuk bulaşığı ile evin mutfakta yerde yatar durumda bulunmuştur. Diğer kayıtlardaki dokümantasyona göre anne, olay günü lokum kutusundaki lokumların azalmış olduğunu fark ettiğini, olgunun tatlıyı çok sevdiği için eksilen lokumları yemiş olabileceğini düşündüğünü ve bilinç kaybının da havaleye bağlı olabileceğini düşünerek olgunun ayılması için “poposuna parmak attığını” ifade etmiştir.

Tıbbi öykü: Üniversite hastanesi ve adli inceleme dosyalarının incelenmesine göre: 21-23.05.2001 (40 aylık) tarihleri arasında Hacettepe Tıp Fakültesi Pediatri Yoğun Bakım Servisinde, akut gastroenterit ve diyabetik ketoasidoz tedavisi uygulanmıştır.

09.06.2001- 24.07.2001 (41 aylık) tarihleri arasında Hacettepe Tıp Fakültesi Dahiliye Servisine akciğer enfeksiyonu, obezite ve batında kitle ön tanılarıyla yatırılmıştır. PPD pozitifliği nedeniyle İNH başlanmış, tomografide görülen paravertebral retrokrural yerleşimli kitleye kesin tanı konulamamış, idrar tetkikinde steril piyürinin etiyojisi aydınlatılmadan aile çocuğu kendi isteğiyle taburcu etmiştir.

07-14.02.2002 (48 aylık) tarihleri arasında akut bronşit ve bronşiyolit tanısıyla hastanemizde yatmış, bu yatışında ailesi tarafından verilen öyküde, 1.5 yıldır ellerinde ayaklarında, dudaklarında morluk olduğu, Eylül 2000-Ocak 2001 tarihleri arasında 13 kg aldığı, Mayıs 2000'de kan şekerinin 600 mg/dL bulunduğu, sonra kendiliğinden gerilediği, 10 aydır diabetes mellitus ve obezite nedeniyle Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde tedavi görmekte olduğu, 21.01.2001 tarihinde ateşsiz dönemde tonik-klonik jeneralize vasıfta konvülsiyon geçirdiği, o dönemde çekilen bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemesinin normal olduğu, 21.09.2001 tarihinde 3 kg tatlı yediği, bu yüzden ketoasidoz tanısıyla Hacettepe Üniversitesi Hastanesi yoğun bakımda tedavi edildiği öğrenilmiştir. Adli tahkikat dosyasında, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'ndeki bu tedavisine ilişkin evraka rastlanmamıştır.

İlçe Devlet Hastanesi tarafından düzenlenen ilk raporunda; 02.05.2002 tarihinde solunum yoluna yabancı cisim kaçması öyküsüyle saat 11.45'te muayene edildiği, özgeçmişinde obezite, diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu, perinede anüs çevresinde halka şeklinde ödem ve ekimoz, litotomi pozisyonunda saat 3 ve 12 hizalarında anal kanala doğru uzanan kanamalı iki adet fissür, anal açıklıkta genişleme mevcut olduğu, hasta geldiğinde üst giysisinin olup altta sadece iç çamaşırının bulunduğu, geldiğinde kalp atımı ve solunumunun olmadığı, pupiller dilate, bilinç kapalı olup acil müdahale sonrası solunum ve kalp atımının başladığı, yabancı cisim aspire edildiği, yoğun bakım ünitesi olan bir sağlık kuruluşuna sevk edildiği kayıtlıdır.

Bilinci kapalı halde götürülen ve götürüldüğünde alt tarafında sadece külotu bulunan küçüğe, yapılan ilk müdahale esnasında sonda takılırken,

hemşire tarafından anal bölgedeki lezyonlardan kuşulanılması üzerine genital bakı yapıldığı öğrenilmiştir.

Pediatric Yoğun Bakım Ünitesindeki değerlendirme: İlk değerlendirmede, genel durum kötü, bilinç kapalı, pupiller ileri derecede miyotik, ışık refleksi çok zayıf, ambu desteği ile her iki hemitoraks solunuma eşit katılmakta ve kalp ritmik olarak kaydedilmiştir. Obezite, aspirasyon pnömonisi, intoksikasyon, diyabet koması (ailenin lokum kutusundaki lokumların azalmış olduğunu söylemesi üzerine) ön tanıları ile tedavi başlatılmıştır. Alınan öyküde, annesinin küçüğün 02.05.2002 tarihinde saat 11.30'da aniden bayılıp yere düştüğü, bu sırada solunumunun durduğu, o anda sakız çiğnediğini söylediği kayıtlıdır.

Fizik bakı: İstenen konsültasyonun parçası olarak 03.05.2002 tarihinde yapılan muayenesindeki bulgular: Dört yaşındaki kız çocuğu yaşından daha büyük görünümde; dış muayenede cildinde travmatik lezyon yok; sol yana yatış ve sağ diz karına çekik olarak yapılan anal muayenede anüste çepçevre dolup boşalan hemoroidal halka gözlenmiştir. Sırtüstü yatar pozisyonunda saat kadranına göre 12 hizasında anüs mukozasında 2 cm uzunluğunda 0.3 cm derinliğinde çevresinde ekimoz bulunmayan, silerken hafif kanayan, tabanında yer yer beyaz-sarı iltihabi reaksiyon bulunan fissür saptanmış ve fotoğrafları çekilmiştir (Resim 1).

Kuşkulu gözlemler: Muayeneler sırasında ane de dahil aile bireylerinin, sürekli doktorlara "niçin bu muayeneyi yaptıkları?, ne yapmak iste-



RESİM 1: Olgunun anal muayenesi.

dikleri?, ne buldukları? ” gibi sorular sorarak çocuğa yapılan genital muayeneden rahatsız oldukları gözlenmiştir. Ancak tüm sorgulamalara karşın aile bireyleri, çocuğa ne olduğunu bilmediklerini ifade etmeye devam etmişlerdir. Hatta küçüğün genital muayenesinden sonra anne, ailenin erkek fertleri tarafından neredeyse konuşması yasaklanmış gibi davranmaya başlamış, hekimler bir şey söyleyecek olsa hemen küçüğün babası ya da dedesi ortaya çıkmıştır.

Hastanede yatış süreci: İlk yattığında glikoz 170 mg/dL saptanmış olup hastanede yattığı süre içinde kan şekeri düzeyi 77 ile 292 mg/dL arasında değişmiştir. Karaciğer enzim düzeyleri normalin biraz üstünde, sodyum ve klor düzeyleri genellikle yüksek seyretmiştir. Geldiğinde sedimentasyonu normal iken 10 gün sonraki değeri 140 mm/saat bulunmuştur. Kan ve boğaz kültürlerinde üreme olmayıp sadece idrar kültüründe verilen antibiyotiklere duyarlı bir üreme kaydı mevcut olup, postmortem kan kültüründe de üreme olmamıştır. 17.05.2002 tarihinde genel durumu giderek kötüleşmiş, entübasyon tüpü sık sık pıhtılı kanla tıkandığı için iki kez değiştirilmiştir. Oksijen saturasyonu düşmeye başlamış, 18.05.2002 tarihinde kardiyak arrest gelişmiş ve resüsitasyona yanıt vermemiştir. Bu süre içinde herhangi bir toksikolojik inceleme yapılmamış, beyin, toraks ya da abdominal tomografi çekilmemiştir. Özetle, olgu yoğun bakımda tedavi altındayken olaydan 16 gün sonra, ani bilinç kaybının etiyojisi aydınlatılmadan eks olmuştur.

Otopsi bulguları: Postmortem ikinci gün yapılan otopside; dış muayenede travmatik lezyon saptanmamıştır. Himen ve perinede travmatik değişiklik saptanmamıştır. Anüste postmortem genişleme olduğu, ölmeden önce istenen konsültasyon raporunda tarif edilen fissürün önemli derecede iyileşmiş olduğu ve rektuma kadar ilerlemediği gözlenmiş, saat kadranına göre 12 hizasında 0.5 cm uzunluğunda, kanamasız, altında ve çevresinde ekimoz olmayan fissür saptanmıştır. Ölmeden önceki konsültasyon raporunda venöz dolgunluk olarak değerlendirilen bulgunun, ilçe devlet hastanesinde düzenlenen ilk raporunda ödem ve ekimoz olarak değerlendirilmiş olması nedeniyle

histopatolojik inceleme amacıyla anüsten cilt dokusu alınmıştır. Cilt dokusunun patolojik incelemesinde dermiste hiperemi, bir damar lümeninde polimorfonükleer lökositler görüldüğü kayıtlıdır.

İç muayenede; baş bölgesinde saçlı deri altında peteşiyal kanamalar, her iki akciğer yüzey ve lob aralarında peteşiyal kanamalar, akciğer kesitlerinde alacalı ve ödemli görünüm, kalpte foramen ovalenin açık olduğu saptanmıştır. Boyun organlarında trakeada mukoid içerik dışında özellik görülmemiştir. Batın bölgesinde deri altı yağ dokusu 2.5 cm kalınlıkta olup karaciğer hafif yağlı görünümde bulunmuştur. Histopatolojik ve toksikolojik incelemeler için alınan örnekler Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na gönderilmiştir.

Otopsi esnasında, batın bölgesinde kitle görülmemiştir. Hacettepe Tıp Fakültesinde Temmuz 2001 tarihinde çekilen tomografi bulguları ile ilgili bilgi mevcut olmadığından, paravertebral retrokural yerleşimli kitle açısından özel disseksiyon yapılmamıştır.

Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen raporda; karaciğer, akciğer, kalp, beyin ve böbrekten alınan örnekler ile kanda yapılan sistematik toksikolojik analizde aranan maddelerden (salisilatlar, barbitüratlar, fenotiazin, pirazolol, benzodiazepinler, trisiklikler-imipramin, amitriptilin, insektisidler, organik fosfat esterleri, klorlu hidrokarbonlar, karbamatlar, striknin, kan ve idrarda ayrıca esrar, opiatlar ve metabolitleri, kokain ve metabolitleri) hiç birinin bulunmadığı, histopatolojik incelemede miyokard, böbrek ve beyinde özellik izlenmediği, akciğer alveol lümenlerinde fibrin, eritrositler, dökülmüş hücreler, alveol iç yüzde tip 2 hücreler, septumlarda mezenkimal doku artışı ile birlikte diffüz alveoler hasar ile uyumlu bulgular, karaciğerde mikroveziküler yağlanma tespit edildiği bildirilmiştir. *Sonuç olarak küçüğün ölüm nedeninin kendisinde önceden var olan ve otopsi ile saptanamayan hastalık/hastalıklardan gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğuna karar verilmiştir.*

14.05.2002 tarihinde (olaydan 12 gün sonra), Savcılık tarafından, ilk hekim raporuna istinaden, anüsteki iz ve belirtilerin yabancı bir cisimle mey-

dana getirilip getirilmediği veya ırza geçme sonucu olup olmadığı, anüste ırza geçmeye yönelik bir bulgu olup olmadığı açısından soruşturma başlatılmıştır. Küçüğün ölümünden dört gün önce başlatılan süreç ölümünden sonra da devam etmiştir.

Baba ifadesinde; küçüğün daha önce 2001 yılında havale geçirdiği, sağlık lisesi mezunu gelinlerinin çocuğun makatına parmak atarak ayılttığı, daha sonra hastaneye götürdükleri, çok kilolu olan çocukta şeker hastalığının ortaya çıktığı, komaya girip 45 gün tedavi gördüğü, olay günü (02.05.2002) ise çocuğun evde fenalaşması üzerine aynı şekilde annesinin çocuğun makatına parmak attığı, ancak makatının büyük abdestli olduğu, makatındaki yara izlerinin eşinin parmak atması ile oluşmuş olabileceği, bir başkasının cinsel amaçlı eylemde bulunmadığı, olay anında anne ve kızın evde yalnız oldukları, anüs çevresinde ve içinde tespit edilen bulguların tırnaklı parmakla oluşmuş olabileceği, tırnaksız parmakla oluşmasının çok zor olduğu, tırnaktan başka künt ve sert bir cisimle oluşma ihtimalinin daha mantıklı olduğu, ancak kimseden şikâyetçi olmadığına söylemiştir.

Sağlık lisesi mezunu gelinleri, ifadesinde, babanın ifadesini desteklemiştir.

İlk muayeneyi yapan doktor, ifadesinde (23.05.2002); küçüğü anne ve babasının getirdiğini, muayene sırasında alt kısmında beyaz bir külot olduğu, anüste 2 adet yeni oluşmuş yırtık tespit ettiği, getirildiğinde kanamanın devam ettiği, anüsün genişlemiş halde olduğu, anüs çevresinde meniye veya cinsel ilişki sonucu oluşabilecek akıntı ya da bulguya rastlamadığı, sadece parmak sokmakla oluşabileceğini tahmin etmediğini, bu lezyonları ancak tırnağı çok uzun birinin biraz da zorlayarak oluşturabileceğini ya da demir gibi künt bir cisim sokulmasıyla oluşturulabileceğini belirtmiştir.

Diğer tanıklar ifadelerinde; annesinin tırnaklarının uzun olup olmadığını bilmedikleri ve küçüğün tecavüze uğradığını duymadıklarını söylemişlerdir.

Evin alt katında babanın işlettiği fırında çalışan işçilerden biri ifadesinde; küçüğün kendisini çok sevdiğini, tek başına apartmandan markete alınan kapıdan gelip kendisiyle oynadığını, birlikte

bahçede kazların olduğu kümese gittiklerini, marketin içinde kaset çalıp dans ettiklerini, küçüğü neşelendirmek için her şeyi yaptığını, olay günün olayın şokundan annesinin tırnaklarının uzunluğuna dikkat etmediğini söylemiştir.

Anne ifadesinde; kızının anüsüne sağ el işaret parmağını birden çok defa sokmuş olabileceğini, elini etrafında gezdirdiğini, tırnaklarının çok uzun olmadığını, fırındaki işçinin tecavüz etme ihtimalinin olmadığını, kızının sır tutmadığını her şeyi kendisine söylediğini ifade etmiştir.

Adli Tıp Kurumu'nun 2003 yılı raporunda; Küçüğün yaşarken anüsünde tespit edilen fissürün yabancı bir cisimle veya ırza geçme-ırza geçmeye teşebbüs sonucu meydana gelebileceği gibi, babasının ifadesinde belirttiği şekilde baygın olan küçüğün ayıtılması amacıyla anüsüne parmak sokulması suretiyle de meydana getirilebileceği mütalaasına varıldığı kayıtlıdır.

İlgili mahkeme tarafından 2003 yılında, ailenin kimseden şüphelenmemesi ve şikâyetçi olmaması, annesinin lezyonu parmağıyla yapmış olabileceğini belirtmesi ve Adli Tıp Kurumu raporunun incelenmesi sonucu takipsizlik kararı verilmiştir. Müşteki hakkında aynı mahkeme tarafından, müştekilerin küçüğün hastalıklarını göz önüne alarak gerekli dikkat ve özeni göstermedikleri, bu nedenle gelişen komplikasyonlar sonucu ölüme neden oldukları iddiasıyla yargılanma ve cezalandırılmaları talebiyle haklarında kamu davası açılmıştır.

2004 yılında, Adli Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Adli Tabip tarafından birlikte düzenlenen bilirkişi raporunda; "küçüğün yaşamını yitirmesi sürecinde anne ve babasının dikkatsiz, tedbirsiz ve özensiz davranmadıkları, bu nedenle sanık anne ve babaya herhangi bir kusur yüklenemeyeceği" kanaatine varılmıştır. İlgili Asliye Ceza Mahkemesinin 2004 yılı kararında; "... isnat edilen suçla ilgili olarak sanıkların cezalandırılmalarına yeterli, kuşkudan uzak, kesin ve inandırıcı delil elde edilemediğinden beraatlarına" karar verilmiştir.

Anne ve babanın 1996 yılında evlendiği, bir yıl birlikte yaşadıktan sonra annesi çocuğa hamile iken ayrı yaşamaya başladıkları, ayrı yaşadıkları sü-

reçte çocuğun doğduğu, iki yaşına geldiğinde anne babanın tekrar bir araya geldiği, yukarıda açıklanan mahkemeler sonrasında da anne ve babanın bilinmeyen bir nedenle boşandığı adli tahkikatından anlaşılmıştır.

TARTIŞMA

Ensest olguları, tüm sosyoekonomik düzeylerden gelen ailelerde hemen hemen eşit sıklıkta görülmele birlikte çocuk koruma servislerine bildirim, düşük sosyoekonomik düzeyden gelen ailelerde daha fazla olmaktadır.⁵⁻⁷ Ensestin gerçek sıklığının saptanması çok zordur. Yapılan çalışmaların anketlerle sınırlı olması, epidemiyolojik verilerin güvenini sarsmakla birlikte genel popülasyonda %4 olarak bildirilmektedir.⁴

Ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde sosyal tabuların da etkisiyle ensest olgularını ortaya çıkarmak daha da güçtür. Bir olguda ensest düşünüldüğünde, genital bölgede travmatik lezyonlar, cinsel ilişki ile geçen bir hastalığın varlığı, kronik vulvovajinit, planlanmayan hamilelik, çocuğun yaş ve gelişimi ile uygunsuz cinsel dışavurum davranışları kuşku uyandırıcı ipuçları olabilir.⁸ Ancak, çocuk cinsel istismar olgularının %90'dan fazlasında muayene bulgularının normal olduğu, Adams'ın sınıflamasına göre bulguların %80'inin nonspesifik olduğu belirtilmektedir. Anneler çocuklarının maruz kaldığı ensest olayının farkında olsalar bile ancak %3'ü çocuğu koruma yönünde bir girişimde bulunmaktadır.^{5,7} Kadının toplumsal olarak geri planda olması, çevreye "rezil olma" korkusu, ekonomik gücünün olmaması, eşine ya da diğer aile büyüklerine mahkûm bırakılması gibi anneyi ve diğer aile bireylerini çaresizliğe iten sebepler nedeniyle, çoğu ensest olgusu gizli kalmaktadır.

Ölüm nedeni, yaşarken yapılan incelemeler ve otopsi sonuçlarıyla anlaşılabilen bu 4 yaşındaki kız çocuğunu sunmamızın nedeni diğer bulgularına eşlik eden önemli akut peri anal travmatik lezyonlardır. Ailenin konsültasyona karşı ileri derecede duyarlılık göstermesi ve diğer aile bireylerinin anne ile doktorlar arası teması adeta kesmeye çalışması bu olgunun perianal lezyonlarının cinsel saldırı sonucu olmuş olması kuşkusunu arttırmaktadır. Ancak, cinsel istismar olarak düşünül-

len perianal lezyonların diğer sebeplerinin (enfeksiyonlar, kaşıntılı cilt hastalıkları, parazitler, ciltte pigmentasyon,...) ekarte edilmesi gerekmektedir.

Konuyla ilgili çalışmalarda, annelerin, ensest mağduru olan çocuklarıyla, bunu gerçekleştiren diğer aile bireyi arasında kaldıkları, ne yapacaklarını bilemedikleri, kimi kez olayı kabullenmek istemedikleri, bu ve benzeri kişisel, ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle çocuklarını koruyamadıkları, olayın ortaya çıkmasını takiben annelerin de post travmatik stres bozukluğu yaşadıkları, olayın sanığı diğer bir çocuğu olduğunda, duyulmadan ve yargıya yansımadan mağdur olan çocuklarını korumaya çalıştıkları bildirilmiştir.⁸ Bir çalışmada, ensest mağduru çocuklar açısından da olayı açıklamanın eklenen bir stres faktörü olduğu bildirilmiştir.⁹ Bir başka çalışmada, ensest tanısı konulan küçüğün annesi, ısrarla babanın yanında yer almayla çalışırken, sağlık personelinin çabalarıyla babadan koparılıp çocuğun yanında yer alması sağlandığında, takiben babanın intihar ettiği bildirilmiştir.¹⁰ Çocuklar korunmaya çalışılırken diğer aile bireylerinin de ihmal edilmemesi gerektiği unutulmamalıdır.

Adli Tıp Kurumu raporunda belirtilmemekle birlikte, çocuğun klinik bulguları ile otopsi ve histopatolojik incelemeler sırasında açığa çıkan bulgular da cinsel saldırı ile eş zamanlı obstrüktif asfiksiyi düşündürmektedir. Ancak ne yazık ki çeşitli nedenlerle olgunun perianal lezyonlarının cinsel saldırı sonucu olup olmadığı açıklığa kavuşturulamamış ve bu olguda adaletin yerini bulup bulmadığı sorusu yanıtız kalmıştır. Ensest olgularının tanısının konması, çocuğun korunabilmesi ve sağlıklı gelişimi için şarttır. Bu nedenle çocukla çalışan profesyonellerin duyarlı kılınması önemlidir. Ancak asılsız istismar bildirimlerinin % 30'lara ulaşabildiği unutulmamalı, çocuk korunmak isterken tüm ailenin dağılmasına yol açılmamalıdır.

Bu sonuçta kurumsal ve toplumsal faktörler rol oynamıştır. Akut cinsel saldırıya en iyi yanıt, tüm tanısız araştırmaların olgunun başvurduğu hastanede başlatılmasıdır. Oysa DNA analizi, adli kanıt kitleri gibi tanısız araçları kullanabilecek

akut cinsel saldırı ekip ve protokolleri üniversite hastaneleri dahil hiçbir hastanede henüz oluşturulmamıştır. Ancak çocuğun iç çamaşırı ve alınacak sürüntülerin savcılık izni ve talepleri sağlanarak laboratuvarlara ulaştırılması mümkündür. Bu nedenle olgunun en önemli tanı şansı lokal hastanede kaçırılmıştır. Lokal hastanenin en önemli başarısı ilk gören hekimin yaptığı genital bakı sonucu en azından bildirim yapılmasını sağlamış olmasıdır. Çocuk hekimlerinin ağız çevresi, boyun, dudak iç kısımları ve ağız boşluklarını (yabancı cisim bulaşıklıkları) ayrıntılı muayene ederek dosyasına bulguları not etmeleri gerekmektedir. Acil servis hekiminin çok doğru bir yaklaşım göstermiş olmasına karşın, büyük olasılıkla polis ve savcılıkla yalnızca yazılı iletişim kullanıldığı için adli incelemenin başlaması 12 gün gecikmiştir.

Pek çok üniversite hastanesinde olduğu gibi Eskişehir Osmangazi Üniversite Hastanesi'nde de henüz sistematik bir çocuk koruma ekibi kurulamamıştır. Böylesi bir ekibin yokluğuna bağlı olarak olguların standart/çağdaş yönetimi için gerekli olan klinik protokoller geliştirilmemiştir. Bu nedenlerle, istismar kuşkulu olgular multidisipliner bir anlayışla yönetilememektedir. Akut cinsel saldırı değerlendirmesinde, çocuğa bakmakla yükümlü aile bireylerinden ayrıntılı anamnez almak, oturmuş çocuk koruma ekiplerinin protokollerinde önemli rol oynamaktadır. Her ne kadar ensest, aile büyükleri tarafından gerçekleştirildiğinde, diğer aile bireylerinin baskı altında olmaları ve korkmaları gerçeği söylemelerine engel olsaydı da yine de olguyu değerlendiren her ekibin aile bireyleri ile gerekirse ayrı ayrı görüşme yapması çok önemlidir. Bu olguda ne yazık ki yukarıdaki nedenlere bağlı olarak aile ile bir protokole dayalı uygun bir görüşme yapılamamıştır. Öyle ki, olgu hakkında aktarılan tüm bilgiler adli inceleme dosyası incelenerek sonradan bir araya getirilmiştir. Bu inceleme sırasında da değişik aşamalarda olgunun değerlendirilmesi çabalarına katılan herkesin birbirinden bağımsız hareket ettiği ve çocuk istismarına sistematik yaklaşımda büyük bir eksikliğin olduğu gözlenmiştir.

Bölgesel düzeyde, yöremizde adli kanıtların değerlendirileceği bir ünite yoktur. Ulusal düzeyde ise, ülkemizdeki hukuk sistemi adli kanıt toplama-

yı polisin ve savcının kontrolüne vermektedir. Oysa olası cinsel saldırıda adli kanıt toplamanın anlamlı olduğu ilk 72 saat içinde çocuk tıbbi personelin kontrolündedir. Bürokratik işlemleri aşım kanıt elde etmek amacıyla örnek alma aşamasına gelindiğinde, çoğunlukla kanıtların henüz kaybolmamış olduğu kritik ilk saatler, hatta 72 saat aşılmış olmakta, dolayısıyla kanıtlar kaybolmaktadır. Bu olguda da savcının gerekli incelemeleri istemesi çocuğun yatışından 12 gün sonra gerçekleşmiştir. Bu nedenlerle olgudan adli kanıt örnekleri alınamamıştır.

Olgunun yargı sürecindeki yönetiminde de büyük bir kopukluk gözlenmektedir. Öyle ki, başlangıçta cinsel istismar açısından sorgulayan savcı ile ölümü halinde otopsi talebinde bulunan savcı farklı olup mahkeme sürecinde dosyaları birleştirilinceye kadar bulgular birbirinden bağımsız değerlendirilmiştir. Bölgesel çocuk koruma hizmetleri organizasyonu olmadığı için olayın savcılığa bildirildiği tarihten (02/05/2006) 12 gün sonra (14.05.2002), cinsel istismar ile ilgili soruşturma başlatılmış ve bu tarihten sonra aile bireylerinden alınan ifadeleri izleyerek 21.05.2002 tarihli yazı ile (çocuğun ölümünden 11 gün sonra) Adli Tıp Anabilim Dalından olayla ilgili rapor talep edilmiştir.

Olguda ani bilinç kaybına neden olan durum gerekli teknik olanakların olmaması ve/veya kullanılmaması nedeniyle saptanamamıştır. Adli Tıp Kurumu da ne yazık ki çok muğlak bir rapor vermiş ve tanıya katkıda bulunamamıştır. Küçüğe yönelik olası cinsel saldırı esnasında sesini çıkarmaması amacıyla ağız ve burnun kapatılmasına bağlı asfiksi nedeniyle ani bilinç kaybı gelişmiş olması ihtimali ortadan kaldırılamamıştır. Öyle ki, ölmeden önce beyin tomografisi çekilmemiş/çekilememiş, otopsi esnasında beyinden alınan örnekler üzerinde anoksik aksonal hasarın değerlendirilmesi açısından amiloid öncül boyası yapılmamıştır. Kafatasında saçlı deri altındaki ve akciğerlerdeki peteşiyal kanamalar ile histopatolojik olarak saptanan septumlarda mezenkimal doku artışı ile birlikte difüz alveoler hasar, spesifik olmamakla birlikte obstrüktif anoksiye bağlı olarak da görülen bulgulardır. Otopsi raporunda, anal bakıda gözleendiği kaydedilen "aralıklı muayeneler esnasında dolup

boşalan venöz dolgunluk” durumunun da ekimotik zemindeki bir venöz dolgunluk olup olmadığı yeterince açık olarak belirtilmemiştir.

Bu olguda tanıya katkıda bulunacak çok önemli unsurlar şunlar olabilir:

1) Aile bireyleri ile hastaneye geldikleri günde hem hekimlerin hem de polislerin ayrıntılı, tek tek görüşmeler yapması

2) Polislerin derhal harekete geçip aynı gün semt sakinleri ve aile tanışlarıyla ayrıntılı görüşmeler ve olay yeri incelemesi yapması

3) İlk başvuru hastanesi ya da Üniversite hastanesi yoğun bakım ünitesinde yattığı gün adli kanıt toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalık incelemelerinin yapılması

4) Polis yanı sıra Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne de bildirim yapılması,

5) Üniversite Hastanesinde Yoğun Bakım Ünitesi hekimi, Adli Tıp Hekimi, Polis, Savcı ve Sosyal Hizmetlerin katılımı ile bir konsey toplantısı yapılması,

6) Otopsiyi yapan hekimlerin, mevcut ayırıcı tanı listelerini kullanarak bulguları tek tek değerlendirmek yerine tüm klinik tablo ile bulguların birlikte değerlendirilmesi ve beynin ayrıntılı histopatolojik değerlendirmesinin yapılmasını sağlaması gerekmektedir.

Görüldüğü gibi bunların tümü, hastane, bölge ve ulusal düzeyde ileri derecede multidisipliner ve hızlı hareket eden bir iş birliğini gerektirmektedir. Tüm bunlar olabilseydi, bu aile eğer gizledikleri bir şey var ise olayı gizleme konusunda organize olmayı başaramadan kendilerinden gerekli bilgiler alınabilir, en azından verecekleri çelişkili ifadelerle çözümleri sağlanabilirdi. Polis, aile dışı bireylerin olayın çözümlenmesine yardımcı olmasını sağlayabilirdi. Adli kanıtlar ve cinsel yolla bulaşan hastalık incelemeleri cinsel saldırı açısından ek bilgi sağlayabilirdi. Bunların hiçbiri olmadığı için ne yazık ki bu olguda hem tıbbi hem de yasal tanı konulamamış ve sistemdeki önemli gedikler nedeniyle belki de bir tecavüz saldırganı başka kurbanları örselemek üzere yargıdan kurtulmayı başarmıştır.

Konuyla ilgili uzmanlar tarafından, sadece ensest olguları değil, aile dışından gelen cinsel istismar, aile içi ve dışından gelen fiziksel istismar ve ihmal olguları gibi her türlü çocuk istismarına karşı, olguların tespiti, tedavisi ve izlenmelerinde önemli yeri olan “Çocuk Koruma Merkezleri”nin yerel olarak oluşturulması gerekliliği uzun süredir tartışılmaktadır.¹¹⁻¹⁷ Keza, gelişmiş ülkelerde bu tür organizasyonlar zaten mevcuttur. İlimizde, konu ile ilgili değişik disiplinlerden (sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatrist, adli tıp uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, çocuk polisi, hukukçu vb.) uzmanları içinde barındıran bir “Çocuk Koruma Ekibi/Merkezi” bulunmamaktadır. Dolayısıyla, ensest kuşkusu olmakla birlikte tanı konulamayan olgu için böyle bir birime başvuru yapılamamış, profesyonel bir birimden destek alınmamıştır.

Olguyu muayene eden ve değerlendiren hekimler ve hakimler bağımsız olarak kendi işini yapmış, olgu yargıya yansımış ancak ne yazık ki bilirkişiler mahkemeye davet edilmemiştir. Diğer yandan, böylesi olguların değerlendirilmesi ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliği, değerlendirmelerde belli bir standart olmaması da bir eksiklik olarak karşımızda durmaktadır. Bu aşamada, Çocuk Koruma Merkezleri'nin varlığı hem tanı açısından hem de yargı sürecinin başlatılabilmesi açısından önemli olacaktır. Bu, sadece istismara uğrayan çocuk açısından değil, aynı şekilde istismara uğrama riski altında bulunan diğer kardeşlerin korunması açısından da önemlidir.

Özetle, ensest tanısında örseleme yapmayan ebeveyn olarak annelerin sağlık personeline yardımcı olması her zaman gerçekleşmeyebilir. Annelerin yanı sıra diğer aile bireyleri de ensest olgularının tanısında yardımcı olmayabilirler. Tüm kuşuklara rağmen ailenin desteği olmadan bu tanıyı koyabilmenin zorluğu nedeniyle, tanı, tedavi ve rehabilitasyon açısından hızlı, kurumlar arası iş birliğini baz alan profesyonel bir yaklaşım şarttır. Ülkemizde sayısı oldukça az olan donanımlı “Çocuk Koruma Merkezleri”nin arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alaggia R. Cultural and religious influences in maternal response to intrafamilial child sexual abuse: charting new territory for research and treatment. *J Child Sex Abus* 2001;10(2): 41-60.
2. Pintello D, Zuravin S. Intrafamilial child sexual abuse: predictors of post disclosure maternal belief and protective action. *Child Maltreat* 2001;6(4):344-52.
3. Korkmaz S, Eremiş S, Tamar M, Aydın C, Kayahan A. Küçük yaştaki ensest olgularında tanı ve adli süreçte yaşanan sorunlar nedeniyle üç olgu sunumu. *Adli Tıp Bülteni*: 2001;6(2): 81-6.
4. Polat O. Ensest. Polat O (ed). *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007. s.169-86.
5. Stern AE, Lynch DL, Oates RK, O'Toole BI, Cooney G. Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36 (6):1077-89.
6. McCarty LM. Investigation of incest: opportunity to motivate families to seek help. *Child Welfare* 1981;60(10):679-89.
7. Tyler AH. Abuse in the investigation and treatment of familial child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1984;8(1):47-53.
8. Sheela L, Natalie M, Rebecca G, Margaret M. Evaluating the child for sexual abuse. *American Family Physician* 2001;63(5):883-92.
9. Sauzier M. Disclosure of child sexual abuse. For better or for worse. *Psychiatr Clin North Am* 1989;12(2):455-69.
10. Özguven DH, Soykan C, Yazar H. Bir yasak-sevi olgusuna yaklaşım ve karşılaşılan güçlükler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(4):311-8.
11. Christian CW, Lavelle MJ, De Jong AR, Loisselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Am Academy Paediatric* 2000;106 (1):100-4.
12. Comitte on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject Review 1999;103:186-91.
13. Schatzow E, Herman JL. Breaking secrecy. Adult survivors' disclosure to their families. *Psychiatry Clin Nort Am* 1989;12(2):337-49.
14. Barcus RA, Bernstein BG. Victim-perpetrator reconciliation. *Violence Against Women* 1997; 3(5):515-32.
15. Hebert M, Lavoie F, Parent N. An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. *Violence Vict* 2002;17(3):355-72.
16. Tahiroğlu AY, Avcı A. Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri J Peditr Sci* 2006;2 (1):76-9.
17. Önal Ç. Çocuk istismarı. *Türkiye Klinikleri J Peditr Sci* 2007;3(1):27-9.