

T.C.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU OLGULARIN
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra ÖZHAN İBİŞ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Onur Burak DURSUN

Erzurum-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 30.03.2017 tarih ve E.1700099789 sayılı yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Arş. Gör. Dr. Esra ÖZHAN İBİŞ' in " Cinsel İstismar Mağduru Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimiz ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 07.04.2017 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçen tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

Doç. Dr. Onur Burak DURSUN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Jüri Başkanı

Yard. Doç. Dr. Mutlu KARAKUŞ
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. İbrahim Selçuk ESİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLolar DİZİNİ	IV
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TEŞEKKÜR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı İle İlgili Genel Tanımlar	3
2.1.1. İhmal	3
2.1.2. Fiziksel İstismar	4
2.1.3. Duygusal İstismar	4
2.1.4. Cinsel İstismar	5
2.1.4.1. Cinsel İstismar Tanımı ve Tarihiçesi	5
2.1.4.2. DSM ve ICD’de Cinsel İstismar	7
2.1.4.3. Cinsel istismar türleri	9
2.1.4.4. Türkiye’de Cinsel İstismar ile İlgili Yasal Düzenlemeler	10
Madde 103: Çocukların Cinsel İstismarı	10
Madde 104: Reşit Olmayanla Cinsel İlişki	11
Madde 105: Cinsel Taciz	12
2.1.4.5. Cinsel İstismar Epidemiyolojisi	14
2.1.4.6. Cinsel İstismar Etiyolojisi	15
2.1.4.6.1. Bireye ait risk faktörleri;	15
2.1.4.6.2. Ailesel risk faktörleri;	15
2.1.4.6.3. İstismarcı ile ilgili etkenler;	18
2.1.4.7. Cinsel İstismarda Klinik Görünüm ve Cinsel İstismar ile İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar	19
2.1.4.8. Cinsel İstismarın Dinamik Etkileri	24
2.1.4.8.1. Travmatik Cinsellik	24
2.1.4.8.2. İhanete uğramışlık hissi	25
2.1.4.8.3. Güçsüzlük	25

2.1.4.8.4. Damgalanma	25
2.1.4.8.5. Dezorganize Bağlanma	26
2.1.4.9. Tedavi	26
2.1.4.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	32
3.1. Örneklem	32
3.2. Uygulama	32
3.2.1. Bilgi Formu	32
3.2.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ)	33
3.2.3. Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği (ÇİTSTÖ)	34
3.3. İstatistiksel Yöntemler.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Olgular ile ilgili sosyodemografik özellikler	35
4.2. Aileler ile ilgili sosyodemografik özellikler.....	38
4.3. Poliklinik Başvurusu	42
4.4. Olay Yeri İle İlgili Bulgular	42
4.5. Tekrarlayan İstismar ve İstismar Sıklığı İlgili Bulgular.....	44
4.6. İstismarcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	46
4.7. İstismarcı Yakınlığı ile İlgili Bulgular	47
4.7.1. İstismarcı Yakınlığı ile Mağdura Ait Özellikler Arasındaki İlişki	47
4.8. İstismar Şekli ile İlgili Bulgular	49
4.8.1. İstismar Şekilleri ile Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	49
4.9. İstismarın Niteliği ile İlgili Bulgular	50
4.9.1. İstismarın Niteliği ve Mağdur İle İlgili Olası Risk Faktörlerinin İlişkisi .	50
4.9.2. İstismarın Niteliği ve Mağdurun Ailesel Özelliklerinin İlişkisi	53
4.9.3. İstismarın Niteliği ve İstismara Ait Özelliklerin İlişkisi	53
4.10. Olay Sonrasında Göç Etme Durumu İle İlgili Bulgular	56
4.11. Olay Sonrasında Eğitimi Bırakma Durumu İle İlgili Bulgular	58
4.12. Olay Sonrası Gelişen Psikiyatrik Tanılarla İlgili Bulgular	59
4.12.1. Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Alma İle Mağdura Ait Olası Risk Faktörlerinin İlişkisi	59

4.12.2. Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Alma ve Mağdurun Ailesel Özelliklerinin İlişkisi	61
4.12.3. Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Alma ve İstismara Ait Özelliklerin İlişkisi	61
4.12.4. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Cinsiyete ve Yaşa Göre Dağılımı	64
4.12.5. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve Cinsiyet Arasındaki İlişki	66
4.12.6. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki	67
4.12.7. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Olayın Niteliğine Göre Dağılımı	67
4.12.8. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve İstismarın Niteliği Arasındaki İlişki	69
4.13. Depresyon ve PTSD Ölçeklerine Göre Semptom Şiddeti İle İlgili Veriler...	70
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
7. KAYNAKLAR	109
8. EKLER.....	121
EK-1: BİLGİ FORMU	121
EK-2: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	126
EK-3: ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ.....	130

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. DSM-V' te Çocuğa Cinsel Sömürü	7
Tablo 2.2. ICD-10 Çocuğun Cinsel İstismarı Sınıflandırması	8
Tablo 2.3. Travma Maruziyetine Yol Açan Risk Faktörleri	16
Tablo 2.4. Cinsel İstismara Uğrayan Çocukların Yaşa Göre Gösterdiği Tepkiler	20
Tablo 2.5. Cinsel İstismarın Önlenmesinde Üç Aşamalı Koruma	30
Tablo 4.1. Olguların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı	36
Tablo 4.2. Cinsiyete Göre Kardeş Sayısı ve Sırası.....	36
Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Mental Durumu, Fiziksel ve Psikiyatrik Hastalık Durumları	37
Tablo 4.4. Olay Öncesi ve Sonrası Olguların Eğitim Durumları	38
Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Aileler İle İlgili Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	39
Tablo 4.6. Cinsiyete Göre Ebeveynlerin Eğitim Durumları.....	40
Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Ebeveynlerin Hastalık Durumları	41
Tablo 4.8. Cinsiyete Göre Olguların Poliklinik Başvuru Şekli	42
Tablo 4.9. Cinsiyete Göre İstismar Olayının Meydana Geldiği Yer.....	43
Tablo 4.10. Cinsiyete Göre Olayın Mağdurun Kendi Evinde Gerçekleşme Durumu	43
Tablo 4.11. Yaş Grubuna Göre Olayın Mağdurun Kendi Evinde Gerçekleşme Durumu	44
Tablo 4.12. İstismarın Tekrarlaması İle Cinsiyet, Yaş, İstismarın Niteliği, İstismarcının Yakınlığı ve Mağdurun Mental Durumu Arasındaki İlişki	45
Tablo 4.13. Cinsiyete İle İstismarcı Sayısı Arasındaki İlişki	46
Tablo 4.14. Cinsiyete Göre İstismarcının Olguya Yakınlığı.....	47
Tablo 4.15. Yaş Grubuna Göre İstismarcının Olguya Yakınlığı.....	48
Tablo 4.16. Mağdurun Mental Durumu İle İstismarcının Olguya Yakınlığı Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 4.17. İstismarın Türü ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	49
Tablo 4.18. İstismarın Niteliği İle Olguya Ait Özelliklerin İlişkisi	51
Tablo 4.19. İstismarın Niteliği İle Mağdurun Ailesel Özelliklerinin İlişkisi	53

Tablo 4.20. İstismarın Niteliği İle İstismara ve İstismarcıya Ait Özelliklerin İlişkisi.....	54
Tablo 4.21. Olay Sonrası Göç Etme İle Olgu ve Olaya Ait Özelliklerin İlişkisi	57
Tablo 4.22. Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı Alma İle Mağdura Ait Özelliklerin İlişkisi.....	59
Tablo 4.23. Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı Alma ve İstismara Ait Özelliklerin İlişkisi.....	62
Tablo 4.24. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Cinsiyete ve Yaşa Göre Dağılımı	64
Tablo 4.25. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar İle Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	66
Tablo 4.26. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar İle Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	67
Tablo 4.27. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Olayın Niteliğine Göre Dağılımı	68
Tablo 4.28. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve İstismarın Niteliği Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 4.29. Olguların Depresyon Skorları İle Diğer Faktörlerin İlişkisi	72
Tablo 4.30. Olguların PTSD Skorları İle Diğer Faktörlerin İlişkisi	74

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)
ÇCİ	: Çocukluk çağı cinsel istismarı
Cİ	: Cinsel istismarı
ISPCAN	: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (Uluslararası Çocuk İhmali ve İstismarını Önleme Derneği)
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
ICD-10	: International Classification of Diseases-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
TCK	: Türk Ceza Kanunu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
SED	: Sosyoekonomik düzey
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇİDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇİTSTÖ	: Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği
Bkz	: Bakınız
FMF	: Ailevi Akdeniz Ateşi
ARA	: Akut Romatizmal Ateş
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
MDB	: Major Depresif Bozukluk
İst	: İstismar
Bzk	: Bozukluk

TEŞEKKÜR

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitimim süresince bilgi, beceri ve deneyimleri ile bana yol gösteren, mesleki gelişimimi içtenlikle destekleyen AD başkanımız ve tez danışmanım Doç. Dr. Onur Burak Dursun'a çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkıları ve tez çalışmam sırasında gösterdiği destek ve yardımları için Yard. Doç. Dr. İbrahim Selçuk Esin'e çok teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim esnasında, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, desteklerini esirgemeyen, değerli hocalarım Prof. Dr. İsmet Kırpınar, Prof. Dr. Nazan Aydın, Yard. Doç. Dr. Halil Özcan, Yrd. Doç. Dr. Esat Fahri Aydın ve Prof. Dr. Hüseyin Tan'a çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili arkadaşlarım Dr. İlknur İbili Ucuz, Dr. Kübra Koçak Yılmaz, Dr. Semiha Arslan, Dr. Ali Karayağmurlu, Dr. Hakan Öğütlü, Dr. Esen Yıldırım Demirdöğen, Dr. Gülsüm Yitik, Dr. Mehmet Akif Akıncı, Dr. Hüseyin Aktaş, Dr. İbrahim Tiryaki, Dr. Elif Abanoz'a, çok değerli psikoloğumuz Munise Turan'a, güler yüzleri ile çalışma ortamımızı daha kolay kılan Meral Orgun, Kerim Aydın, Fatih Dursun, Merve Keleş, Göknur Yıldız ve Selda Arslan'a teşekkür ederim.

Her zaman sevgiyle ve özveriyle yanımda olan değerli annem Ayşe Özhan, babam Hasan Özhan, kardeşlerim Rahime İnci ve Büşra Uğur'a, ve bana yaşama sevinci veren sevgili eşim Ali İbiş ile biricik oğlum Enes Basri'ye çok teşekkür ederim.

Dr. Esra Özhan İbiş
2017

ÖZET

Cinsel İstismar Mağduru Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çocuğun cinsel istismarının, yol açtığı yıkıcı sonuçların yanısıra, en önemli tedavisinin ‘önlemek’ olduğu göz önüne alındığında; bu durumun pek çok alanı ilgilendiren bir halk sağlığı problemi olduğu aşikârdır. Bu çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarının önlenmesinde ve mağdur çocukların psikiyatrik destek ve tedavilerinin düzenlenmesinde hangi faktörlerinin öne çıktığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışma, polikliniğimize çocuğun cinsel istismarı nedeniyle başvuran 94 olguyu kapsamaktadır. Olguların biyopsikososyal verileri görüşmeyi yapan araştırma görevlileri tarafından doldurulan bilgi formundan, istismar ve klinik izleme ilgili verileri dosyaların geriye dönük olarak taranmasından elde edilmiştir. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızda olguların ortalama yaşının 12,5 olduğu, çoğunluğun kız olgulardan oluştuğu, olguların önemli bir kısmının premorbid psikiyatrik bozukluk tanısı olan ve normalin altında mental kapasitesi olan, çok büyük oranda düşük sosyoekonomik düzeyden gelen ve ebeveynlerinin, özellikle annelerinin, eğitim durumlarının çok büyük oranda kötü olan çocuklar olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda olguların en çok ev ortamında istismara uğradığı, bunun yanında önemli oranda boş arazilerde, metruk binalarda ve kullanılan binaların denetimden uzak bir kısmında istismar olayının yaşandığı saptanmıştır. Özellikle erkek ve küçük yaş grubundaki olguların bu denetimsiz mekânlarda istismara maruz kaldığı dikkat çekmektedir. İstismarcının çok büyük oranda mağdurun daha önceden tanıdığı biri olduğu, ayrıca tanıdık biri tarafından gerçekleştirilen istismarın anlamlı oranda daha fazla nitelikli istismar olduğu saptanmıştır. Nitelikli istismara erkeklerin, büyük yaş grubu çocukların, mental retardasyonu olan çocukların, kırsal bölgede yaşayan çocukların, birden fazla kişi tarafından mağdur edilen çocukların, ensest mağduru çocukların, evde ve metruk mekânlarda istismara uğrayan çocukların daha fazla maruz kaldığı saptanmıştır. Olguların %84’ünde olay sonrasında psikiyatrik bozukluk geliştiği, en sık depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı görüldüğü, nitelikli istismara uğramış olmakla psikiyatrik bozukluk geliştirmek arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca psikiyatrik bozukluk gelişip gelişmediği dikkate alınmaksızın uygulanan depresyon ve stres tepki skorlarında istismarın niteliğinden etkilendiği saptanmıştır. Çalışmamızın, istismarın önlenmesinde işbirliği içinde çalışması gereken ailelere, eğitimcilere, sağlık çalışanlarına, belediye ve kolluk görevlilerine yol gösteren, istismar mağduru çocuklarla çalışan klinisyenlerin göz önünde bulundurması gereken konulara dikkat çektiğini, koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı alanında fayda sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Cinsel istismar, risk faktörleri, olay yeri

ABSTRACT

The Investigation of Sexual Abused Cases' Sociodemographic and Clinical Features

Sexual abuse of the children is an important public health problem. In this study, we evaluated the clinical characteristics of cases who exposed to childhood sexual abuse, and investigated which factors are important for the management of prevention and psychiatric treatment of these cases. In this study, a total of 94 cases who referred to our out-patient clinic due to sexual abuse were included. Biopsychosocial data of cases were obtained by retrospective screening of data related to abuse and clinical follow-up. Depression Scale for Children and Traumatic Stress Reaction Scale for Children were applied to all cases. In our study, the mean age of the cases was 12.5 and the majority were girls. A significant proportion of the cases had premorbid psychiatric disorder and mental retardation. The majority of cases were low socioeconomic level and the educational status of parents, especially mothers, was found to be low. Our study showed that the abuses occurred mostly in the home conditions, in vacant land, in unused / abandoned buildings and in an unsupervised part of the buildings. Particularly boys and small age group cases were exposed to abuse in these uncontrolled areas. Abusers were often someone who has known the victim and these cases were usually determined as penetrant abuse. It was found that boys, older age groups, mental retardation cases, children from rural areas, children who are abused by more than one person, children with incest abuse, children abused at home and abandoned buildings were more exposed to penetrant abuse. Various psychiatric disorders developed after the abuse in 84% of the cases, and depression and post-traumatic stress disorder were most frequently seen diagnoses among cases. There was a significant correlation between the penetrant abuse and development of psychiatric disorder and scale scores. The results of our study will help to determine the precautions for preventing of abuse and the management of treatment of abused children.

Key words: Sexual abuse, risk factors, crime scene

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuğun cinsel istismarı ‘henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, başka bir kişi tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması’ olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan çok geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur.

Çocukluk çağı cinsel istismarı yeni bir olay değildir şüphesiz yüzyıllardır vardır; ancak çocukların cinsel istismarının bir çocuk sağlığı sorunu olarak ele alınışı maalesef çok da eski değildir. 1970’lerin ortasında birdenbire artan vaka bildirimleri ile birlikte, çocuk cinsel istismarı sorun olarak görülmeye başlanmıştır. Çocuklar cinsel istismar açısından en korunmasız grubu oluşturmakta ve çocukluk çağı cinsel istismarı sıklıkla utanç, suçluluk gibi çeşitli sebeplerle çoğunlukla gizli kalmaktadır.

Cinsel istismar her yaşta travmatik olmakla birlikte, çocuklukta ruhsal yaşantı ve ruhsal gelişim üzerine son derece karmaşık etkileri vardır. Cinsel istismar çocuğun cinsel, duygusal ve kimlik gelişimini, kişiler arası ilişkilerini, özgüvenini sarsan akut hatta bazen kronik bir travmadır. Bu travmayı takiben çocuk ve ergenlerde çok çeşitli psikiyatrik belirtiler ve bozukluklar görülebileceği, erişkinliğe dek uzanabilecek boyutta karmaşık sorunlara ve patolojilere yol açabilmektedir. Çocuğun cinsel istismarı, yol açtığı yıkıcı sonuçlar nedeni ile günümüz psikiyatrisinde bu kategoriye aşan bir anlam ve öneme sahiptir. Ayrıca çocukluk istismarı ve yol açtıkları konusunda en önemli tedavinin ‘çocuk istismarını önlemek’ olduğu göz önüne alındığında bu durumun birinci basamak sağlık hizmetlerinden psikiyatriye, eğitim alanından, emniyet birimlerine, belediyelerden sosyal hizmetlere pek çok alanı ilgilendiren bir halk sağlığı problemi olduğu aşikârdır.

İstismarın ruh sağlığına etkileri bugüne kadar farklı araştırma desenleriyle incelenmiştir. Bu araştırmalardan bazılarının çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve bozuklukları incelediği, bazılarının erişkinlik dönemine yansıyan sorunları araştırmayı hedeflediği, bir kısmının ise psikiyatrik bozukluklar açısından olası risk etkenlerini belirlemeye yönelik olduğu görülmektedir. Ancak ülkemizde çocuk istismarı ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında, istismardan birincil korunmada

yol gösterecek, istismarın tıbbi sonuçlarıyla ilişkili olabilecek primer risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada; çocukluk çağı cinsel istismarının primer önlenmesinde, istismar mağduru çocukların yeniden istismara maruz kalmasının önlenmesinde ve istismar mağduru çocukların psikiyatrik destek ve tedavileri düzenlenirken gözönünde bulundurulması gereken durumların belirlenmesinde; hangi risk faktörlerinin önemli olduğunun araştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İhmali ve İstismarı İle İlgili Genel Tanımlar

‘Çocuk istismarı ve ihmali’ kavramı; çocukların ana-babaları ya da bakıcıları gibi, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde oldukları kişiler ya da yabancılar tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumları, eylemleri ve eylemsizliklerin tümünü kapsar. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün istismar tanımında ise; çocukla sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde bulunanlar tarafından çocuğa uygulanan her türlü eziyet ve kötü muamelenin; çocuğun sağlığına, yaşamını sürdürmesine, gelişimine ya da insanlık onuruna, fiilî veya olası zararlar vermesi durumu olarak belirtilmiştir (2). Bu tanımda vurgulandığı üzere amaç değil, sonuçlara işaret edilmekte, yetişkinin niyeti değil, eylemin çocuk üzerindeki etkisi üzerinde durulmaktadır (3).

DSÖ’ye göre; çocuğa kötü davranma; ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak 4 farklı şekilde görülebilmektedir (2).

2.1.1. İhmal

İhmal; çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin; çocuğun bakım, korunma, beslenme, giyim, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu; çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmakta, pasif bir istismar şekli olarak kabul edilmektedir.

İhmal kavramı; fiziksel ihmal, duygusal ihmal, eğitimin ihmali ve tıbbi ihmal olmak üzere 4 temel alt kategoride ele alınmaktadır (4).

Fiziksel ihmali; yaşam için geçerli olan yeterli beslenme, tıbbi bakım, giyim ve korunma ihtiyaçları gibi temel ihtiyaçlardan çocuğu yoksun bırakma şeklinde tanımlanır. Çocuğa gerekli sağlık hizmetlerinin verilmemesi ya da geciktirilmesi, fiziksel hastalık ve yaralanmaların önemsizlenmesi, aşıların yaptırılmaması,

çocuğun yalnız bırakılması, evden kovulması, yeterince beslenmemesi, temizlik ve hijyenle ilgili bakımının sağlanmaması, zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi pek çok durum fiziksel ihmal olarak kabul edilir (5).

Duygusal ihmal; Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına cevap vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, sosyal gelişimi için gerekli desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme şeklinde tanımlanır (6).

Eğitimsel ihmal; Her çocuğun yaşı ve gelişimi ile uyumlu eğitim alma hakkının ihlali ise eğitimsel ihmaldir. Okula göndermeme, çocuğun sürekli okuldan kaçmasına göz yumma, denetlememe, çocuğun özel eğitim gereksinimi varsa bunun karşılanmaması eğitimsel ihmale örnek verilebilir (7).

Tıbbi ihmal; ekonomik olanaklar yeterli olmasına karşın bir çocuk için gerekli ve yaşına uygun tıbbi bakımın sağlanmasında yetersizlik olarak tanımlanır (4).

2.1.2. Fiziksel İstismar

On sekiz yaşından küçük çocuğun ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır (1). Sıkça rastlanan ve belirlenmesi en kolay istismar türüdür. Sözel cezalandırma, azarlama, bağırma, hakaret etme, beddua etme gibi sözel uyarıları içerir. Fiziksel cezalandırma yöntemleri ise hafif ancak ağrı oluşturan uyarılardan yaşamsal tehlike oluşturabilecek boyutlarda çok ağır şiddet davranışlarına kadar geniş bir yelpazede ortaya çıkabilmektedir (8).

2.1.3. Duygusal İstismar

Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund (UNICEF)); duygusal istismar ve ihmali; çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak

tanımlamıştır (4). Fiziksel ve cinsel istismar doğaları gereği somut bir olaya (event-type) dayanırken, duygusal istismar ve ihmal çocukla bakım veren ilişkisini yansıtır. Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayırımı yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (2). Duygusal istismarda diğer istismar türlerinden farklı olarak fiziksel bulgular yoktur ancak diğer istismar türlerinin belirlenmesi halinde, dikkatli araştırılacak olursa duygusal istismarın da sıklıkla eşlik ettiği belirlenir (4).

2.1.4. Cinsel İstismar

2.1.4.1. Cinsel İstismar Tanımı ve Tarihçesi

Çocuk istismarı ve cinsel istismar sadece çağımızın sorunu değil; insanlık tarihi boyunca gözlenmiş bir sorundur. Babil dilindeki Hammurabi yazıtlarında bile babasından hamile kalan bir kız çocuğundan bahsedilmektedir (9). Sofokles'in Kral Oedipus trajedisinde Oedipus'un istemeden babasını öldürdüğü, annesiyle evlendiği ve gerçeği öğrenince gözlerini kör ederek kendini cezalandırdığı anlatılmaktadır. Antik Yunanların erkek çocuklarını seks kölesi olarak sattığı; Rönesans boyunca kız çocuklarının yaşça büyük erkekleri baştan çıkarmak adına tutsak edildiği bilinmektedir (6).

Çocukların cinsel istismarı şüphesiz yüzyıllardır vardır; ancak bir çocuk sağlığı sorunu olarak ele alınışı yenidir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1970'lerin ortasında birdenbire artan vaka bildirimleri ile birlikte, çocuk cinsel istismarı sorun olarak görülmeye başlanmıştır. Birkaç yıl sonra İngiltere ve Kanada'dan da benzeri yayınlar çıkmaya başlamıştır. Doğu ülkelerinden bildirimlere ise son yıllarda artmaktadır (10). Kadın hareketlerinin gelişimi, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan kadınların açıklamaları ve toplumsal düzeyde cinsellikle ilgili açıklığın artmasının istismarın tanımlanmasını arttırdığı düşünülmektedir (9)

Konuyla ilgili yazında cinsel istismara ilişkin farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir.

Çocukluk çağı cinsel istismarı (ÇCİ) ilk olarak Ruth ve Henry Kempe (1978) tarafından; bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve ergenlerin bilinçli olarak onay vermeye muktedir olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde kullanılması olarak tanımlanmıştır (4).

Finkelhor ve Browne (1986) cinsel istismarı (Cİ) 18 yaşından küçük bir çocuğa kendisinden en az 5 yaş büyük biri tarafından, örtük veya açık bir şekilde zor kullanarak yapılan herhangi bir cinsel faaliyet olarak tanımlamaktadır (11).

Yine bir başka tanıma göre Cİ, 18 yaşından önce kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az iki yaş büyük bir aile bireyi tarafından, okşamaktan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir düzeyde cinsel yakınlığa hedef olma olarak da belirtilebilmektedir (12).

DSÖ'nün 2003 yılındaki tanımlamasına göre cinsel şiddet; mağdurun rızası olmadan, baskı kullanılarak ya da rızasının kabul edilemeyeceği durumlarda (uyutucu-uyuşturucu madde etkisi altında, zihinsel özürli olmak gibi) herhangi bir cinsel hareket veya girişimde bulunarak veya cinsel içerikli sözler ile kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zarara uğratılması olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'nün çocuk istismarının ana hatlarını belirlediği 2003 yılında yayınladığı rehberde: “cinsel istismar, bir çocuğun, tam olarak anlamadığı, yeterli bilgi veya gelişim düzeyine sahip olmadığı için rıza veremeyeceği ya da kanunlara, toplumun sosyal tabularına uymayan herhangi bir seksüel aktivite içerisinde yer alması” olarak belirtilmektedir (13).

Uluslararası Çocuk İhmali ve İstismarını Önleme Derneği (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) 'a göre; Cİ çocuğun tam olarak kavrayamadığı, onay vermeye muktedir olmadığı veya gelişimsel olarak hazır olmadığı ve onay veremeyeceği veya toplumun sosyal tabularını veya yasalarını ihlal eden cinsel aktiviteye dâhil edilmesidir. Cİ aralarında gelişimsel olarak sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bulunan çocukla erişkin arasında veya diğer bir çocuk arasında gerçekleşen bir aktivitedir. Bu aktivite diğer kişinin ihtiyaçlarını karşılama ve doyuma ulaştırma amacı güder. Bu tanım, söz konusu edimin herhangi bir araç ve cebir kullanılarak yapılıp yapılmadığı, genital ya da

fiziksel temas içerip içermediği, çocuk tarafından başlatılıp başlatılmadığı ve kısa dönemde ortaya çıkacak derecede zararlı bir sonuç doğurup doğurmadığı ile ilgilenmez şeklinde tanımlanmaktadır (14).

Yapılan çalışmalarda farklı tanımlar kullanılsa da son yıllarda cinsel içerikli tüm davranışların istismar kavramı kapsamına alınması gerektiği, çocuğun rızası olsun ya da olmasın herhangi bir cinsel yaşantıya maruz bırakılmasının suç olduğu, yaş farkının önemi olmadığı görüşü benimsenmiştir (15).

2.1.4.2. DSM ve ICD’de Cinsel İstismar

DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)’ te cinsel istismar, Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar bölümünde Çocuğa Kötü Davranma ve Çocuğu Boşlama (İhmal) Sorunları başlığında ele alınmaktadır. Bu başlık altında; Çocuğa Bedensel Sömürü, Çocuğa Cinsel Sömürü, Çocuğu Boşlama (İhmal), Çocuğa Ruhsal Sömürü alt başlıkları yer almaktadır.

DSM-V’te Çocuğa Cinsel Sömürü, ana baba, bakım veren ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka birinin, cinsel doyum sağlamak için çocuğu herhangi bir cinsel eyleme katmasını kapsar. Cinsel sömürü, çocuğun cinsel organlarını okşama, içine girme, ensest, zor kullanarak cinsel ilişki kurma, oğlancılık (sodomi), açık saçık görünme gibi etkinlikleri kapsar. Cinsel sömürü, ana baba ya da bakım verenin dokunmadan sömürüsünü de kapsamaktadır. Sözelimi, çocukla sömürge arasında doğrudan bedensel bir dokunuş olmadan, çocuğu, başkalarının cinsel doyumunu için bir takım eylemlere zorlama, kandırma, ayartma, gözünü korkutma ya da baskı altında tutma da bu kapsam içindedir (16).

DSM-V’ te Çocuğa Cinsel Sömürü başlığı şunları kapsar (*Tablo 2.1*);

Tablo 2.1. DSM-V’ te Çocuğa Cinsel Sömürü
Çocuğa Cinsel Sömürü, Doğrulanmış
-İlk karşılaşma
-Sonraki karşılaşma
Çocuğa Cinsel Sömürü, Sanılan

-İlk karşılaşma
-Sonraki karşılaşma
Çocuğa Cinsel Sömürü İle İlişkili Diğer Durumlar
-Ana babası tarafından cinsel sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma
-Ana baba dışında birileri tarafından cinsel sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma
-Çocuklukta cinsel sömürü öyküsü (geçmiş öykü)
-Çocuğa cinsel sömürü uygulamış anababaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma
-Çocuğa cinsel sömürü uygulamış ana baba dışında birilerine ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

ICD–10 (International Clasification of Diseases-10, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması) ise ÇCI'nı; çocuklukta olumsuz yaşam olayları ile ilgili sorunlar başlığı altında ele almakta; çocuğun birincil destek grubu içinde veya dışında bir kimsenin onu cinsel bakımdan kötüye kullandığı ile ilgili sorunlar olmak üzere 2 grupta değerlendirmektedir (*Tablo 2.2*) (17).

Tablo 2.2. ICD-10 Çocuğun Cinsel İstismarı Sınıflandırması

ICD-10 Sınıfı	Adı
Z61	Çocuklukta olumsuz yaşam olaylarıyla ilgili problemler
Z61.0	Çocuklukta sevgi ilişkisinin kaybı
Z61.1	Çocukluk döneminde evden ayrılma

Z61.2	Çocukluk döneminde aile ilişkilerinde değişme
Z61.3	Çocukluk döneminde öz güvenin kaybına neden olan olaylar
Z61.4	Primer destekleyici grup içindeki kişi tarafından çocuğun cinsel suiistimaliyle
Z61.5	Primer destekleyici grubun dışındaki kişi tarafından çocuğun cinsel suiistimaliyle
Z61.6	Çocuğun fiziksel suiistimaliyle ilgili problemler
Z61.7	Çocukluk dönemindeki kişisel korkutucu olaylar
Z61.8	Çocukluk dönemindeki diğer olumsuz yaşam olayları
Z61.9	Çocukluk dönemindeki tanımlanmamış olumsuz yaşam olayları

2.1.4.3. Cinsel istismar türleri

Cinsel istismar; uygunsuz teklif ve teşhirciliği de içeren “temas içermeyen-örtük” istismar; her hangi bir cinsel dokunuş, fail ya da mağdurun genital temasını içeren “temas içeren-açık” istismar ve aktif cinsel birleşmeyi içeren istismar şeklinde de sınıflandırılabilir (18).

Cinsel içerikli konuşma, teşhir, röntgencilik, çocuk pornografisi, çocuğa uygunsuz eylemlerin izletilmesi gibi temas içermeyen davranışlar örtük istismara örnek iken, mağdura karşı dokunma, öpme gibi davranışlar veya mağdurun saldırgan dokunması için mağduru zorlamayı içeren davranışlar, istismarcının penisini çocuk mağdurun bacakları arasına yerleştirdiği, sürtünme tarzındaki davranışlar temas içeren açık istismara örnek verilebilir. Aktif cinsel birleşme ise; cinsel penetrasyon olarak da adlandırılabilir ve istismarcının kurbanın bir orifis açıklığına girişi ile gerçekleşir. Dijital penetrasyon, objelerle penetrasyon, genital ilişki, anal ilişki şeklinde olabilir (19, 20).

İstismar eylemi, çocuk veya ergenle biyolojik akrabalığı bulunan ve kanunen evlenmeleri yasaklanmış aile bireylerince gerçekleştirildiğinde ise “ensest” olarak adlandırılmaktadır (21).

2.1.4.4. Türkiye’de Cinsel İstismar ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Türk Ceza Kanununda (TCK) yetişkinlere yönelik olarak gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler, ‘cinsel saldırı suçu’ olarak adlandırılırken, çocuklara yönelik cinsel amaçlı saldırılar, ‘cinsel istismar’ olarak adlandırılmaktadır. İstismar, ‘kötüye kullanma- iyi niyeti sömürme’ anlamına gelmektedir. Aynı nitelikteki bu eylemin çocuklar yönünden farklı adlandırılmasının nedeni, çocukların rızasından söz etmenin olanaksız olmasındandır. Çocuklar, kendilerine yönelik cinsel amaçlı saldırının ayırıcında değildir. Bu saldırının kendileri üzerinde yaratacağı olumsuzluk ve zararları bilmemektedirler. Bu nedenle, saldırı karşısında hareketsiz ve dirençsiz olmaları halinde dahi, bu duruma, rızaları dışında boyun eğdiklerini kabul etmek gerekmektedir (22). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1. maddesine göre, ulusal yasalarca daha genç yaşta reşit sayılma hariç, on sekiz yaşın altındaki her insan çocuk sayılmaktadır (23).

5237 sayılı TCK’nın ‘cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar’ başlığı altında değerlendirilen cinsel istismara ilişkin hükümler; çocukların cinsel istismarı 103. maddede, reşit olmayanla cinsel ilişki 104. maddede ve cinsel taciz 105. maddede yer almaktadır. Bu maddeler şöyle tanımlanmaktadır:

Madde 103: Çocukların Cinsel İstismarı

(1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası verilir. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır. Cinsel istismar deyiminden;

a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(3) Suçun;

a) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

b) İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

c) Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş veya evlat edinen tarafından,

d) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

e) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehditle ya da (b) bendindeki çocuklara karşı silah kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Cinsel istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

(6) Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Madde 104: Reşit Olmayanla Cinsel İlişki

(1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, “iki yıldan beş” yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi

hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Suçun, evlat edineceği çocuğun evlat edinme öncesi bakımını üstlenen veya koruyucu aile ilişkisi çerçevesinde koruma, bakım ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın ikinci fıkraya göre cezaya hükmolunur.

Madde 105: Cinsel Taciz

(1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına, fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur”.

(2) Suçun;

a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

e)Teşhir suretiyle, işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

28 Haziran 2014 tarihinde 6545 sayılı kanun ile TCK’da cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar başlığı altındaki bu yasa maddelerinde bir takım değişikliklere gidilmiştir. Şu konular dikkat çekmektedir;

Eski TCK’da ‘cinsel bir eylemin ahlaki redaetini algılamak’ olarak kullanılan kavram yeni TCK’da ‘**fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuklara karşı işlenmesi**’ şeklinde tanımlanmıştır. Fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği” bir kişinin diğeri ile cinsel ilişkide bulunma isteğinde olması ve bu konuyu özgür irade ve kararı ile gerçekleştirmesi için veya kendisine yapılan cinsel istismarın ahlaki kötülüğünü algılayabilmesi için o kişinin,

içinde bulunduğu eylemin ruhsal-biyolojik-sosyal yönlerini tüm özellik ve ayrıntılarıyla bilmesi, eylemin ileriki sonuçları ve neden olacağı durumları düşünebilmesi ve bundan sonra istek ve arzusunun istikametinde karar vermesi olarak anlaşılmalıdır. Cinsel saldırı ile karşılaşan ve TCK'ya göre '15 yaşından küçük çocuklar ile aklen malullerin bu konudaki algılama ve anlama derecelerinin saptanması' adli psikiyatrinin konusudur. Kişinin bedenen olaya karşı koyup koyamayacağı önemli olmayıp; değerlendirme kişinin ruhsal gelişimi değerlendirilerek yapılmalıdır. Cinsel bir eylemin algılanması diğer eylemlere kıyasla daha soyut bir gelişim gerektirmektedir. Geçmiş adli psikiyatri uygulamalarında cinselliğin algılanması ile ilgili kabul edilen alt sınır 11 yaşın bitimi olarak kabul edilip 11 yaşından önce herhangi bir cinsel eylemi anlayamayacağı ve bu duruma ruhsal açıdan karşı koyamayacağı kabullenilmiş olsa da, çocuk psikiyatri uygulamaları bu yaşın daha yüksek tutulması gerektiği yönünde görüşler sunmaktadır. Ayrıca çocuğun biyopsikososyal gelişimi yanında, sanık-kurban arasındaki ilişkinin yakınlığı durumunda, sağır ve dilsizlerde bu yaş daha yüksek tutulmalı, ağır ve çok ağır zekâ geriliklerinde, psikotik bozukluklar ve bilinci ortadan kaldıran çeşitli tıbbi tablolarda cinsel eylemin anlam ve sonuçlarının değerlendirilmesi beklenmemelidir.

Yargı açısından fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamaya engel olan durumlarda sorulan sorulardan biri de 'saptanan rahatsızlığın hekim olmayanlarca anlaşılıp anlaşılamayacağı ve mağdurun ifadelerine itibar edilip edilemeyeceği'dir (15).

Ayrıca 6545 sayılı kanunla getirilen değişikliklerden önce, istismarın 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuklara karşı işlenmesi, ensest ilişki varlığı, şiddet uygulanması, iradeyi etkileyen herhangi bir nedenle gerçekleştirilmesi ve ruh sağlığının bozulması' ağırlaştırıcı unsurlar olarak kabul edilmekteydi ve adli psikiyatrik muayene bu durumlarda önem taşımaktaydı. Haziran 2014 tarihinde yapılan değişikliklerde, 'mağdurla arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından gerçekleştirilmesi', 'evlat edinilen çocuğa karşı işlenmesi' 15 yaş üzerinde ağırlaştırıcı olarak tanımlandığı, ancak '**eylemin ruh ve beden sağlığında bozulma ile sonuçlanması**' ağırlaştırıcı unsur olmaktan çıkarılmış, 'eylemin sarkıntılık düzeyinde kalması' ve 'cinsel tacizin çocuklara karşı işlenmesi hali' gibi

eklemelerde bulunulmuştur. Getirilen yeniliklerin olumlu ve olumsuz sonuçlar yaratıp yaratmayacağıının araştırılması önerilmektedir (15).

2.1.4.5. Cinsel İstismar Epidemiyolojisi

Çocuk istismarı her yaş, ırk, sosyal sınıf, etnik grup ve dinden çocuğu etkilemektedir (24).

Cinsel istismarın genel olarak küçük yaştaki çocuklara uygulandığı belirtilmektedir (21, 24). Çalışmalar, ilk kez istismara uğramanın 8-12 yaşları arasında zirve yaptığını, 12 yaşından sonra ise belirgin şekilde azaldığını ortaya koymaktadır (21).

Kız çocuklarda **üç kat** daha fazla görüldüğü bildirilen cinsel istismarın, prevalansı çeşitli çalışmalarda farklı sıklıklarda bildirilmiştir. 21 ülkeyi kapsayan bir tarama çalışmasında, kadınlarda çocukluk çağı cinsel istismar prevalansı **%7-36** olarak bildirmiştir. Bir meta analiz çalışmasında ise prevalans %29 olarak saptanmıştır (25). 2012 tarihli bir diğer çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar prevalansının %10,1 ve olguların % 24,8' inin erkek, % 75,2' si kadın olduğu saptanmıştır (26). Her 4 kızdan biri ve her 6 erkekten birinin, 16 yaşından önce herhangi bir türde Cİ'ye maruz kaldığı belirtilmektedir (27).

Ülkemizde yapılan toplum temelli çeşitli çalışmalarda, çocukluk çağı cinsel istismar sıklığı **%8 ile %28** aralığında bildirilmiştir (28-32).

Yazında çocuk istismarı ile ilgili birçok prevalans çalışması yer almasına rağmen gerçek istismar oranlarının saptanmasını zorlaştıran birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında; çocuğun yaşadığı olayı söyleyememesi, söylediğinde şüpheyle karşılanması ya da kendisine inanılmaması, ailenin fark edip kabul etmesine karşın olayı yetkili mercilere bildirmeyişi sıralanabilir (33). İstismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır (10, 22, 34). Cinsel istismara uğrayanların yalnızca **%15'**inin bildirildiği dikkate alınırca ulaşabildiğimiz olgular buzdağının görünen kısmı ile sınırlı gibi düşünülebilir (22).

Bunun yanında çalışmalardaki tanımlamalar (mağduru tanımlamak için öne sürülen yaş gibi birçok farklı faktör), görüşme niteliği ve kullanılan ölçek tipleri (ölçme), örneklem seçim prosedürleri ve bildirme yöntemlerindeki farklılıklar da prevalans aralıklarının geniş olması ile sonuçlanmaktadır (35).

2.1.4.6. Cinsel İstismar Etiyolojisi

Cinsel istismar etiolojisi ile ilgili literatüre bakıldığında, istismar ile ilgili risk faktörleri; bireysel, ailesel ve istismara ait etkenler olarak ele alınmaktadır.

2.1.4.6.1. Bireye ait risk faktörleri;

Cinsel istismar için bireye ait başlıca risk etkenleri; cinsiyet, yaş ve sakatlıklardır. Kızların erkeklerden 2 ila 5 kat daha fazla risk altında olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (4, 36). Çocuk ve gencin zihinsel engelli olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi bir ruhsal bozukluğunun olması cinsel istismara uğrama riskini arttırmaktadır. Bu gibi durumlarda, çocuklar maruz kaldıkları durumun kötülüğünü değerlendiremeyebilirler ya da değerlendirse bile kendilerini korumaları daha zor olabilir (37).

2.1.4.6.2. Ailesel risk faktörleri;

Cİ ile ilgili bazı çalışmaların sonuçları, ailesel sosyo-demografik bir takım özelliklerin istismarda etkili olduğunu göstermektedir. İşlev düzeyi düşük, çatışmaların ve ekonomik sorunların olduğu ailelerden gelen çocuklar daha fazla istismar riski taşırlar (38). Boşanma, şiddet, alkol ve madde kullanımı olan ailelerde Cİ daha sık görülmektedir. Çocuğun bakımıyla doğrudan ilgilenen babaların daha az istismar uyguladığı saptanmıştır (39). Özellikle bir ya da iki ebeveynin olmayışı, parçalanmış aile yapısı güçlü bir risk etkenidir. Evde üvey babanın varlığı riski artırmaktadır. Ebeveyn rahatsızlıkları, özellikle annenin hastalığı, evlilikle ilgili çatışmalar, annenin uzun süre yokluğu, annede alkolizm, anne ve/veya babada madde kullanımı, sosyal yalıtım, cezalandırıcı ebeveynlik, ebeveyndeki kişilik patolojileri pek çok çalışmada riski artıran etkenler olarak bulunmuştur (36).

Ensestin görüldüğü aileler genel olarak işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmakta ve bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır (39). En sık tanımlanan örüntü babanın güç ve kontrolü sağlamak için

şiddete başvurduğu, katı ve ataerkil bir aile yapısıdır. Bu ailelerde genellikle karı-koca-çocuklar sisteminin dengelerinde bozulma, rol karmaşası olduğu üzerinde durulur. Bu ailelere sosyal izolasyon, alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca; ensestçi babanın genellikle ensest kurbanı olduğu, enseste maruz kalan pek çok kadının da çocuklarını ensest ya da cinsel istismardan koruyamayan anneler olduğu dikkat çekicidir.

Çocukluk dönemi Cİ'si ile SED (sosyoekonomik düzey) arasındaki ilişki net olmasa da, daha önceki çalışmalarda Cİ'nin düşük sosyoekonomik seviyede fazla görüldüğü ifade edilmekle beraber son dönem yapılan çalışmalarda Cİ'nin herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir (40). Klinik değerlendirmeye gelen Cİ'lerde düşük sosyoekonomik düzey vardır ancak; bu diğer istismar türleri ile kıyaslandığında daha az belirgindir (10).

Çocuğun istismara uğramasının, annenin eğitim düzeyinin düşük olmasıyla belirgin bir ilişkisi olduğu ifade edilmektedir (41).

Çocuğa verilen cinsel eğitimin yetersizliği ve eğitimin katı, cezacı bir tutumla verilmesi, çocuğun kendini koruma becerisinin yetersizliğiyle sonuçlanabilir (1).

Sık taşınma ve beraberindeki değişken çevre istismar olgularında sıklıkla bulunan bir durumdur. Bu konuyu inceleyen az sayıda çalışma vardır. Sık taşınan çocukların, istismara uğramamış akranlarına oranla her gittikleri yerde iki kat daha fazla istismar riski taşıdıkları belirtilmekte ve sık yer değişiminin, istismarın gelişimsel sonuçları etkilemesini açıklamada; aile çevresinin ve buna bağlı sosyal destek kalitesinin azalmasının etkili olduğu gösterilmektedir (38).

DSÖ' nün öne sürdüğü risk faktörleri ise şu şekilde sınıflandırılmaktadır (**Tablo 2.3**)(4);

Tablo 2.3. Travma Maruziyetine Yol Açan Risk Faktörleri

TOPLUMSAL	KİŞİSEL		AİLESEL
	Ebeveyn ile ilişkili	Çocukla ilişkili	

Çocuğun değerini engellilik, cinsiyet, azınlık gibi faktörler ile belirlemek	Ebeveynin istismara maruz kalmış olması	Cinsiyet	Düşük sosyoekonomik düzey
Sosyal eşitsizlikler	Tek ebeveyn (evlenmemiş, boşanmış ya da ebeveynlerden birinin ölümü)	Prematürite	Sosyal izolasyon
Organize şiddet (savaş, kavgalar, yüksek suç oranları)	İstenmeyen gebelik	Düşük doğum ağırlığı	Yüksek stres düzeyleri
Toplumda şiddete hoşgörü ile bakılması	Deneyimsiz ve genç ebeveyn	Engellilik	Aile içi şiddet
Medya şiddeti	Ebeveynde madde kullanımı	Düşük IQ	Erken dönemde anneden ≥ 3 ay ayrı kalmak
Kültürel normlar	Yetersiz doğum öncesi bilgilendirme ve bakım	Erken çocukluk dönemi hastalıkları	Çocuk sayısının ≥ 3 olması; kalabalık aile
	Fiziksel ya da ruhsal hastalık varlığı	Gebe annenin diğer çocuğu olmak	Ebeveyn çatışması; aile içi geçimsizlik
	Üvey baba	İstenmeyen çocuk olmak	Güç odaklı cezalandırma yöntemlerinin

			kullanımı
--	--	--	-----------

2.1.4.6.3. İstismarcı ile ilgili etkenler;

İstismarcıların birçoğu kendi çocukluklarında, ya Cİ'ye uğramışlardır ya da ev içerisinde şiddete maruz kalmıştır. Bir bireyin ileride çocuğa cinsel saldırıda bulunma olasılığını arttırdığı tespit edilen en önemli çevresel neden, kişinin kendisinin çocuklukta cinsel olarak istismara uğramasıdır. Bu ilişki; **mağdurluk-saldırganlık döngüsü veya mağdur edilmiş mağdur eden fenomeni** olarak adlandırılır. Bu durumun sıklığı ve yaygınlığı **%28 ile %93** arasında çalışmadan çalışmaya, örneklemin nereden ve nasıl alındığına göre çok çeşitlilik gösterir. Kadınlarda bu durumun daha belirgin olduğu, çocuğa cinsel saldırıda bulunan kadınların %47 ile %100 oranında çocukluk döneminde Cİ'ye uğradıkları belirtilmektedir (42).

Cinsel istismarcı birey genelde düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahiptir. Aile genelde tek ebeveynen oluşmaktadır (43).

İstismarcılar da gözlenen başlıca kişilik özellikleri; aile içinde ve sosyal teması sınırlı içe kapanık kişilik, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar eden pedofilik kişiliktir (34). İstismarcı bireyin doyumu erteleme kapasitesi azalmıştır ve engellenmeye karşı düşük toleransı olan kişilerdir. Empati duyguları sınırlıdır. Kendilerine saygılarının düşüklüğünü ve suçluluğu bastırıp karşıt tepki kurarak saldırgan davranış şeklinde çocuğa yansıtma eğilimi içerisindedirler. Karşılammamış doyum nedeni ile anksiyete yaşarlar ve çevresine saldırganlık şeklinde bu enerjiyi aktarırlar. Duygusal yetersizlikleri aynı zamanda narsisizmle karakterizedir. İlişkilerinde ön plana çıkardıkları benmerkezcilik yetişkin ilişkilerine girmelerini engeller. Narsisistik yapıları nedeni ile diğer kişileri kendi gereksinimlerini karşılamaktan sorumlu bireyler olarak algırlar. Cinsel istismarcı birey psikodinamik teoriye göre olgunlaşmamış emosyonel durum özellikleri ile patolojik bir şekilde çocuğu cinsel açıdan çekici bulur. Çocukluk döneminde özdeşleşeceği birisinin olmaması, sosyal komponentler açısından patolojik bir aile

yapısına sahip olma, destek sistemlerinden yoksun bir birey olması istismarcı bireyin diğer özellikleri arasına girmektedir (44).

2.1.4.7. Cinsel İstismarda Klinik Görünüm ve Cinsel İstismar ile İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına, cinsiyetine, ruhsal özelliklerine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir.

Ailenin olaya tepkisi de konu üzerinde etkileyici rol oynar. Özellikle enest yaşantısı aile birliğini ve tüm aile bireylerini tehdit eden bir kriz yaratabilmekte, krize müdahalenin iyi olmadığı durumlarda çocuğun suçlanması, dışlanması, şiddete maruz kalması riskleri ön plana çıkmaktadır. Ebeveynlerin yaşadığı olumsuz duygular, özellikle öfke çocuğa yansıtıldığında çocukta yoğun duygusal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkabilir. İstismar ister aile içinden ister dışından olsun istismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim klinik tablo üzerinde belirleyici olmaktadır. Soruna odaklı çözüm arayışına giden ve suçluluk ve sorumluluk duygularını çocuk üzerinden alabilen bir destek sistemi içinde daha olumlu bir klinik görünüm ortaya çıkmaktadır (22).

Cinsel istismara özgü tek bir belirti yoktur, belirtiler çocuktan çocuğa değişirken aynı çocukta gelişim ile birlikte zaman içinde de değişimler olabileceği gibi, cinsel istismara uğramış çocukların hepsinde psikiyatrik belirti görülecek diye bir genelleme de yapılamaz. Olguların %20-50'sinde psikiyatrik belirti olmadığı bildirilmiştir. Ancak olası riskler düşünülerek düzenli takip altında bulundurulmaları son derece önemlidir nitekim izleme dayalı veriler belirti göstermemiş çocukların %10-20'sinde 12-18 ay içinde sorunlar başlayabileceğini ortaya koymuştur (22).

Cinsel istismarın kısa dönem etkilerini inceleyen çalışmalar, istismarın dışı vurumunun birçok faktöre göre değişkenlik gösterebileceğini belirtmekle beraber; ilk tepki olarak genellikle korku, kaygı, kaçınma, çökkünlük, öfke, kızgınlık, uygunsuz cinsel söz ve gizli olmayan mastürbasyon, aşırı cinsel merak, sık olarak özel vücut bölgelerini gösterme gibi uygunsuz cinsel davranışlar görülebildiğini ortaya koymuştur (45).

Cinsel istismarın orta ve uzun süreli etkilerine bakıldığında, cinsel istismara uğramış olmanın korku, kabus görme, fobiler, bedensel yakınmalar, travma sonrası stres bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarına, amnezi, trans hali, çoğul kişilik bozukluğu gibi disosiyatif belirti ve bozukluklara, aşırı cinsel uyarılmışlık ve agresif cinsel davranışlar gibi cinsel davranış bozukluklarına, okuldan kaçma, evi terk etme, fiziksel şiddet, cinsel şiddet gösterme gibi davranış sorunlarına, uyku ve yeme bozukluklarına, erken yaşta alkol ve madde kullanımına yol açabildiği gösterilmiştir.

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda görülebilen bulgular, yaşa bağlı değişiklikler de gösterebilir. Sıfır-üç yaş arası çocuklarda; yeme ve uyku bozuklukları, yabancılardan korkma, üzerini giyip çıkarırken sorun çıkarmaya başlama ve yaşına uygun olmayan cinsel oyunda bulunma görülebilir. Üç-altı yaş arası çocuklarda; regresyon (bebeksi konuşma, parmak emme, anneye daha fazla bağlı olma gibi), içe çekilme, enürezis nokturna, enkoprezis, yeme ve uyku bozuklukları, agresyon, boyun eğme davranışı, devamlı cinsel oyun ve sık masturbasyon görülebilir. Altı-on iki yaş arası çocuklarda; sosyal içe kapanma, evden ve/veya okuldan kaçma, yeme ve uyku bozuklukları, öğrenme bozukluğu, takıntı ve zorlantılar, oto-agresyon, kendinden küçüklere cinsel istismarda bulunma, durup dururken ağlama, hassaslaşma, karın ve baş ağrıları, huzursuzluk görülebilir. On üç-on sekiz yaş arasında; bağımlılık yapan maddelere düşkünlük, oto-agresyon, fobi, evden ve/veya okuldan kaçma, başkalarını istismar etme, takıntı ve zorlantılar, duygusal ve fiziksel yakınlıktan kaçma, yeme bozukluğu, sinirlilik, rastgele cinsel ilişkide bulunma, sosyal içe kapanma, psikoz, öz kıyım girişimleri görülebilir (4, 46).

Cinsel istismara uğrayan çocukların yaşa göre gösterdiği belirtiler **Tablo 2.4'**de özetlenmiştir.

Tablo 2.4. Cinsel İstismara Uğrayan Çocukların Yaşa Göre Gösterdiği Tepkiler

Küçük yaş grubunun (10 yaş altı) verdiği tepkiler
*Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
*Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı masturbasyon
*Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
*Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif

belirtiler

*Yeme sorunları

*Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü

*Fobik kaçınmalar (örn. İstismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku)

*Özellikle erkek çocuklarda daha sık olarak ateş çıkarma davranışı

*Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma

*Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar

*Ani davranış değişiklikleri

Daha büyük yaş grubunun (10 yaş üstü) tepkileri

*Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması

*Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar azdır

*Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır.

*Yeme bozuklukları

*Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar girişimleri

*Depresyon, sosyal geri çekilme

*Psikoz

*Suça yönelme

*Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma

*Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar

*Ani davranış değişiklikleri

İstismarın ruh sağlığına etkileri bugüne kadar farklı araştırma desenleriyle incelenmiştir. Bu araştırmalardan bazıları çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve

bozuklukları incelerken bazıları erişkinlik dönemine yansıyan sorunları araştırmayı hedeflemiştir. Çalışmalar, istismarın erken ve geç dönemde pek çok ruhsal belirtilerle ilişkisi olduğunu göstermiştir (34). Cinsel istismar öyküsü anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğunu içeren psikiyatrik bozukluklarla sonuçlanabilmektedir (47).

Çocukluk cinsel istismarı ve psikiyatrik bozukluklar arasında nedensel ilişki olduğunu öne süren başlıca iki durum şunlardır; istismarın doğrudan travmatik etkisi ile hem çocukluk cinsel istismarı hem de hastalık için riski arttıran bağlantılı sosyal ve ailesel faktörlerin zaten hazır durumda bulunmasıdır. Bu görüşü destekleyenlere göre, çocukluk cinsel istismarı aile ortamı bozuk çocuklarda daha sık görülür. Bu ailelerde psikiyatrik bozukluk riski ile çocukluk cinsel istismarı arasındaki ilişki, çocukluk cinsel istismarının doğrudan travmatik etkisinden çok, cinsel istismar olmuş ailelerde aile ile çocuk arasındaki etkileşim ve çocuğun cinsel istismarı sonrası olumsuz etkilenen çevresel koşulları ile ilgilidir (10). Travma ile başa çıkmanın çeşitli yolları, kişinin stres dolu olayları anımsamasını engelleyerek anksiyeteyi azaltmaya ya da anksiyeteden kaçınmaya olanak tanır, ancak bu bir taraftan da olumsuz etkiler yaratabilir. Bunların içine dissosiasyon, hafızadan silme, amnezi, çoklu kişilik gelişimi ve kendine zarar verme davranışları yanıtlanır girer. İstismarın erken dönemde neden olduğu tepkilerin başında anksiyete gelir. Anksiyete, kendini 'huzursuzluk, uyku sorunları, yeme sorunları' gibi davranış değişiklikleriyle gösterebileceği gibi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi daha karmaşık tablolarla da gösterebilir (34).

Çocukluk çağında cinsel istismar üzerine yapılan bir gözden geçirme çalışmasında cinsel istismar mağdurlarının %64-79 oranları arasında psikiyatrik belirti bozukluk gösterdikleri bildirilmiştir. Bunlar sırasıyla TSSB, düşük benlik saygısı, anksiyete, korku, depresyon, intihar düşüncesi, somatik şikâyetler, agresif davranış, evden kaçma ve madde kötüye kullanımınıdır (48). Başka bir çalışmada cinsel istismara uğramış çocukların %63.8'in de TSSB, %33'ün de depresyon saptanmıştır (49).

TSSB, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda %44-71 oranlarında görüldüğü bildirilen ve en sık adı geçen ruhsal bozukluktur. Cinsel

istismara uğramış çocukların, fiziksel istismara uğrayan ya da istismara uğramayan popülasyona oranla daha fazla yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri gösterdiği bildirilmiştir. Kızlarda zorlayıcı düşünceler ve aşırı uyarılma, erkeklerden fazla iken, kaçınmanın her iki cinste eşit olduğu belirtilmektedir (50). Bazı çocuklar TSSB'nin tüm tanısal ölçütlerini karşılama da; olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri belirtileri gösterebilmektedir (51, 52). Cinsel istismara uğramış ve uğramamış çocuklarda TSSB'nin araştırıldığı bir çalışmada istismarın TSSB ile yüksek ilişki gösterdiği, penetrasyon ve saldırganlık derecesinin anksiyete düzeyinde artışla sonuçlandığı bildirilmiştir (53).

Dissosiasyon, ruhsal travmaya karşı ilkel bir savunma olarak kabul edilmektedir. İstismarın erken döneminde amnezi ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir (44). Çocuğun gözlerini bir noktaya dikip uyarılara cevap vermediği durum olarak tanımlanan trans benzeri durumlar çocuklarda en sık görülen dissosiasyon belirtisidir. Dissosiasyon istismara eşlik eden ezici ve korkutucu duygulardan çocuğun kaçınmasına olanak tanır. Dissosiasyon başlangıçta çocuğa yardım etmesine rağmen süre uzadıkça okul fonksiyonlarını da içeren bilişsel performansı bozduğu bulunmuştur (54).

İstismarın başladığı yaş ve istismarın süresi gibi travmanın derecesiyle ilgili faktörlerin, dissosiasyonun şiddeti ile orantılı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocuk istismarının başlangıç yaşı ne kadar küçükse, o ölçüde şiddetli dissosiasyon görülmektedir. Ayrıca travma esnasındaki dissosiasyonun, daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğu gösterilmiştir (55).

Bir çalışmada cinsel istismara uğrayan okul çağı çocuklarının sosyal ilişki becerilerinde eksikliklerinin olduğu, ergenlerin ise dürtüsel davranışlar ve davranım sorunları açısından risk altında olduğu belirtilmiştir. Ergenlik, kendilik bilincinde artış ile birlikte bilişsel ve pubertal değişiklikler meydana geldiği, normal gelişimsel stresörlerin arttığı bir dönemdir. Bu dönemde gelişen Cİ gibi bir atipik bir yaşam olayı, olumsuz duygulanım ve duygudurum değişkenliğinde artış ile ilişkilidir. Cİ kurbanı olan ergenlerde, çocuklardan daha fazla TSSB görülmektedir (56).

Prospektif bir çalışmada cinsel istismara uğramış erkeklerde anksiyete bozuklukları ve davranım bozukluğunu, kızlarda majör affektif bozukluk ve anksiyete bozukluklarını kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Depresyonun çocukluk çağı cinsel istismarı ile birlikte görüldüğü, aile içi cinsel istismar kurbanlarında da intihar davranışının sıklıkla gözlemlendiği pek çok çalışmada bildirilmiştir (55, 57).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da istismar mağduru çocuklar anlamlı olarak daha fazla depresif bozukluk ve TSSB tanısı almışlardır. İstismara uğrayan erkek çocuklarda intihar girişimi bulunmazken, kızların %13.5 oranında intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir (58).

Cinsel istismarın somatik şikayetleri arttırdığı, bunun da istismar nedeniyle kendilik algısındaki bozulmaya bağlı olabileceğini bildirmiştir (59). Erişkin örnekleme yapılan bir araştırma istismar öyküsü olan olgularda kronik fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların, irritabl barsak sendromu belirtilerinin, pelvik ağrı, çoklu bedensel yakınmaların daha sık olduğu, hatta istismar öyküsü olmayanlara kıyasla ameliyat yüzdelerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (60, 61).

2.1.4.8. Cinsel İstismarın Dinamik Etkileri

ÇCI'de, istismarla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük, damgalanma gibi dört travmatik dinamik yer alır. Bu dinamikler travmaya farklı bir yan katar, travmatik olayın etkilerini ağırlaştırır ve çocuğun dünyaya kognitif ve emosyonel oryantasyonuna zarar verir. Travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanır (44).

2.1.4.8.1. Travmatik Cinsellik

Genellikle ensest olgularında görülür. İstismar eden kişi, aslında çocuğun ailede en çok sevgi ve onay beklediği kişidir. Hatta özdeşim modeli bile olabilir. Çocuğun en çok sevdiği kişi onun sevgisinden faydalanıp hediyeler vermiş ve cinsel talepte bulunmuştur. Bu durum çocukta cinsel davranış ve ahlak karmaşası yaratacaktır. Cinselliği bir alışveriş gibi değerlendirecektir. Sevgi için cinselliğin gerektiğini düşünecek bu da sonraki yaşamında birçok partnerle cinsel ilişkiye girmesine ve riskli cinsel davranışlarda bulunmasına neden olabilecektir (10, 62).

2.1.4.8.2. İhanete uğramışlık hissi

Cinsel istismara uğramış çocuk yakınları tarafından ihanete uğradığını düşünür. İlişkilerinde kişilere güvenmekte zorluk çeker. Kime güveneceğine karar vermekte zorluk yaşadığı için yetişkinliğinde çoklu, kısa, istismara açık ilişkiler yaşayabilir (62). İhanet yetişkinin kişiler arası işlevlerinde de etkili olan dikkat çekici bir yapıdır. Genellikle çocuklar yetişkinlerin onları koruyacağına ve onlara karşı dürüst davranacaklarına inanırlar. Ne zaman ki çocuk istismara uğrar, yetişkin ona kasten zarar verir, çocuğun güvenlik ve emniyet hissi kırılır, çocuk kendisine ihanet edildiğini hissetmeye başlar. Çocuk yetişkinin kasten ona zarar verdiğini, ona yalan söylediğini, kendi ilgisi ve zevki için ona baktığını keşfetmeye başlar. İstismar açığa çıktığında aile çocuğa destek olmaz, onu koruma altına almazsa çocuğa karşı ikinci bir ihanet daha yapılmış olur. İstismarcı çocuğun yakını ise çocuğun kendisine ihanet edilmişlik hissi artar. Çocukluk çağında yaşanan bu ihanet edilmişlik ve kayıp hissi, çocuk gelişimi devam ettiği süreçte diğer ilişkilerine yansiyarak büyür (44).

2.1.4.8.3. Güçsüzlük

Bu dinamik istismarcı tarafından çocuğa sürekli saldırıda bulunulması ile gerçekleşir. Çoğu zaman çocuk bu istismarı içeren davranışı kontrol altına alamaz, eğer bu istismar hareketine dur diyecek olsa toplum ve aile tarafından ya ona inanılmayacağı ya da aynı hareketin tekrar yapılacağı yönünde istismarcı tarafından yöneltilen tehdit davranışlarını içeren pek çok engelle karşı karşıya kalır. Zarar verileceği yönünde yapılan tehditler çocukta güçsüzlük hissini artmasına neden olur (44). Ayrıca cinsel istismara uğrayan çocuk yaşadığı ilişkilerin cinsel yönü ile ilgili kontrol duygusuna sahip olmadığını düşünür. Bu nedenle yetişkinlik döneminde de ilişkilerinde cinsel açıdan kim ne isterse kabullenir kontrol koyamaz duruma gelebilir (62).

2.1.4.8.4. Damgalanma

Cinsel tacize uğrama çocuğa lekelenmişlik duyguları hissettirebilir. Utanç, suçluluk kavramlarının da eklenmesiyle bu duygular zamanla benlik algısına karışır ve kendisini böyle algılamaya başlar (62). Bu dinamik çocuğun istismarcı tarafından azarlanması, ensestini ilişki içerisinde gizlenmesi, toplum ve aile tarafından çocuğa tepki verilmesi ile ortaya çıkar. İstismara uğrayan kişi istismarın yükünü etrafına

zarar verdiği ve bu yüzden hak ettiği şeklinde yaşamaya devam eder. Bu negatif benlik imajı nedeni ile ya kendini diğer insanlardan izole eder ya da kendi bedeni üzerinde diğer insanların hakkı olduğuna inanır. Bu suçluluk ve utanç bu dinamiğin uzun dđneme projeksiyonu ile yaşanır (44).

2.1.4.8.5. Dezorganize Bağlanma

Bowlby'nin bağlanma teorisine gđre istismar yaşayan bireyler dezorganize bağlanma geliştirirler. Dezorganize olmuş bağlanma genellikle çocukluk çağı anksiyetesinin kaynaklarından olan korku dolu davranışlar olarak belirir. Bu dinamik genellikle kognitif yıkıma ve ilişkilerde dengesizliğe neden olan disfonksiyonel ailede yaşamış olan çocuklarda gelişir. Çocuk, bakıcısının kendisine karşı negatif bir davranışı ile karşılaştığında buna karşı farklı tepki verme sürecine girer. Bu negatif tepki sürecinde geri çevrilme ve çatışma yaşanırsa çocuk bu negatif tepkiyi ya gđrmezden gelir ya da abartılı tepki sürecine girer ve bağlanma sürecinde anksiyete dolu tehlikeli stratejiler geliştirmeye yđnelir. İstismar eden patolojik ebeveynlere karşı geliştirilen istenmeyen bağlanma şekli kişinin çocukluk dđnemine ait travmatize anılarına blok koymasđ ile kişide yaşamını sđrdürür. Korkuyla ilişkili bu bağlılık şekli inkâra neden olur ve her geri çevrilmede kişinin ebeveyn olma sürecinde veya çözüme kavuşmamış her travmasında tekrar tekrar yaşanır. Dezorganize bağlanma çocuğun ayrılma bireyleşmede problem yaşamasına neden olur (44).

2.1.4.9. Tedavi

İstismarın tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde hastane temelli multidisipliner ekip çalışmasının önemi giderek artan bir ilgi görmeye başlamış ve cinsel istismar olguları daha sistemli olarak ele alınmaya başlanmıştır. Ülkemizde de pek çok üniversite ve devlet hastanesinde çocuk istismarı ile ilgilenen ekipler oluşturulmaktadır. Ekip içinde çocuk psikiyatristleri, pediatristler, sosyal hizmet uzmanları, adli tıp uzmanları, psikiyatristler, çocuk cerrahisi ve acil sorumluları 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 (63). Hukuksal sürecin başlatılması ve çocuğun haklarının korunması için girişimlerde bulunmak gerekir. Bu arada ailenin diğer bireyleri ve çocukları da gözetim altına alınmalıdır (55). İstismarı yapan kişinin bildirilmesi ve yasal işlemlerin devreye girmesinde ekip çalışanlarının rolü önemlidir. Çoğu aile olayı gizli tutmanın çocuğu korumanın bir yolu olduğunu düşünseler de konunun uzmanı olan kişilerce bildirim öneminin vurgulanması gerekir. Böylece hem kendi çocuklarında hak ve adalet duygularının gelişmesi hem de diğer çocukların olası istismarlardan korunması mümkün olacaktır (22).

Cinsel istismarı yaşamış bir çocuk ve ergenin tedavisinde güvenli bir terapötik ilişki kurulması tedavinin ilk aşamasıdır. Bu nedenle görüşme esnasında şu ilkeler göz önünde bulundurulmalıdır;

- Görüşme öncesinde ortam düzenlenmiş olmalı, kayıt materyalleri kontrol edilmiş olmalıdır.
- Çocuğun aynı olayları tekrar tekrar anlatarak travmatize olmasının önlenmesi için, ekip çalışması içinde iş bölümü yapılması, görüşme sayısına dikkat edilmesi ve kayıt tutulması önemlidir.
- Görüşmenin nerede yapıldığı, ne amaçla yapıldığı gibi aydınlatıcı bilgiler verilmelidir.
- Gerçeği duyma gereksinimi belirtilmelidir.
- Uzun sorulardan, tekrarlayıcı sorulardan, çocuğun söylemlerini yönlendirmekten kaçınılmalı, çocuğun doğal anlatımına karışmamaya özen gösterilmelidir.
- Çocuğun ifadesinin tekrarlanarak onaylatılması, tutarsızlık olduğunda zorlayıcı ve eleştirel olmayan bir tutumla bu durumu anlatmasının istenmesi gereklidir.
- Görüşme nasıl sonlanırsa sonlansın, atılımı için çocuğa ya da gence teşekkür edilmelidir.
- Çocuğa tutulamayacak sözler verilmemelidir.
- Ruhsal değerlendirmenin yanında çocuğun bilişsel gelişimi de değerlendirilmelidir.

- Görüşme sonrasında, çocuğa nerede ne kadar bekleyeceği ve bundan sonra ne yapılacağı gibi konularda bilgi verilmelidir.
- Mümkünse çocuğun ailesi ile ayrı bir görüşme planlanmalıdır.

Travmatik anılarla ilişkili duygusal süreçlerin çalışılması tedavinin temel noktasını oluşturur. Bu süreç çocuklarda oyun terapisi içinde gerçekleşebilir. Üst düzey savunma düzeneklerinin geliştirilmesi, ego kapasitesinin artırılması, sosyal aktivitelere, becerilerine uygun bireysel etkinliklere yönlendirilmesi amaçlanır (64).

Bazı çocuklar akut travma ve anksiyeteye saplanıp kalmışlardır. Bunlar kolayca ifade edemedikleri yaşantılarını, oyunları, rüya ve fantezileri ile dile getirebilirler. Temel terapötik amaç esas travmatik deneyim ile oyun aktivitesi arasındaki bilinç dışı ilişkiyi kurup anlamaktır. Bu bağlantı kurulursa çocuk travmatik anılarını söze dökebilecek ve olayın acıtan etkilerini eylemden ziyade sözcükler ile dışa vurabilecektir.

Bazı cinsel istismara uğramış çocuklarda yaşadıkları olayın etkisi ile fobik ve kaçınma davranışları olur. Terapist çocuğa fobik ve kaçınma şeklinde bir başa çıkmanın sıkıcı, zor ve normal durumlarda da gereksiz olduğunu açıklamalıdır. Çocuk böylece zararsız bireyleri cinsel taciz yapanlardan ayrı olarak düşünebilmelidir.

Damgalanma ile ilgili suçluluk duygusu ve benlik saygısındaki azalmanın giderilmesi için çocuğun bir cinsel aktiviteye dâhil edilmesinin herhangi bir şekilde kendi suçu olmadığı ve suçlunun davranışının bozuk ve hastalıklı bir davranış olduğu çocuğa anlatılmalıdır.

Çocukluk cinsel istismarı kurbanları erken cinsel uyarım deneyimleri ile ilgili iki zıt başa çıkma yolu sergilerler. Birincisi, yaşadıkları olayı yinelemek ve yeniden yaşamak; diğeri ise cinsel uyarılardan kaçınmaktır. Bu yanıtların her ikisi de normal represyonun zayıflamasına dayanır. Terapistin amacı dışavurum ve kaçınma örüntülerini kontrol etmek, bu arada da daha üst düzey savunma mekanizmaları olan sublimasyon ve entellektualizasyonun kullanımını arttırmaktır (10).

Tedavi bireye özgü farklılıklar göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Temel yaklaşım aile bütünlüğünü korumak, çocuğu aile ortamından ayırmadan tedavisini sürdürmektir. İstismara uğramış çocuklar bireysel olarak tedavi

edilebilirler ya da grup terapisine alınabilirler. Spesifik terapötik yaklaşımlar psikodinamik ya da bilişsel davranışçı terapidir. Grup terapisinde çocuklar belirli niteliklerine göre, örneğin; yabancı ya da ev dışından birisi tarafından istismar edilen çocuklar aynı grup terapisi içine alınabilirler. Çocukların 7 yaşın üzerinde olması, kızlarla erkeklerin ayrı gruplarda değerlendirilmesi önerilmektedir. Grup terapisi için birisi kadın 2 terapist ihtiyacı vardır. Çocuğun terapiye devamında ailenin psikolojik desteği gerekmektedir. Çocuğun terapisiyle birlikte bakım verenin ya da ailenin emosyonel sorunlarına da destek vermek, çocuğun terapisiyle ilgili konularda aileye bilgi vermek ailenin desteğini sağlamada önemlidir.

İstismara bağlı cinsel içerikli davranışlar, anksiyete ve TSSB'nin tedavisinde kognitif davranışçı terapisinin destekleyici terapiye oranla daha etkili olduğu bildirilmektedir. Travma odaklı BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi)'nin TSSB semptomlarını azaltmada ve cinsel istismarla ilişkili işlevsel olmayan inançları yeniden yapılandırmada yüksek etkililiği gösterilmiştir (65, 66).

Ensest vakalarında kardeşler istismarın sessiz tanığı olabilirler, kardeşlerin hissettikleri ve ihtiyaçları kolaylıkla gözden kaçabilir. Tüm ailenin birlikte değerlendirilmesi bu durumu düzeltebilir, ailenin istismar gerçeğini açıkça konuşmasını sağlayabilir. Ensest yaşanan ailelerde çocuğun korunmaya alınması için acil önlemler alınırken, olası krizi en uygun şekilde atlatabilmek için o aileye ait özellikler iyice belirlenmeli, aile dinamikleri dikkatle incelenmelidir (9, 22).

Cinsel istismar sonrasında gelişen psikiyatrik semptomların tedavisinde psikofarmakolojik olarak en sık kullanılan ilaçlar antidepresanlar, anksiyolitikler, antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileridir (67).

2.1.4.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

İstismarın önlenmesi çalışmaları; istismara uğramamış çocuk ve ergenler için olduğu kadar istismara maruz kalmış olanların yineleyen istismarlara uğramaması açısından da son derece önemlidir. Çocuk ve ergenlerin istismardan korunmasında en etkili yol eğitimden geçmektedir (68).

Çocuğun yaşına uygun cinsel bilgiyi alması, bedenini tanıması, özel bölgelerini öğrenmesi ve bedenine dokundurmama hakkı olduğunu bilmesi, iyi ve kötü dokunuşu ayırabilmesi, istemediği şekilde kendisine dokunulması durumunda

bunu güvendiği bir erişkinle paylaşması, sır saklamaması gibi konular eğitim çerçevesinde ele alınır (67).

İstismar için en önemli risk grubu zihinsel özür nedeni ile kendini koruma becerisi yeterli olmayan çocuklardır. Bu çocuklarda daha kapsamlı ve erken eğitimin faydalı olduğu bilinmektedir (69).

Çocuk ve ergenlerin okul, aile ve hastane temelli eğitimlerinin yanı sıra ebeveynlerin, öğretmenlerin ve çocukla ilişkide olan diğer erişkinlerin de istismar konusunda bilgi sahibi olmaları önemlidir. Çocukların istismar ile ilgili bir konuda söylediklerine inanmak ve uygun tepkiler vermek konusunda erişkinler bilgilendirilmelidir. Ailelerin bilgilendirilmesi, çocukları ile etkileşim ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi; hem istismardan korumada hem de istismarı erken fark etmede etkili olduğu kadar çocukların sır saklamadan güvendikleri ebeveynleri ile iletişime geçmeleri açısından da son derece önemlidir (22).

İstismarı önlemeye yönelik girişimler birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç kısımda incelenir. Bu önlemler **Tablo 2.5**'te özetlenmiştir (44, 70, 71).

Tablo 2.5. Cinsel İstismarın Önlenmesinde Üç Aşamalı Koruma

Birincil koruma; Cinsel istismarın ortaya çıkışını önlemeye yönelik çalışmaları	<ul style="list-style-type: none">• Halka yapılacak eğitim• Şiddeti tanımlama ve kriz durumundaki girişimlere yönelik sağlık ekibine yapılacak eğitim• Şiddet ve istismar ile ilgili risk gruplarının tanımlanması• Risk altındaki kişilere danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin sağlanması
İkincil koruma; Erken tanı ve tedavi çalışmaları	<ul style="list-style-type: none">• Yüksek risk gruplarının belirlenmesi,• Bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmalarının ve gerekiyorsa ek hizmetlerin sağlanması• Erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılığın sağlanması
Üçüncül koruma; İstismara maruz kalan çocuğun rehabilitasyonu	<ul style="list-style-type: none">• İstismar edilmiş olan çocuğun yeniden istismar edilmesinin önlenmesi• İstismar ortaya çıktıktan sonraki tüm hizmetler• İstismar nedeniyle oluşan zararın hafifletilmesine yönelik, yinelenmesini önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici çabalar• İstismar edenlerin de tedavi ve rehabilite

Ülkemizde çocuk istismarı ile ilgili literatüre bakıldığında; istismardan birincil korumada yol gösterecek, istismarın tıbbi sonuçlarıyla ilişkili olabilecek primer risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Biz bu çalışmada; çocukluk çağı cinsel istismarının primer önlenmesinde, istismar mağduru çocukların yeniden istismara maruz kalmasının önlenmesinde ve istismar mağduru çocukların psikiyatrik destek ve tedavileri düzenlenirken gözönünde bulundurulması gereken durumların belirlenmesinde hangi risk faktörlerinin önemli olduğunu araştırmayı amaçladık.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Örneklem

Çalışmamızın örneklemini 1 Ağustos 2014–30 Eylül 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'nde değerlendirilen DSM-V tanı ölçütlerine göre çocuğun cinsel kötüye kullanımı tanısı alan 0–18 yaş arası 94 olgu oluşturmaktadır.

Bu tarihlerde polikliniğimize çocuğun cinsel kötüye kullanımı nedeni ile başvuran veya poliklinik takibindeyken çocuğun cinsel kötüye kullanımı gerçekleşen 0–18 yaş grubu tüm olgular dışlama kriteri olmaksızın retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamız, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.10.2016 tarih ve 157 sayılı kararı ile onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Uygulama

Poliklinikte rutin uygulama olarak cinsel istismar şüphesi ile başvuran olgulara biyopsikososyal verileri içeren bilgi alma formu görüşmeyi yapan araştırma görevlileri tarafından doldurulmaktadır

Ailişsel yetisi yeterli olan 9 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlere çalışmamızda Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) ve Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği (ÇİTSTÖ) uygulanmaktadır. Olguların istismar olayı ile ilgili verileri, poliklinik takibinde DSM-V tanı ölçütlerine göre aldıkları tanılar ve izleme ilişkili poliklinik takip sayıları, takip edildikleri süre, takipte değillerse bırakma nedenlerine ait verileri dosyalar incelenerek elde edilmiştir. Ölçeklerin istatistik hesaplamalarında polikliniğe ilk başvurduklarında doldurulan ölçek puanları kullanılmıştır. İzlem ölçek puanları çalışma verilerine dâhil edilmemiştir.

3.2.1. Bilgi Formu

Araştırmaya dâhil edilen tüm olgular için, bilimsel yazında yer alan risk faktörlerini içeren, çalışmanın hipotezi açısından mağdur, ailesi, istismar olayı ve bu olayla ilgili faktörleri içeren, psikiyatrik açıdan risk faktörü olabileceği ön görülen verilerin toplanması amacıyla hazırlanmış bir formdur. Bilgi formunun ilk kısmında

mağdurun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kardeş sayısı, mağdurun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, mağdurun mental durumu, olay öncesinde bedensel ya da psikiyatrik bir hastalığı olup olmadığı ile ilgili veriler araştırılmaktadır. Formun ikinci kısmında olgu için cinsel istismar açısından risk faktörü olabileceği ön görülen ebeveynlere ve aileye ait sosyodemografik özellikler sorgulanmaktadır. Bunlar; anne ve babanın eğitim durumu, sağ veya üvey olup olmamaları, anne ve babanın birliktelik durumu, anne ve babanın bedensel veya psikiyatrik bir bozukluklarının olup olmaması, ailenin çekirdek veya geniş aile olması, ailenin ekonomik durumu, şehir merkezinde mi yoksa kırsal bölgede mi yaşadıkları ile ilgili bilgilerdir. Bilgi formunun üçüncü kısmı istismar olayı ve istismarcıya ilişkin faktörlerin araştırılması için oluşturulmuştur. İstismar eyleminin gerçekleştiği yer, istismarcının mağdurun tanıdığı biri olup olmaması, bir veya daha fazla istismarcı, istismarcının mağdura yakınlık derecesi, istismarcının cinsiyeti, istismar olayının tek sefer gerçekleşmiş olması ya da tekrarlayan özellikte olup olmadığı, tekrarlama sayısı, istismar olayının türü gibi özellikleri içermektedir. Bilgi formunun son kısmı ise istismar olayı sonrasında meydana gelen, göç etme, eğitime devam etme, okul değişikliği yapılıp yapılmadığı, olay sonrası psikiyatrik bozukluk tanısı alıp almama durumu, olay sonrası depresyon ve travma sonrası strese ilişkin ölçek skorlarının belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. (Bkz (Bakınız). EK-1)

3.2.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ)

Çocuklar için Depresyon Ölçeği 6-17 yaş arası çocuklara uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir Kovacs tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilmiş olan bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır (72). Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. Yirmi yedi maddelik ölçekte; her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1.Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3.Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyonun şiddeti o kadar fazla demektir. 0-54 arasında gerçekleşebilecek ölçek puanının depresyonu ayırdığı sınır olarak 19 puan önerilmektedir (73). (Bkz. EK-2)

3.2.3. Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği (ÇİTSTÖ)

TSSB şiddetinin belirlenmesi amacıyla, Pynoos ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Erden ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (74). Çeşitli travmatik yaşantılar sonrasında çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan stres tepkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 20 maddelik bir ölçektir. Beşli likert tipi yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam puan 12-24 arası olması hafif, 25-39 puan arası orta düzeyde, 40-59 puan ağır ve 60 üstü çok ağır derecede TSSB tepkisine işaret etmektedir (75). (Bkz. EK-3)

3.3. İstatistiksel Yöntemler

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 20.0 istatistik programı ile analiz edildi.

Bu çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri kategorik ölçümler için sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli ölçümler için ortalama \pm standart sapma (ort \pm ss) olarak belirtildi. Verilerin dağılımına bağlı olarak parametrik ve parametrik olmayan istatistik yöntemler kullanıldı.

İki grupta ölçülen sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel anlamlılığını değerlendirmek için, parametrik test olarak Student t-testi ve parametrik olmayan test olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması Pearson kare ve Fischer exact testleriyle yapıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişkinin doğrusallığının değerlendirilmesi için verilerin dağılımının şekline göre Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Nümerik verilerin, grup varyanslarının homojenliğinin değerlendirilmesinde Levene Testi kullanıldı. Çalışmamızın numerik verileri normal dağılım gösterdiğinden grupların karşılaştırılmasında, bağımsız gruplarda Student t testi ve One way ANOVA testleri kullanıldı. Çoklu grupların karşılaştırılmasında Post hoc analiz testleri (Tukey ve Bonferroni testleri) yapıldı.

Olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve penetrasyon içeren türde istismara maruz kalma ile ilgili yaş kesim değerini belirlemek için ROC analizi uygulandı.

Tüm istatistiksel analiz testlerinde anlamlılık sınırı olarak; $p < 0.05$ (önemlilik değeri < 0.05) kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Olgular ile ilgili sosyodemografik özellikler

Çalışmamızın örneklemini 4–17 yaş arası 72'si (%76.6) kız, 22'si (%23.4) erkek olmak üzere 94 olgudan oluşmakta idi. Kız olgular 4–16, erkek olgular 6–16 yaş aralığında yer alıyordu. Olguların ortalama yaşları $12,5 \pm 2.7$ yılıdı. Kız olguların ortalama yaş değerleri ($12,7 \pm 2,8$), erkek olguların ortalama yaş değerlerine ($11,9 \pm 2,3$) göre daha yüksekti ancak cinsiyetler arasında ortalama yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,19$).

Olgular yaş gruplarına göre 3–6, 7–11, 12–14 ve 15 yaş ve üzeri olarak sınıflandırıldı, bu yaş grupları sırasıyla; oyun çocukluğu, okul, erken ergenlik ve orta ergenlik dönemlerini kapsadığı için sınıflandırma bu şekilde yapıldı. Olguların %35,1 (n:33)'inin erken ergenlik ve %35,1 (n:33)'inin geç ergenlik yaş grubunda yer aldığı, olguların sadece %3,1 (n:3)'inin oyun çocukluğu yaş grubunda ve %26,5 (n:25)'inin okul çağı yaş grubunda yer aldığı saptandı. Ancak yaş ile ilgili verilerin, diğer faktörler ile ilişkisi bu kategorizasyon dikkate alınarak değerlendirilmek istendiğinde, her bir grupta yeterli olgu sayısı olmadığı görüldü. Bu sebeple bu grupların rastgele birleştirilmesi sonucu oluşacak yaş kategorileri oluşturmak yerine; istismarın şiddeti ile ilgili en önemli faktörler olarak belirtilen nitelikli istismara uğrayıp uğramama ve istismar olayının olay sonrası psikiyatrik bozukluk geliştirip geliştirmemek değişkenleri açısından kesim değerleri hesaplanarak, bu kesim noktalarının birisinin yaşa göre yapılacak istatistikler için kesim noktası olarak kullanılması planlandı. Yapılan analizlerde; nitelikli istismara maruz kalmak açısından 15 yaş, olay sonrası psikiyatrik bozukluk geliştirmiş olmak için ise 13 yaş kesim noktası olarak tespit edildi. (ROC eğrisi altında kalan alan; sırasıyla 0,53 ve 0,68 idi.) Yaşın kesim noktası olarak kullanımı, olay sonrası psikiyatrik tanı almak açısından, nitelikli istismara maruz kalmaya kıyasla daha önemli bir yordayıcı olarak tespit edildiğinden; çalışmamızdaki bulgular, yaşa göre değerlendirilirken '13 yaş ve üzeri' ile '13 yaş altı şeklinde' iki yaş grubu kullanıldı.

Olguların 55(%58,5)'inin 13 yaş ve üzerinde olduğu, 39(%41,5)'unun 13 yaş altı grubunda olduğu saptandı. Erkek olguların % 59 (n:13)'u ergen yaş aralığında, kız olguların ise %73,6(n:53)'sı ergen yaş aralığında yer almaktaydı. Kız ve erkek

olguların yaş grubuna göre nasıl dağıldığı araştırıldığında, kızların çoğu (%63,9 n:46) 13 yaş ve üzerinde iken, erkek olguların çoğu (%59,1 n:13) 13 yaş altı grupta yer aldığı saptandı (**Tablo 4.1**). Cinsel istismara uğrayan kızların üst yaş grubunda olmaları erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla idi (**p=0,048**).

Tablo 4.1. Olguların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Olgular	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
13 yaş altı	26 (%27,7)	13(%13,8)	39 (%41,5)
13 yaş ve üzeri	46 (%48,9)	9 (%9,6)	55 (%58,5)
Toplam n (%)	72 (%76,6)	22 (%23,4)	94 (%100)

Olguların kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk oldukları ile ilgili, 94 olgunun %98'inin verilerine ulaşıldı. Olguların %55,2'sinin kardeş sayısı 4 ve üzerinde idi. kardeş sayısı 2 ve 3 olanlar 38 (%40,4) kişi iken, ailedeki tek çocuk olma olguların sadece 4 (%4,4)'ünde saptandı. Tüm gruba bakıldığında ortalama kardeş sayısı $4,1 \pm 2,2$ olarak tespit edildi. Kızların kardeş sayısı ortalama $4,4 \pm 2,3$ erkeklerin ise $3,2 \pm 1,3$ idi ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı (**p=0,004**).

Olguların 38'inin yani %40,4'ünün ailenin son çocuğu olduğu, 27 (%28,7)'sinin ilk çocuk olduğu, %26,6(n:25) ininse ortanca çocuklardan biri olduğu saptandı. Ailenin kaçınıcı çocuğu olma değişkeni cinsiyete göre farklılık göstermiyordu ($p=0,732$) (**Tablo 4.2**).

Tablo 4.2. Cinsiyete Göre Kardeş Sayısı ve Sırası

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
Kardeş sayısı				
0-1 kardeş	4(%4,4)	0	4(%4,4)	0,004
2-3 kardeş	23(%24,5)	15(%15,9)	38(%40,4)	
≥ 4 kardeş	43(%47,4)	7(%7,7)	50(%55,2)	
Kaçınıcı çocuk				
İlk çocuk	19(%20,2)	8(%8,5)	27(%28,7)	0,723
Ortanca çocuk	23(%5,4)	2(%21,2)	25(%26,6)	
Son çocuk	26(%27,7)	12(%12,7)	38(%40,4)	

Olgular mental açıdan değerlendirildiğinde, 85(%90,4)'i ile ilgili verilere ulaşıldığı, olguların 57(%67,1)'sinin normal mental kapasitede olduğu, 28(%32,9)'inin normalin altında mental kapasitede (sınır mental kapasite + mental retardasyon) olduğu tespit edildi. Cinsiyetler arasında ise mental durum açısından farklılık saptanmadı (p=0,252)

Kronik fiziksel hastalık değişkeni ile ilgili 89(%94,6) olgunun verilerine ulaşıldı. Olguların çoğunda (n:85 %95,5) kronik fiziksel hastalık yoktu. Kronik fiziksel hastalığı olan 4 olgunun; Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), Akut Romatizmal Ateş (ARA), Polikistik Böbrek Hastalığı ve Büyüme Geriliği tanıları olduğu öğrenildi. Cinsiyetler arasında kronik fiziksel hastalık görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0,601).

Olgular premorbid psikiyatrik bozukluklar açısından incelendiğinde, verilerine ulaşılabilen 90(%95,7) olgunun çoğunda (n:64 (%71,1)) premorbid herhangi bir hastalık olmadığı, 26(%26,7)'sının olay öncesi psikiyatrik tanısı olduğu ancak tedavi almadıkları tespit edildi. İstismara uğrayan olgularda premorbid psikiyatrik tanılarının olmasının, cinsiyet ve yaşa göre nasıl değiştiği araştırıldı. Kız olguların 4'ünde DEHB, 5'ünde DEHB ve KOKGB (Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu), 4'ünde Depresif Bozukluk, 5'ünde Anksiyete bozukluğu tanıları olduğu, erkek olguların ise 5'inde DEHB, 2'sinde Davranım bozukluğu, 2'sinde Anksiyete bozukluğu tanıları olduğu tespit edildi. İstismara maruz kalan çocukların psikiyatrik bozuklukları olup olmamasının cinsiyetten etkilenmediği tespit edildi (p=0,167). Premorbid tanı alan ve almayan olgular yaşa göre karşılaştırıldığında, 13 yaş altındaki olguların % 38,9'unun, 13 yaş ve üzeri yaş grubundaki olguların %22,2'sinin herhangi bir psikiyatrik tanı aldığı ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı(**Tablo 4.3**) (p=0,087).

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Mental Durumu, Fiziksel ve Psikiyatrik Hastalık Durumları

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
Mental Durum				
Normal	44(%51,8)	13(%15,3)	57(%67,1)	

Normal altı	19(%22,3)	9(%10,5)	28(%32,9)	0,252
Toplam	63(%74,1)	22(%25,8)	85(%100)	
Fiziksel Hastalık				
Var	3(%3,4)	1(%1,1)	4(%4,5)	0,601
Yok	64(%71,9)	21(%23,6)	85(%95,5)	
Toplam	67(%75,3)	22(%24,7)	89(%100)	
Psikiyatrik Bozukluk				
Var	18(%20,0)	8(%8,9)	26(%28,9)	0,167
Yok	52(%57,8)	12(%13,3)	64(%71,1)	
Toplam	70(%77,8)	20(%22,2)	90(%100)	

Olay öncesi olguların örgün eğitime devam durumları değerlendirildiğinde; verilerine ulaşılabilen 91 olgunun, 76'sının (%83,5) eğitime devam edip, 15'sinin (%16,5) okula devam etmediği görüldü. İstismar sonrasında eğitime devam etme durumuna bakıldığında ise, verilerine ulaşılabilen 85(%94) olgunun, 58 (%68,2)'inin eğitime devam ederken, 27 (%32,8)'sinin eğitime devam etmediği saptandı. Bu durum istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, olayı sonrası okula devam etmemenin anlamlı derecede artmış olduğu gösterildi (**Tablo 4. 4**) (**p=0,014**).

Tablo 4. 4. Olay Öncesi ve Sonrası Olguların Eğitim Durumları

Değişkenler	Olay Öncesi	Olay Sonrası	P
Eğitime Devam Etme			
Evet	76(%83,5)	58(%68,2)	0,014
Hayır	15(%16,5)	27(%32,8)	
Toplam	91(%100)	85(%100)	

4.2. Aileler ile ilgili sosyodemografik özellikler

Olguların ikamet ettiği yer ile ilgili olarak 88 (%93,6) olgunun verilerine ulaşıldı. Verisine ulaşılan olguların %68,1'si şehir merkezinde yaşarken, %31,9'i kırsal kesimden gelmekteydi. Erkek olgularda şehirde yaşamının kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. (**p=0,028**).

Aile yapısı ile ilgili 76 (%80,9) olgunun verilerine ulaşılmış olup; verilerine ulaşılan olguların büyük çoğunluğu (n:59 %77,6) çekirdek aile yapısına sahipti.

Cinsiyetler arasında aile yapısı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,301).

Anne babanın birliktelik durumu değişkeni ile ilgili 94 olgunun da verilerine ulaşılmış olup; olguların çoğunluğunun (%80,9) anne ve babasının birlikte yaşadığı, 13 (%13,8)'ünün boşanmış olduğu, 5 (%5,3)'ünün ebeveynlerinden birinin vefat ettiği saptandı. Cinsiyetler arasında; aile durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,264).

Ailelerin sosyoekonomik düzeyleri öz bildirimine dayalı olarak değerlendirildiğinde olguların sadece 5(%5,3)'ünün sosyoekonomik durumunun iyi olduğu, 89(%94,6)'unun (kötü:38(%40,4) orta:51 (%54,2)) orta ve kötü sosyoekonomik düzeye sahip olduğu gözlemlendi. Bu durumun cinsiyete göre farklılık göstermediği saptandı (p=0,42) (*Tablo 4.5*).

Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Aileler İle İlgili Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
İkamet edilen yer				
Şehir Merkezi	41(%46,6)	19(%21,6)	60(%68,1)	0,028
Kırsal Bölge	25(%28,4)	3(%3,4)	28(%31,9)	
Toplam	66(%75,0)	22(%25,0)	88(%100)	
Aile Yapısı				
Çekirdek	40(%52,6)	19(%25,0)	59(%77,6)	0,301
Geniş	14(%18,4)	3(%3,9)	17(%22,4)	
Toplam	54(%70,0)	22(%30,0)	76(%100)	
Aile Durumu				
Birlikte	57(%60,6)	19(%20,2)	76(%80,9)	0,264
Boşanmış	12(%12,8)	1(%1,1)	13(%13,8)	
Parçalanmış	3(%3,2)	2(%2,1)	5(%5,3)	
Sosyoekonomik düzey				
Kötü	20(%21,3)	18(%19,1)	38(%40,4)	p=0,42
Orta	27(%28,7)	24(%25,5)	51 (%54,2)	
İyi	2(%2,1)	3(%3,1)	5(%5,3)	

Olguların ebeveynlerinin eğitim durumu değerlendirildiğinde, 67 (%71,3)'sinin ebeveyn eğitimi ile ilgili verilerine ulaşılmış olup; ebeveynlerin eğitim durumları iyi (lise ve üniversite mezunu) , orta (ortaokul mezunu) ve düşük düzeyde (ilkokul mezunu, eğitim almamış olma) şeklinde kategorize edildi. Anne eğitim durumu olguların %94,1'inin eğitim durumunun düşük düzeyde olduğu, babaların eğitim durumunun ise %65,8'inin düşük düzeyde olduğu tespit edildi. Kız ve erkek olgular arasında ortalama anne ve baba eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla; $p=0,167$ ve $p=0,246$).

Tüm istismar olguları göz önüne alındığında annelerin eğitim durumlarının babalara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p=0,001$) (*Tablo 4.6*).

Tablo 4.6. Cinsiyete Göre Ebeveynlerin Eğitim Durumları

Değişkenler		Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P				
Anne Eğitim Durumu									
Düşük	Okur-yazar değil	18(%26,9)	52(%77,6)	3(%4,5)	11(%16,4)	21(%31,4)	63(%94,0)	0,167	
	Okur-yazar	7(%10,4)		0(%0)		7(%10,4)			
	İlkokul	27(%40,3)		8(%11,9)		35(%52,2)			
Orta	Orta Okul	2(%3,0)	2(%3,0)	2(%3,0)	2(%3,0)	4(%6,0)	4(%6,0)		
İyi	Lise	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)		
	Üniversite	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)		
Toplam		54(%80,6)		13(%19,4)		67(%100)			
Baba Eğitim Durumu									
Düşük	Okur-yazar değil	5(%7,5)	38(%56,7)	1(%1,5)	6(%9,0)	6(%9)	44(%65,8)		0,246
	Okur-yazar	5(%7,5)		0		5(%7,5)			
	İlkokul	28(%41,8)		5(%7,5)		33(%49,3)			
Orta	Orta Okul	4(%6,0)	4(%6,0)	4(%6,0)	4(%6,0)	8(%11,9)	8(%11,9)		
İyi	Lise	11(%16,4)	12(%17,9)	3(%4,5)	3(%4,5)	14(%20,9)	15(%22,4)		
	Üniversite	1(%1,5)	0	0	1(%1,5)	1(%1,5)	1(%1,5)		
Toplam		54 (%80,6)		13(%19,4)		67(%100)			

Ebeveynler ruhsal ve fiziksel hastalık açısından değerlendirildiğinde, olguların 83(%88)'ü ile ilgili verilere ulaşıldığı ve olguların 10'unun annesinde bedensel, 5'inde ruhsal bir bozukluk olduğu; 11 babada fiziksel hastalık, 1 babada psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edildi. Anne ve babada bedensel ya da psikiyatrik bozukluk görülmesi açısından, cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit edilmedi. (p değerleri sırasıyla 0,697, 0,607, 0,471 ve 0,732 idi). Annelere ve babalarda, bedensel veya ruhsal hastalık görülmesi tıbbi hastalık görülmesi adı altında birleştirilerek değerlendirildiğinde de, annelerde babalara göre herhangi bir tıbbi hastalığı olma oranının daha fazla olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı(p=0,194)(Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Cinsiyete Göre Ebeveynlerin Hastalık Durumları

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
Anne Fiziksel Hastalık				
Var	7(%8,4)	3(%3,6)	10(%12)	0,697
Yok	56(%67,5)	17(%20,5)	73(%88)	
Toplam	63(%75,9)	20(%24,1)	83(%100)	
Anne Psikiyatrik Hastalık				
Var	3(%3,7)	2(%2,4)	5(%6,1)	0,607
Yok	57(%69,5)	20(%24,4)	77(%93,9)	
Toplam	60(%73,2)	22(%26,8)	82(%100)	
Baba Fiziksel Hastalık				
Var	7(%8,4)	4(%4,8)	11(%13,3)	0,471
Yok	54(%65,1)	18(%21,7)	72(%86,7)	
Toplam	61(%73,5)	22(%26,5)	83(%100)	
Baba Psikiyatrik Hastalık				
Var	1(%1,2)	0(%0,0)	1(%1,2)	0,732
Yok	59(%72,0)	22(%26,8)	81(%98,8)	
Toplam	60(%73,2)	22(%26,8)	82(%100)	
Ebeveynlerde Tıbbi Bir Hastalık				
Var	15(%9,1)	12(%7,3)	27(%16,3)	0,194
Yok	68(%40,9)	71(%42,7)	139(%83,7)	

Toplam	83(%50,0)	83(%50,0)	166(%100)	
--------	-----------	-----------	-----------	--

4.3. Poliklinik Başvurusu

Olguların polikliniğimize başvuru şekilleri değerlendirildiğinde; olguların 87(%85,7)'sinin adli makamlar tarafından polikliniğimize yönlendirildiği, sadece 7(%14,3)'sinin polikliniğimize doğrudan başvurduğu veya başka bir nedenle polikliniğimizce takip edilirken cinsel istismara maruz kaldığı saptandı. Kız ve erkek olgular arasında başvuru şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,312$) (*Tablo 4.8*).

Tablo 4.8. Cinsiyete Göre Olguların Poliklinik Başvuru Şekli

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	p
Poliklinik Başvuru Şekli				
Adli	67(%71,3)	20(%14,4)	87(%85,7)	0,312
Normal	5(%5,3)	2(%9)	7(%14,3)	
Toplam	72(%76,6)	22(%23,4)	94(%100)	

4.4. Olay Yeri İle İlgili Bulgular

Olay yeri ile ilgili bu grupta, gruptaki sayının az oluşu nedeniyle, yeniden kategorize edilmiş ve ev (mağdur veya istismarcının), arazi-metruk bina ve mağdurca bilinen bir yerin denetimsiz bir kısmı (insanlarca az kullanılan yerler kastedilmiştir) şeklinde sınıflandırıldı. Bu sınıflandırmaya göre; istismar olayının çoğunlukla (%40,4) istismarcının veya bir başkasının evinde gerçekleştiği saptandı. Bunu %37,2 ile denetimden uzak olan açık alanlar ile metruk binaların ve %22,3 ile mağdurun daha önceden bildiği bir ortamın gözden ve denetimden uzak bir kısmı şeklinde tanımlanabilecek yerlerin izlediği tespit edildi.

Kızların çoğunluğunun (%48,6) istismarcının veya bir başkasının evinde, erkeklerin çoğunluğunun (%63,6) açık alan ya da metruk binalarda istismara uğradığı saptandı. Olay yeri değişkeni gruplandırıldığında da cinsiyet ile arasındaki ilişki; istatistiksel olarak anlamlı idi. ($p=0,004$) (*Tablo 4.9*).

Tablo 4.9. Cinsiyete Göre İstismar Olayının Meydana Geldiği Yer

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
Olay yeri				
Ev	35 (%37,2)	3 (%3,2)	38 (%40,4)	0,004
Arazi,metruk bina	21 (%22,3)	14 (%14,9)	35 (%37,2)	
Bilinen mekanın izbe köşesi	16 (%17,0)	5 (%5,3)	21 (%22,3)	
Toplam	72 (%76,6)	22 (%23,4)	94 (%100)	

Olayın mağdurun kendi evinde gerçekleşme durumu araştırıldığında; kız olguların kendi evlerinde istismara maruz kalması (%19,4), erkek olguların kendi evlerinde mağdur edilmesine göre (%1) belirgin daha yüksekti ve bu durum istatistiksel açıdan da anlamlı idi ($p=0,044$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Cinsiyete Göre Olayın Mağdurun Kendi Evinde Gerçekleşme Durumu

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
Olay yeri				
Mağdurun evi	11(%15,3)	1(%1,1)	12 (%11,7)	p=0,044

Yaş grubuna göre, istismarın gerçekleştiği yer değerlendirildiğinde, 13 yaşından küçüklerin çoğunun (%46,2) açık alan ya da kullanılmayan metruk mekânlarda istismara uğradığı ve bunu %28,2 ile bilinen bir ortamın denetimden yoksun bir kısmının izlediği; 13 yaş ve üzerindeki çocukların ise genellikle (%50,9) ev ortamında, %30,9 açık alan ya da kullanılmayan metruk mekânlarda istismara uğradığı tespit edildi. Yaş grubu ile olay yeri arasındaki ilişki istatistiksel açıdan da anlamlı idi ($p=0,048$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Yaş Grubuna Göre Olayın Mağdurun Kendi Evinde Gerçekleşme Durumu

Değişkenler	13 yaş altı n (%)	13 yaş ve üzeri n (%)	Toplam n (%)	P
Olay yeri				
Ev	10 (%10,6)	28 (%29,8)	38 (%40,4)	0,048
Arazi,metruk mekan	18(%19,1)	17 (%18,1)	35 (%37,2)	
Bilinen mekanın izbe köşesi	11(%11,7)	10 (%10,6)	21 (%22,3)	
Toplam	39(%41,5)	55 (%58,5)	94 (%100)	

4.5. Tekrarlayan İstismar ve İstismar Sıklığı İlgili Bulgular

Tekrarlayan istismara maruz kalma ve istismar sıklığı ile ilgili 86(%94) olgunun verilerine ulaşılmış olup, olgularımızın çoğunun (n:51 %59.3) istismara birden fazla kez maruz kaldığı saptandı. Tekrarlayan istismar sayıları değerlendirildiğinde tek sefer, birden fazla kez(2 veya 3 kez) ve kronikleşmiş(4 ve üzeri) şeklinde gruplandırıldığında; 8 olgunun 2 veya 3 kez istismara maruz kaldığı, 37 olgunun ise 4 veya daha çok kez istismara uğradığı tespit edildi. Bu durum bize tekrarlayan istismar yaşayan olguların %72,5'inin kronik şekilde istismara maruz kaldığını göstermekteydi.

Erkeklerde tekrarlayan istismara uğrama oranları kızlara göre belirgin daha yüksekti. Kızlarda 66 olgunun 32(%48,5)'ü tekrarlayan istismara maruz kalırken, erkeklerde 22 olgunun 20(%90,9)'si tekrarlayan istismara maruz kaldığı tespit edildi. Cinsiyet ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0,000**).

İstismar sayısına bakıldığında; olguların ortalama 2,66 kez istismara maruz kaldığı, kızların 3,45±1,18 kez, erkeklerin ise 2,32±1,39 kez istismara maruz

kaldığı ve istismar sıklığı ve cinsiyet arasındaki ilişkinin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ($p=0,02$)

Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki araştırıldığında; 13 yaş altı yaş grubunun %65,4'ünde, 13 yaş ve üzeri yaş grubunun %56,7'sinde istismara tekrarlayan şekilde maruz kalındığı ve yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,048$).

İstismar sayısı ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında; 13 yaş altı yaş grubunun $3,30\pm 1,26$ kez, 13 yaş ve üzeri yaş grubunun ise $2,42\pm 1,42$ kez istismar uğradığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,008$). Ayrıca yaş ile istismar sayısı arasında negatif korelasyon olduğu gösterildi ($p=0,009$).

İstismarın tekrarlayıp tekrarlamama durumunun, istismarın niteliği ile ilişkisi değerlendirildiğinde; nitelikli istismara uğrayanların nitelikli olmayan istismara uğrayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda tekrarlayan istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir ($p=0,044$).

İstismarcının yakınlığı ile tekrarlayan istismar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aile içi ve tanıdık bir kişi tarafından istismara uğrayan olgular, yabancı bir şahıs tarafından istismara uğrayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla tekrarlayan istismara maruz kaldığı saptandı ($p=0,031$)

Mağdurun mental durumu ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,493$) (*Tablo 4.12*)

Tablo 4.12. İstismarın Tekrarlaması İle Cinsiyet, Yaş, İstismarın Niteliği, İstismarcının Yakınlığı ve Mağdurun Mental Durumu Arasındaki İlişki

Değişkenler	Tekrarlayan istismar n (%)	Tekrarlama olmayan n (%)	Toplam n (%)	P
Cinsiyet				
Kız	32(%36,4)	34(%38,6)	66(%75,0)	0,000
Erkek	20(%22,7)	2(%2,3)	22(%25,0)	
Toplam	52(%59,1)	36(%40,9)	88(%100)	
Yaş				
13 yaş altı	23(%26,1)	14(%15,9)	37(%42,0)	

13 yaş ve üzeri	29(%33,0)	22(%25,0)	51(%58,0)	0,391
Toplam	52(%59,1)	36(%40,9)	74(%100)	
İstismarın Niteliği				
Nitelikli	30(%34,1)	16(%18,2)	46(%52,3)	0,044
Nitelikli değil	22(%25,0)	20(%22,7)	42(%47,7)	
Toplam	52(%59,1)	36(%40,9)	88(%100)	
İstismarcı Yakınlığı				
Aile içi	12 (%13,6)	4 (%4,5)	16 (%18,2)	0,031
Tanıdık	30 (%34,1)	16 (%18,2)	46 (%52,3)	
Yabancı	10 (%11,4)	16 (%18,2)	26 (%29,5)	
Toplam	52 (%59,1)	36 (%40,9)	88 (%100)	
Mağdurun Mental Durumu				
Normal	32(%39,0)	22(%26,8)	54(%65,8)	0,493
Normal altı	15(%18,3)	13(%15,8)	28(%34,2)	
Toplam	47(%57,3)	35(%42,7)	82(%100)	

4.6. İstismarcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Çalışmamızda tüm istismarcıların cinsiyeti erkekti.

İstismarcı sayısı olguların büyük bir çoğunluğunda (n:76 %80,8) bir kişi iken, olguların 18'i (%19,1) birden fazla kişi tarafından istismar edilmişti. İstismarcı sayısının ile cinsiyetlere göre nasıl değiştiği araştırıldığında; erkeklerde birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme oranı %36,4 (n:8), kızlarda %13,9 (n:10) olarak saptandı. Birden fazla istismarcı tarafından istismara uğrama erkeklerde kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti ($p=0.019$). İstismarcı özellikleri ile ilgili bulgular *Tablo 4.13*'de gösterilmektedir.

Tablo 4.13. Cinsiyete İle İstismarcı Sayısı Arasındaki İlişki

Değişkenler	Kız	Erkek	Toplam	P
İstismarcı sayısı				
Birden fazla	10 (%13,9)	8(%36,4)	18	0,019
% Toplam	%10,6	%8,5	%19,1	
Bir kişi	62 (%86,1)	14(%91,5)	76	
% Toplam	%80,4	%63,6	%80,8	

Toplam	72 (%100)	22(%100)	94	
	%76,6	%23,4	%100	

4.7. İstismarcı Yakınlığı ile İlgili Bulgular

İstismarcı yakınlığı öncelikle; aile içi (birinci derece yakını), tanıdık/akraba ve yabancı olarak 3 grupta ele alındı. İstismarcıların %76,6 (n:72)'si mağdurun daha önceden tanıdığı (aile içi+tanıdık/akraba) kişilerdi. Bunların 24(%25,6)'ü de aile içinden yani birinci derece yakınlarından oluşmaktaydı. İstismarcıların 48(%51,0)'i mağdurun tanıdığı birisi (sosyal çevresinden, okul ortamından, birinci derece olmayan akrabalarından gibi), %23,4'ü ise mağdurların daha önceden tanımadığı yabancı birisi olduğu saptanmıştır.

4.7.1. İstismarcı Yakınlığı ile Mağdura Ait Özellikler Arasındaki İlişki

İstismarcı Yakınlığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

İstismarcının mağdura yakınlık derecesi cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kız ve erkek her iki olgu grubu da en sık (kızların %51,3'ü erkeklerin ise %50'si) daha önceden tanıdığı kişi/kişiler tarafından mağdur edilmişti. Erkeklerin %31,8'i yabancı birisi tarafından istismara uğrar iken kızların %20,8'i yabancı birisi tarafından istismara uğramıştı. Cinsiyetler arasında istismarcının yakınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.009$).

İstismarcının aile içinden olması(ensest); kız olgularda (%27,8), erkek olgularda (%18,1) göre daha yüksek oranda saptandı. Aile içi istismara uğrayan 24 olgunun 20 (%83,3)'si kız, 4 (%16,7)'ünün erkek olduğu saptandı. ($p:0,041$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Cinsiyete Göre İstismarcının Olguya Yakınlığı

Değişkenler	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	P
İstismarcı yakınlığı¹				
Aile içi	20(%21,3)	4 (%4,3)	24(%25,6)	0,009
Tanıdık/akraba	37(%39,4)	11(%11,7)	48(%51,0)	
Yabancı	15(%15,9)	7 (%7,4)	22(%23,4)	
Toplam	72(%76,6)	22(%23,4)	94(%100)	
İstismarcı yakınlığı² (ensest)				

Aile içi	20(%21,3)	4(%4,3)	24(%25,6)	0.041
Aile dışı	52(%55,3)	18(%19,1)	70(%74,4)	
Toplam	72(%76,6)	22(%23,4)	94(%100)	

İstismarcı Yakınlığı ile Yaş Arasındaki İlişki

İstismarcının yakınlığının, yaş grubu açısından nasıl değiştiği araştırıldı. İstismarcı yakınlığı; aile içi, akraba/tanıdık ve yabancı olarak; 3 grupta ele alındı. Tanıdık biri tarafından istismar edilme; 13 yaş ve üzeri yaş grubunda (%53,0), 13 yaş altı grubuna (%46,3) göre daha yüksek oranda saptandı. Yabancı biri tarafından istismar edilme ise; küçük yaş grubunda (%25,15), büyük yaş grubuna (%21,8) göre daha yüksek oranda saptandı. Encest (aile içi istismar edilme) ise küçük yaş grubunda (%28,2) büyük yaş grubuna (%25,4) kıyasla daha yüksek olarak saptandı. İki yaş grubu arasında; istismarcının yakınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.049$) (*Tablo 4.15*).

Tablo 4.15. Yaş Grubuna Göre İstismarcının Olguya Yakınlığı

İstismarcı yakınlığı	13 yaş altı n (%)	13 yaş ve üzeri n (%)	Toplam n (%)	P
Aile içi	11(%28,2)	13(%25,4)	24(%25,6)	0,049
Tanıdık/Akraba	18(%46,3)	30(%53,0)	48(%51,0)	
Yabancı	10(%25,5)	12(%21,8)	22(%23,4)	
Toplam	39 (%100)	55 (%100)	94 (%100)	

İstismarcının Yakınlığı ile Mağdurun Mental Durumu Arasındaki İlişki

İstismarcının yakınlığının, mağdurun mental durumu açısından nasıl değiştiği araştırıldı. Ancak mağdurun mental durumu ile istismarcının yakınlığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,945$) (*Tablo 4.16*).

Tablo 4.16. Mağdurun Mental Durumu İle İstismarcının Olguya Yakınlığı Arasındaki İlişki

Mağdurun Mental	Normal n (%)	Normal altı n (%)	Toplam n (%)	P
-----------------	--------------	-------------------	--------------	---

Durumu				
Aile içi	11(%29,0)	5(%17,9)	16(%18,6)	0,945
Tanıdık/ Akraba	29(%50,0)	15(%53,6)	44(%51,2)	
Yabancı	18(%31,0)	8(%28,6)	26(%30,2)	
Toplam	58 (%100)	28 (%100)	86 (%100)	

İstismarcı Yakınlığı ile Aileye Ait Özellikler Arasındaki İlişki

İstismarcının mağdura yakınlığı ile ebevn ve aileye ait olası risk faktörleri araştırıldı. İstismarcının mağdura yakınlığı ile anne ve babanın eğitim durumları, anne ve babanın birliktelik durumları, annenin bedensel ve psikiyatrik hastalıkları olup olmaması, babanın bedensel ve psikiyatrik hastalıkları olup olmaması, ailenin geniş ya da çekirdek aile olma durumu, kırsal ya da kentsel bölgede yaşama, sosyoekonomik düzey ile karşılaştırıldı. Ancak aileye ait özellikler ile istismarcının yakınlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p değerleri sırasıyla 0,036 0,956 0,486 0,395 0,755 0,233 0,346 0,474 0,438 0,568 0,321).

4.8. İstismar Şekli ile İlgili Bulgular

Cinsel istismar şekli incelendiğinde; olguların 40 (%44,4)'ında sadece dokunma, 24 (%26,7)'ünde sadece vajinal penetrasyon, 16 (%17,8) 'sında sadece anal penetrasyon, 5 (%5,6)'inde sadece teşhircilik, 2 (%2,2)'sinde anal ve oral penetrasyon, 2 (%2,2)'sinde sadece sözlü istismar ve 1 (%1,1)'inde vajinal ve anal penetrasyon şeklinde olduğu saptandı.

4.8.1. İstismar Şekilleri ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Kızlarda en sık dokunma (n:33 %48,5), ikinci sıklıkta vajinal penetrasyon (n:24 %35,3), üçüncü olarak da anal penetrasyon (n:4 %5,9) görülmekte iken; erkeklerde en sık anal penetrasyon (n:12 %54,5), ikinci sıklıkta dokunma (n:7 %31,8) ve üçüncü sıklıkta teşhircilik (n:2 %9,1) olduğu gözlenmiştir. Cinsiyet ile istismar şekilleri arasındaki ilişki **Tablo 4.17'**de gösterilmektedir.

Tablo 4.17. İstismarın Türü ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Değişkenler	İstismarın Türü							
	Dokunma	Vajinal	Anal	Teşhircilik	Anal+Oral	Anal+vajinal	Sözel	Toplam

Kız Sayı	33	24	4	3	1	1	2	68
% Cinsiyet	%48,5	%35,3	%5,9	%4,4	%1,5	%1,5	%3,0	%100,0
% İst. Türü	%82,5	%100	%25,0	%60	%50,0	%100,0	%50,0	%75,6
% Toplam	%36,7	%26,7	%4,4	%3,3	%1,1	%1,1	%2,2	%75,6
Erkek Sayı	7	0	12	2	1	0	0	22
% Cinsiyet	%31,8	%0,0	%54,5	%9,1	%4,5	%0,0	%0,0	%100,0
% İst. Türü	%17,5	%0,0	%75,0	%40,0	%50,0	%0,0	%0,0	%24,4
% Toplam	%7,8	%0,0	%13,3	%2,2	%1,1	%0,0	%0,0	%24,4
Toplam	40	24	16	5	2	1	2	90
% Cinsiyet	%44,4	%26,7	%17,6	%5,6	%2,2	%1,1	%2,4	%100,0
% İst. Türü	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100,0
% Toplam	%44,4	%5,6	%17,8	%5,6	%1,1	%1,1	%24,4	%100,0

4.9. İstismarın Niteliği ile İlgili Bulgular

Çalışmamızda anal, vajinal ve oral penetrasyondan herhangi birinin varlığı penetrasyon varlığı yani nitelikli istismar olarak kabul edilmiştir. Bu tanımlamaya göre; 94 olgunun 47 (%50,0)'sinde penetrasyon bulunur iken 47 (%50)'si basit istismara maruz kalmıştı.

İstismarın nitelikli ya da basit türde olması ile ilişkili olabileceği ön görülen muhtemel risk faktörleri, mağdur ile ilgili, aile ve ebeveynler ile ilgili, olay ve istismarcı ile ilgili özellikler şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

4.9.1. İstismarın Niteliği ve Mağdur İle İlgili Olası Risk Faktörlerinin İlişkisi

Olguların nitelikli istismara uğramaları ile ilgili, mağdura ilişkin olası risk faktörleri araştırıldı. Bunun için istismarın niteliği ile olgunun cinsiyeti, yaşı, mental durumu, istismar öncesinde eğitime devam etme durumu, mağdurun olay öncesindeki bedensel ya da psikiyatrik hastalığı olup olmaması parametreleri ile ilişkisi araştırıldı. **Tablo 4.18'** de bu veriler sunulmuştur.

Kızların %44,4'ü nitelikli cinsel istismara uğrarken, erkeklerin %68,2'si nitelikli istismara maruz kalmıştı. Erkeklerin daha yüksek sıklıkta penetrasyon içeren istismara uğramış olması istatistiksel olarak da anlamlıydı (**p=0,043**).

13 yaş altı yaş grubundaki olguların çoğunda (n:25 %64,1) penetran olmayan bir istismar şekline maruz kalındığı saptanırken; 13 yaş ve üzerindeki olguların çoğunda (n:33 %60,0) penetran olan istismar şekillerinin belirgin olduğu saptandı.

Yaş grubu ile penetrasyon varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (**p=0.018**).

Mağdurların mental durumu ile istismarın niteliği arasındaki ilişki araştırıldığında, normal mental kapasitedeki olguların %39,7'unun penetrasyon içeren bir travmaya maruz kaldığını, sınır mental kapasitedeki ve mental retardasyonu olan olguların %52,6'unun nitelikli istismara uğradığı saptandı. Mental kapasite ve istismarın niteliği arasındaki ilişki istatistiksel açıdan da anlamlıydı (**p=0,004**).

Olguların bedensel ya da psikiyatrik açıdan premorbid bir hastalıkları olma durumu ile nitelikli istismara uğrayıp uğramama arasındaki ilişki ise anlamlı değildi ($p=0,517$ ve $0,642$).

Tablo 4.18. İstismarın Niteliği İle Olguya Ait Özelliklerin İlişkisi

Değişkenler	Nitelikli istismar n (%)	Nitelikli olmayan İstismar n (%)	Toplam n (%)	P
Cinsiyet				
Kız	32	40	72	0,043
%Cinsiyet	%44,4	%55,6	%100	
%İstismarın niteliği	%68,1	%85,1	%76,6	
%Toplam	%34,0	%42,6	%76,6	
Erkek	15	7	22	0,043
%Cinsiyet	%68,2	%31,8	%100	
%İstismarın niteliği	%31,9	%14,9	%23,4	
%Toplam	%16,0	%7,4	%23,4	
Toplam	47	47	94	
%Cinsiyet	%50	%50	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%50	%50	%100	
Yaş				
13 yaş altı	14	25	39	0,018
%Yaş	%35,9	%64,1	%100	
%İstismarın niteliği	%29,8	%53,2	%41,5	
%Toplam	%35,1	%23,4	%58,5	
13 yaş ve üzeri	33	22	55	0,018
%Yaş	%60	%40	%100	
%İstismarın niteliği	%70,2	%46,8	%58,5	
%Toplam	%35,1	%23,4	%58,5	
Toplam	47	47	94	

%Yaş	%50	%50	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%50	%50	%100	
Mağdurun Mental Durumu				
Normal	23	35	58	0,004
%Mental Durum	%39,7	%60,3	%100	
%İstismar Niteliği	%53,5	%81,4	%67,4	
%Toplam	%26,7	%40,7	%67,4	
Normal altı	20	8	28	0,004
%Mental Durum	%52,6	%47,4	%100	
%İstismar Niteliği	%46,5	%18,6	%32,6	
%Toplam	%23,2	%9,3	%32,6	
Toplam	43	43	86	
%Mental Durum	%50	%50	%100	
%İstismar Niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%500	%50	%100	
Premorbid Bedensel Hastalık				
Var	1	2	3	0,517
%Premorbid var	%33,3	%66,7	%100	
%İstismar Niteliği	%2,3	%4,4	%3,4	
%Toplam	%1,1	%2,3	%3,4	
Yok	42	43	85	0,517
%Premorbid yok	%49,4	%50,6	%100	
%İstismar Niteliği	%97,7	%95,6	%96,6	
%Toplam	%47,7	%48,9	%96,6	
Toplam	43	45	86	
%Premorbid	%48,9	%51,1	%100	
%İstismar Niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%48,9	%51,1	%100	
Premorbid Psikiyatrik Hastalık				
Var	14	12	26	0,642
%Premorbid var	%53,8	%46,2	%100	
%İstismar Niteliği	%31,1	%26,7	%28,9	
%Toplam	%15,6	%13,3	%28,9	
Yok	31	33	64	0,642
%Premorbid yok	%48,4	%51,6	%100	
%İstismar Niteliği	%68,9	%73,3	%71,1	
%Toplam	%34,4	%36,7	%71,1	
Toplam	45	45	86	
%Premorbid	%50	%50	%100	
%İstismar Niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%50	%50	%100	

4.9.2. İstismarın Niteliği ve Mağdurun Ailesel Özelliklerinin İlişkisi

Nitelikli istismara uğramak ile ilgili olası ailesel risk faktörleri araştırıldığında; kentsel ya da kırsal bölgede ikamet ediyor olma değişkeni ile nitelikli istismara uğramak arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanırken (**0,006**), annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, anne ve babanın birliktelik durumları, aile yapısı, sosyoekonomik düzey, kardeş sayısı, ailenin kaçınıcı çocuğu olmak durumları ile nitelikli istismar arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı tespit edildi (p değerleri sırasıyla; 0,288 0,299 0,813 0,610 0,452 0,312 0,267) (**Tablo 4.19**).

(İstatistiksel açıdan anlamlı olmayan veriler tabloda belirtilmemiştir.)

Tablo 4.19. İstismarın Niteliği İle Mağdurun Ailesel Özelliklerinin İlişkisi

Değişkenler	Nitelikli istismar n (%)	Nitelikli olmayan İstismar n (%)	Toplam n (%)	P
Yerleşim Yeri				
Kentsel	23	37	60	0,006
% Yerleşim yeri	%38,3	%61,7	%100	
%İstismarın niteliği	%53,5	%80,4	%67,4	
%Toplam	%25,8	%41,6	%67,4	
Kırsal	20	9	29	
% Yerleşim yeri	%69,0	%31,0	%100	
%İstismarın niteliği	%46,5	%19,6	%32,6	
%Toplam	%22,5	%10,1	%32,6	
Toplam	43	46	89	
% Yerleşim yeri	%48,3	%51,7	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%48,3	%51,7	%100	

4.9.3. İstismarın Niteliği ve İstismara Ait Özelliklerin İlişkisi

Olguların nitelikli istismara uğramaları ile ilgili, olaya ilişkin olası risk faktörleri araştırıldı. Bunun için istismarın niteliği ile istismarcının mağdura yakınlığı, istismarcı sayısı, olay yeri, istismarın tekrarlayıp tekrarlamaması parametreleri ile ilişkisi araştırıldı. **Tablo 4.20**'de bu veriler sunulmuştur.

Aile içinden ya da tanıdığı bir kişi tarafından istismara uğrayan olguların, yabancı biri tarafından istismara uğrayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı oranda daha fazla nitelikli istismara maruz kaldığı tespit edildi (**p=0,043**).

İstismarcı sayısının tek veya birden fazla olması ile penetrasyon varlığı arasındaki ilişki araştırıldığında, birden fazla istismarcının karıştığı eylemlerin %75'inin, tek istismarcının bulunduğu eylemlerin ise %44,9'unun nitelikli istismar olduğu saptandı. İstismarcı sayısı ve istismarın niteliği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (**p=0.028**).

Olay yeri ile istismarın niteliği arasındaki ilişki araştırıldığında, boş arazi/metruk bina ve ev ortamında meydana gelen istismarların, bilinen bir mekânın denetimsiz bir bölümünde gerçekleşen olaylara kıyasla daha fazla penetrasyon içerdiği saptandı. Bu durum istatistiksel açıdan da anlamlıydı (**p=0,047**).

İstismara tekrarlayıcı şekilde maruz kalıp kalmama durumu ile istismarın niteliği arasındaki ilişki araştırıldığında; terarlayan istismara maruz kalanların istatistiksel açıdan anlamlı oranda daha çok penetrasyon içeren travmaya uğradıkları saptandı (**p=0,044**).

Tablo 4.20. İstismarın Niteliği İle İstismara ve İstismarcıya Ait Özelliklerin İlişkisi

Değişkenler	Nitelikli istismar n (%)	Nitelikli olmayan İstismar n (%)	Toplam n (%)	P
İstismarcının Yakınlığı				
Aile içi	9	8	17	0,043
%Yakınlık	%52,9	%47,1	%100	
%İstismarın niteliği	%19,1	%17,0	%18,1	
%Toplam	%9,6	%8,5	%18,1	
Tanıdık	26	22	48	
%Yakınlık	%54,2	%45,8	%100	
%İstismarın niteliği	%55,3	%46,8	%51,1	
%Toplam	%27,7	%23,4	%51,1	
Yabancı	12	17	29	
%Yakınlık	%41,4	%58,6	%100	
%İstismarın niteliği	%25,5	%36,2	%30,9	
%Toplam	%12,8	%18,1	%30,9	

Toplam	47	47	94	
% Cinsiyet	%50,0	%50,0	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100,0	%100	
%Toplam	%50,0	%50,0	%100	
İstismarcı Sayısı				
BirdenFazla İstismarcı	12	4	16	0,028
%İstismarcı sayısı	%75,0	%25,0	%100	
%İstismarın niteliği	%27,9	%9,5	%18,8	
%Toplam	%14,1	%4,7	%18,8	
Tek istismarcı	31	38	69	
% İstismarcı sayısı	%44,9	%55,1	%100	
%İstismarın niteliği	%72,1	%90,5	%81,2	
%Toplam	%14,1	%44,7	%81,2	
Toplam	43	42	85	
% İstismarcı sayısı	%50,6	%49,4	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%50,6	%49,4	%100	
Olay yeri				
Ev	22	17	39	0,047
% Olay Yeri	%56,4	%43,6	%100	
%İstismarın niteliği	%46,8	%36,2	%41,5	
%Toplam	%23,4	%18,1	%41,5	
Arazi,metruk bina	19	14	33	
% Olay Yeri	%57,6	%42,4	%100	
%İstismarın niteliği	%40,4	%29,8	%35,1	
%Toplam	%20,2	%14,9	%35,1	
Bilinen mekanın izbe köşesi	6	16	22	
% Olay Yeri	%27,3	%72,7	%100	
%İstismarın niteliği	%12,8	%34,0	%23,4	
%Toplam	%6,4	%17,0	%23,4	
Toplam	47	47	94	
% Olay Yeri	%50	%50	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%50	%50	%100	
Tekrarlayan İstismar				
Var	30	22	52	0,044
%Tekrarlayan ist	%57,7	%42,3	%100	
%İstismarın niteliği	%65,2	%52,4	%59,1	
%Toplam	%34,1	%25,0	%59,1	
Yok	16	20	36	
%Tekrarlayan ist	%44,4	%55,6	%100	
%İstismarın niteliği	%34,8	%47,6	%40,9	
%Toplam	%18,2	%22,7	%40,9	

Toplam	46	42	88	
%Tekrarlayan ist	%52,3	%47,7	%100	
%İstismarın niteliği	%100	%100	%100	
%Toplam	%52,3	%47,7	%100	

4.10. Olay Sonrasında Göç Etme Durumu İle İlgili Bulgular

Olguların 74(78,7)'ünün istismar sonrasında göç edip etmedikleri ile ilgili bilgilere ulaşıldı. Mağdurun olay sonrasında göç etmesi ile ilişkili olabileceği ön görülen cinsiyet, yaş, istismarın niteliği, tekrarlayan istismara maruz kalmak, olay sonrası psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak, kentsel ya da kırsal bölgede yaşamak, istismarın aile içinden ya da dışından olması gibi faktörler ile ilişkisi değerlendirildi.

Kızlardan 13 (%17,6), erkeklerden 2 (%2,7) olmak üzere toplam 15 (%20,3) olgunun olay sonrasında göç ettiği, 59 (%79,7) olgunun ise göç etmediği saptandı. Olay sonrası göç etme durumu cinsiyete göre farklılık göstermiyordu ($p=0,104$).

Göç etme durumunun, yaşa göre değişip değişmediği araştırıldığında, göç eden 15 olgunun 8'inin 13 yaş altı grubunda, 7'sinin ise 13 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p=0,314$).

Göç etme durumunun, istismarın niteliğinden etkilenip etkilenmediği araştırıldı. Nitelikli istismara uğramış olan 37 olgunun 8'inin, nitelikli olmayan cinsel istismara uğrayan 37 olgunun 7'sinin göç ettiği; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p=0,500$).

Göç etme durumunun, tekrarlayan istismara maruz kalıp kalmamak ile ilişkisi araştırıldığında, tekrarlayan istismara maruz kalan 43 olgunun 7'sinin, istismara tekrarlayan şekilde maruz kalmamış olan 30 olgunun ise 8'inin göç ettiği saptandı. Göç ve tekrarlayan istismar aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p=0,215$).

Olay sonrasında psikiyatrik tanı almış olmanın göç etme üzerine etkisi olup olmadığı araştırıldığında; psikiyatrik bozukluk saptanan 63 olgunun 12'sinin, psikiyatrik bozukluk gözlenmeyen 11 olgunun ise 3'ünün göç ettiği, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edildi ($p=0,531$).

İstismarcının aile içinden, tanıdık çevreden ya da yabancı birisi olmasının, olay sonrası göç etme durumu ile ilişkisi araştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,064)

Göç etme ile mağdurun kentsel ya da kırsal bölgede yaşıyor olmasının ilişkisi araştırıldığında; kentsel bölgede yaşayan 52 olgunun 8'inin, kırsal bölgede yaşayan 22 olgunun 7'sinin göç ettiği ancak bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p=0,108)

Göç etme ile diğer parametreler arasındaki ilişki **Tablo 4.21'**de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Olay Sonrası Göç Etme İle Olgu ve Olaya Ait Özelliklerin İlişkisi

Değişkenler	Göç var n (%)	Göç yok n (%)	Toplam n (%)	P
Cinsiyet				
Kız	13(%17,6)	39(%52,7)	52(%70,3)	0,104
Erkek	2(%2,7)	20(%27,0)	22(%29,7)	
Toplam	15(%20,3)	59(%79,7)	74(%100)	
Yaş				
13 yaş altı	8(%8,1)	25(%24,3)	33(%32,4)	0,317
13 yaş ve üzeri	7(%12,2)	34(%55,4)	41(%67,6)	
Toplam	15(%20)	59(%80)	74(%100)	
İstismarın Niteliği				
Nitelikli	8(%10,8)	29(%39,2)	37(%50)	0,500
Nitelikli değil	7(%9,5)	30(%40,5)	37(%50)	
Toplam	15(%20,3)	59(%79,7)	74(%100)	
Tekrarlayan İstismar				
Var	7 (%9,6)	36 (%49,3)	43 (%58,9)	0,215
Yok	8 (%11,0)	22 (%30,1)	30 (%41,1)	
Toplam	15 (%20,5)	58 (%79,5)	73 (%100)	
Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı				
Var	12(%16,2)	51(%68,9)	63(%85,1)	0,531
Yok	3(%4,1)	8(%10,8)	11(%14,9)	

Toplam	15(%20,3)	59(%79,7)	74(%100)	
İstismarcının Yakınlığı				
Aile içi	6 (%8,1)	9 (%12,2)	15 (%20,3)	0,064
Tanıdık	4 (%5,4)	32 (%43,2)	36 (%48,6)	
Yabancı	5 (%6,8)	18 (%24,3)	23 (%31,1)	
Toplam	15 (%20,3)	59 (%79,7)	74 (%100)	
Yerleşim Yeri				
Kentsel	8 (%10,8)	44 (%59,5)	52 (%70,3)	0,108
Kırsal	7 (%9,5)	15 (%20,3)	22 (%29,7)	
Toplam	15 (%20,3)	59 (%79,7)	74 (%100)	

4.11. Olay Sonrasında Eğitimi Bırakma Durumu İle İlgili Bulgular

Olay sonrasında eğitimi bırakma durumunun yaş ve cinsiyet ile ilişkisi araştırıldı.

İstismar öncesinde kızların okula devam etmeme oranı erkeklere göre daha yüksekti ancak, toplamda okulu bırakan 12 olgunun 6'sı kız, 6'sı erkekti ve okulu bırakma durumu cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı derecede değişiklik göstermiyordu ($p=0,317$).

Önceden okula devam ettiği halde istismar öyküsünden sonra okulu bırakan olguların tamamı ($n:12$) 13 yaş ve üzeri yaş grubundaydı. Olay sonrasında eğitimi bırakma ile yaş arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,0001$).

Olay sonrasında eğitimi bırakma durumunun, babaların eğitim durumu ile arasındaki ilişki anlamlı bulundu. Olay sonrasında eğitimi bırakan olguların tamamının, babalarının eğitim durumu düşük düzey olarak saptandı ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlı idi ($p= 0,004$). Ancak benzer ilişki anne eğitim durumu parametresinde saptanmadı ($p=0,553$)

Eğitimi bırakma durumunun benzer şekilde, istismarın niteliğinden, tekrarlayan istismara maruz kalıp kalmamak, olay sonrasında psikiyatrik tanı almış olup olmamak, istismarcının aile içinden, tanıdık çevreden ya da yabancı birisi olması, kırsal ya da kentsel bölgede yaşıyor olmak değişkenleri ile ilişkisi araştırıldığında gruplar arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit

edildi (p değerleri sırasıyla; 0,0890,172 0,283 0,406 0,242).

4.12. Olay Sonrası Gelişen Psikiyatrik Tanılarla İlgili Bulgular

Olguların yapılan ruhsal muayeneleri sonucu DSM-V tanı ve sınıflandırma sistemine göre; değerlendirildikleri zamanda 94 olgunun 79 (%84,0)'unda en az bir psikopatoloji saptanırken, 15 (%16,0)'inde herhangi bir psikopatolojiye rastlanmadı.

Olay sonrasında psikiyatrik bozukluk tanısı alma ile ilgili ilişki olabileceği ön görülen faktörler araştırıldı ve mağdur ile ilgili olası risk faktörleri, aile ilgili faktörler ve olay ile ilgili faktörler şeklinde kategorize edilerek sunuldu.

4.12.1. Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Alma İle Mağdura Ait Olası Risk Faktörlerinin İlişkisi

Olay sonrası psikiyatrik bozukluk tanısı alma ile mağdura ait cinsiyet, yaş, mental durum, premorbid bedensel ve psikiyatrik hastalığı olma durumu, olay öncesi eğitime devam etme durumu ve mental durum özelliklerinin ilişkisi araştırıldı. Mental durum ile olay sonrası psikiyatrik tanı alma arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanırken ($p=0,018$) diğer durumlar ile tanı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (*Tablo 4.22*).

Tablo 4.22. Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı Alma İle Mağdura Ait Özelliklerin İlişkisi

Değişkenler	Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk			
	Var	Yok	Toplam	P
Cinsiyet				
Kız	62	10	72	0,331
%Yaş	%86,1	%13,9	%100	
%Psikiyatrik Tanı	%78,5	%66,7	%76,6	
%Toplam	%66,0	%10,6	%76,6	
Erkek	17	5	22	
%Yaş	%77,3	%22,7	%100	
%Psikiyatrik Tanı	%21,5	%33,3	%23,4	
%Toplam	%18,1	%5,3	%23,4	
Toplam	79	15	94	
%Yaş	%84,0	%16,0	%100	

%Psikiyatrik Tanı	% 100	% 100	% 100	
% Toplam	% 84,0	% 16,0	% 100	
Yaş				
13 yaş altı	31	8	39	0,232
%Yaş	% 79,5	% 20,5	% 100	
%Psikiyatrik Tanı	% 39,2	% 53,3	% 41,5	
% Toplam	% 33,0	% 8,5	% 41,5	
13 yaş ve üzeri	48	7	55	
%Yaş	% 87,3	% 12,7	% 100	
%Psikiyatrik Tanı	% 60,8	% 46,7	% 58,5	
% Toplam	% 51,1	% 7,4	% 58,5	
Toplam	79	15	94	
%Yaş	% 84,0	% 16,0	% 100	
%Psikiyatrik Tanı	% 100	% 100	% 100	
% Toplam	% 84	% 16	% 100	
Premorbid Bedensel Hastalık				
Var	3	0	3	0,567
%Premorbid var	% 100	% 0	% 100	
%İstismar Niteliği	% 4,1	% 0	% 3,4	
% Toplam	% 3,4	% 0	% 3,4	
Yok	70	15	85	
%Premorbid yok	% 82,4	% 17,6	% 100	
%İstismar Niteliği	% 95,9	% 100	% 96,6	
% Toplam	% 79,5	% 17,0	% 96,6	
Toplam	73	15	86	
%Premorbid	% 83,0	% 17,0	% 100	
%İstismar Niteliği	% 100	% 100	% 100	
% Toplam	% 83,0	% 17,0	% 100	
Premorbid Psikiyatrik Hastalık				
Var	25	1	26	0,068
%Premorbid var	% 96,2	% 3,8	% 100	
%İstismar Niteliği	% 32,5	% 7,7	% 28,9	
% Toplam	% 27,8	% 1,1	% 28,9	
Yok	52	12	64	
%Premorbid yok	% 81,3	% 18,8	% 100	
%İstismar Niteliği	% 67,5	% 92,3	% 71,1	
% Toplam	% 57,8	% 13,3	% 71,1	
Toplam	77	13	86	
%Premorbid	% 85,6	% 14,4	% 100	
%İstismar Niteliği	% 100	% 100	% 100	
% Toplam	% 85,6	% 14,4	% 100	
Olay Öncesi Eğitime Devam Ediyor Olma				
Evet	63	13	76	
%Eğitime Devam	% 82,9	% 17,1	% 100	

%İstismar Niteliği %Toplam	%82,9 %69,2	%86,7 %14,3	%83,5 %83,5	0,068
Hayır % Eğitime Devam %İstismar Niteliği %Toplam	13 %86,7 %17,1 %14,3	2 %13,3 %13,3 %2,2	15 %100 %16,5 %16,5	
Toplam % Eğitime Devam %İstismar Niteliği %Toplam	76 %83,5 %100 %83,5	15 %16,5 %100 %16,5	91 %100 %100 %100	
Mağdurun Mental Durumu				
Normal %Mental Durum %Psikiyatrik Tanı %Toplam	44 %75,9 %61,1 %51,2	14 %24,1 %100 %16,3	58 %100 %67,4 %67,4	0,018
Normal altı %Mental Durum %PsikiyatrikTanı %Toplam	28 %100 %38,9 %32,6	0 %0 %0 %0	28 %100 %32,6 %32,6	
Toplam %Mental Durum %PsikiyatrikTanı %Toplam	72 %83,7 %100 %83,7	14 %16,3 %100 %16,3	86 %100 %100 %100	

4.12.2. Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Alma ve Mağdurun Ailesel Özelliklerinin İlişkisi

Nitelikli istismara uğramak ile ilgili olası ailesel risk faktörleri araştırıldığında; kentsel ya da kırsal bölgede ikamet ediyor olma annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, anne ve babanın birliktelik durumları, aile yapısı, sosyoekonomik düzey, kardeş sayısı, ailenin kaçınıcı çocuğu olmak durumları ile nitelikli istismar arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı tespit edildi (p değerleri sırasıyla; 0,165 0,555 0,449 0,671 0,447 0,326 0,075 0,563).

4.12.3. Olay Sonrası Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Alma ve İstismara Ait Özelliklerin İlişkisi

Olguların istismar sonrasında psikiyatrik bozukluk tanısı alması ile ilgili, olaya ilişkin olası risk faktörleri araştırıldı. Psikiyatrik bozukluk tanısı alma ile istismarcının mağdura yakınlığı, istismarcı sayısı, olay yeri, istismarın tekrarlayıp tekrarlamaması parametrelerinin ilişkisi araştırıldı.

Olay sonrasında psikiyatrik bozukluk geliştirmenin, cinsel istismarın niteliği ile olan ilişkisine bakıldığında; nitelikli istismara (vajinal, anal ya da oral penetrasyondan en az birine) maruz kalan 47 olgunun 43(%91,5)'ünde en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı, nitelikli olmayan istismar mağduru 47 olgunun ise 36(%76,6)'sının en az bir tanı aldığı saptandı. Nitelikli istismara maruz kalmak ile psikiyatrik tanı almak arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edildi (**p=0,044**).

Ancak istismar sonrası psikiyatrik bozukluk tanısı almak ile istismarcının mağdura yakınlığı, istismarcı sayısının tek veya birden fazla olması, olay yeri, İstismara tekrarlayıcı şekilde maruz kalıp kalmama durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı değildi (p değerleri sırasıyla 0,449 0,659 0,896 0,313).

Tablo 4.23. Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı Alma ve İstismara Ait Özelliklerin İlişkisi

Değişkenler	Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı			P
	Var	Yok	Toplam	
İstismarın Niteliği				
Nitelikli	43	4	47	0,044
% Nitelik	%91,5	%8,5	%100	
% Psikiyatrik tanı	%54,4	%26,7	%50	
%Toplam	%45,7	%4,3	%50	
Nitelikli Olmayan	36	11	47	
% Nitelik	%77,6	%23,4	%100	
% Psikiyatrik tanı	%45,6	%73,3	%50	
%Tanı	%38,3	%11,7	%50	
Toplam	79	15	94	
% Nitelik	%84,0	%16,0	%100	
% Psikiyatrik tanı	%100	%100	%100	
%Tanı	%84,0	%16,0	%100	
İstismarcının Yakınlığı				
Aile içi	16	1	17	
%Yakınlık	%94,1	%5,9	%100	
%Psikiyatrik tanı	%20,3	%6,7	%18,1	
%Toplam	%17,0	%1,1	%18,1	

Tanıdık	39	9	48	0,449
%Yakınlık	%81,3	%18,8	%100	
%Psikiyatrik tanı	%49,4	%60	%51,1	
%Toplam	%41,5	%9,6	%51,1	
Yabancı	24	5	29	
%Yakınlık	%82,8	%17,2	%100	
%Psikiyatrik tanı	%30,4	%33,3	%30,9	
%Toplam	%25,5	%5,3	%30,9	
Toplam	79	15	94	
%Yakınlık	%84,0	%16,0	%100	
%Psikiyatrik tanı	%100	%100,0	%100	
%Toplam	%84,0	%16,0	%100	
İstismarcı Sayısı				
BirdenFazla İstismarcı	14	2	16	0,659
%İstismarcı sayısı	%87,5	%12,5	%100	
% Psikiyatrik tanı	%18,9	%18,2	%18,8	
%Toplam	%16,5	%2,4	%18,8	
Tek istismarcı	60	9	69	
% İstismarcı sayısı	%87,0	%13,0	%100	
% Psikiyatrik tanı	%81,1	%81,8	%81,2	
%Toplam	%70,6	%10,6	%81,2	
Toplam	74	11	85	
% İstismarcı sayısı	%87,1	%12,9	%100	
% Psikiyatrik tanı	%100	%100	%100	
%Toplam	%87,1	%12,9	%100	
Olay yeri				
Ev	32	7	39	0,896
% Olay Yeri	%82,1	%17,9	%100	
% Psikiyatrik tanı	%40,5	%46,7	%41,5	
%Toplam	%34,0	%7,4	%41,5	
Arazi,metruk bina	28	14	33	
% Olay Yeri	%84,8	%42,4	%100	
% Psikiyatrik tanı	%35,4	%29,8	%35,1	
%Toplam	%29,8	%14,9	%35,1	
Bilinen mekanın izbe köşesi	19	3	22	
% Olay Yeri	%86,4	%13,6	%100	
% Psikiyatrik tanı	%24,1	%20,0	%23,4	
%Toplam	%20,2	%3,2	%23,4	
Toplam	79	15	94	
% Olay Yeri	%84,0	%16,0	%100	
% Psikiyatrik tanı	%100	%100	%100	
%Toplam	%84,0	%16,0	%100	
Tekrarlayan İstismar				

Var	43	9	52	0,313
% Tekrarlayan ist	%82,7	%17,3	%100	
% Psikiyatrik tanı	%57,3	%69,2	%59,1	
%Toplam	%48,9	%10,2	%59,1	
Yok	32	4	36	
% Tekrarlayan ist	%88,9	%11,1	%100	
% Psikiyatrik tanı	%42,7	%30,8	%40,9	
%Toplam	%36,4	%4,5	%40,9	
Toplam	75	13	88	
% Tekrarlayan ist	%85,2	%14,8	%100	
% Psikiyatrik tanı	%100	%100	%100	
%Toplam	%85,2	%14,8	%100	

4.12.4. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Cinsiyete ve Yaşa Göre Dağılımı

Cinsel istismar nedeniyle değerlendirilen olguların yapılan ruhsal muayeneleri ve izlemleri sonucu DSM-V'e göre tanıları konuldu. **Tablo 4.24**'te cinsiyete ve yaşa göre tanıların görülme sıklıkları verilmektedir.

Tablo 4.24. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Cinsiyete ve Yaşa Göre Dağılımı

Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı	Cinsiyet			Yaş		
	Kız	Erkek	Toplam	13 yaş altı	13 yaş ve üzeri	Toplam
PTSB	11	1	12	5	7	12
% Toplam	(%13,3)	(%1,2)	(%14,5)	(%6,0)	(%8,4)	(%14,5)
% Tanı	(%91,7)	(%8,3)	(%100,0)	(%41,6)	(%58,4)	(%100,0)
Anksiyete Bzk	12	3	15	8	7	15
% Toplam	(%14,5)	(%3,6)	(%18,1)	(%9,6)	(%8,4)	(%18,1)
% Tanı	(%80,0)	(%20,0)	(%100,0)	(%53,3)	(%46,7)	(%100,0)
Major Depresif Bzk	8	2	10	3	7	10
% Toplam	(%9,6)	(%2,4)	(%12,0)	(%3,6)	(%8,4)	(%12,0)
% Tanı	(%80,0)	(%20,0)	(%100,0)	(%30,0)	(%70,0)	(%100,0)
PTSB+MDB	9	4	13	2	11	13
% Toplam	(%10,8)	(%4,8)	(%15,7)	(%2,4)	(%13,3)	(%15,7)
% Tanı	(%69,2)	(%30,8)	(%100,0)	(%15,4)	(%84,6)	(%100,0)
Anksiyete+MDB	3	1	4	0	4	4
% Toplam	(%3,6)	(%1,2)	(%4,8)	(%0,0)	(%4,8)	(%4,8)
% Tanı	(%75,0)	(%25,0)	(%100,0)	(%0,0)	(%100)	(%100,0)
PTSB+Disosiyasyon	0	1	1	1	0	1
% Toplam	(%0,0)	(%1,2)	(%1,2)	(%1,2)	(%0,0)	(%1,2)
% Tanı	(%0,0)	(%100)	(%100,0)	(%100)	(%0,0)	(%100,0)

Disosiyatif Bzk % Toplam % Tanı	5 (%6,0) (%100)	0 (%0,0) (%0,0)	5 (%6,0) (%100,0)	2 (%2,4) (%40,0)	3 (%3,6) (%60,0)	5 (%6,0) (%100,0)
Uyku Bzk % Toplam % Tanı	4 (%4,8) (%)	1 (%1,2) (%)	5 (%6,0) (%100,0)	3 (%3,6) (%60,0)	2 (%2,4) (%40,0)	5 (%6,0) (%100,0)
Madde Kullanım Bzk % Toplam % Tanı	0 (%0,0) (%0,0)	1 (%1,2) (%100)	1 (%1,2) (%100,0)	1 (%1,2) (%100)	0 (%0,0) (%0,0)	1 (%1,2) (%100,0)
Davranım Bzk % Toplam % Tanı	3 (%3,6) (%37,5)	5 (%6,0) (%62,5)	8 (%9,6) (%100,0)	2 (%2,4) (%25,0)	6 (%7,2) (%75,0)	8 (%9,6) (%100,0)
Somatizasyon Bzk % Toplam % Tanı	3 (%3,6) (%60,0)	2 (%2,4) (%40,0)	5 (%6,0) (%100,0)	4 (%4,8) (%80,0)	1 (%1,2) (%20,0)	5 (%6,0) (%100,0)
Psikotik Bzk % Toplam % Tanı	3 (%3,6) (%100,0)	0 (%0,0) (%0,0)	3 (%3,6) (%100,0)	1 (%1,2) (%33,3)	2 (%2,4) (%66,7)	3 (%3,6) (%100,0)
Toplam % Toplam % Tanı	64 (%77,1) (%77,1)	19 (%22,9) (%22,9)	83 (%100,0) (%100,0)	33 (%39,8) (%39,8)	50 (%60,2) (%60,2)	83 (%100,0) (%100,0)
P	0,351			0,046		

Olguların 12(%14,5)'sinde Post Travmatik Stres Bozukluğu, 10(%12,0)'unda Major Depresif Bozukluk, 13(%15,7)'ünde PTSS ve MDB beraber görülmektedir. 15 olguda (%18,1) anksiyete bozukluğu, 4(%4,8) olguda da anksiyete ve MDB tanıları beraber görülmektedir.

Disosiyatif bozukluk 1 olguda (%1,2) PTSS'ye eşlik ederken, 5 olguda tek başına görülmekte idi.

Olguların 8(%9,6)'inde davranım bozukluğu, 1(%1,2)'inde madde kullanım bozukluğu olduğu saptandı.

Uyku bozukluğu 5 (%6,0) olguda, somatizasyon bozukluğu 5(%6,0) olguda ve psikotik bozukluk 3 (%3,6) olguda saptandı.

4.12.5. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve Cinsiyet Arasındaki İlişki

Tüm tanılar (komorbid tanılar ile) beraber değerlendirildiğinde MDB, PTSD ve Anksiyete bozukluğu tanılarının kızlarda erkeklere göre, davranım bozukluğunun ise erkeklerde kızlara kıyasla belirgin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

MDB tanısı alan 27 olgunun 20(%74,0)'sinin kız, 7(%26,0)'sinin erkek olduğu; PTSD görülen 26 olgunun 20(%77,0)'sinin kız, 6(%23,0)'sının erkek olduğu, anksiyete bozukluğu tanısı alan 19 olgunun 15(%79,0)'inin kız, 4(%21,0)'ünün erkek olduğu; disosiyatif bozukluk görülen 6 olgunun 5(%83,3)'inin kız, 1(%16,6)'inin erkek olduğu saptandı. Ancak bu bozuklukların kızlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmesi istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p değerleri sırasıyla 0,423 0,593 0,550 0,582).

Davranım bozukluğu görülen 8 olgunun 5(%62,5)'inin erkek 3(%37,5)'ünün kız olduğu saptandı ancak aradaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı değildi (p= 0,193).

Diğer tanıların ise yeterli sayıda olgu olmadığından, cinsiyet ile ilişkisi değerlendirilemedi.

Tablo 4.25. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar İle Cinsiyet Arasındaki İlişki

Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı	Cinsiyet			
	Kız	Erkek	Toplam	P
Major Depresif Bzk % Tanı	20 (%74,0)	7 (%26,0)	27 (%100,0)	0,423
PTSD % Tanı	20 (%77,0)	6 (%23,0)	26 (%100,0)	0,593
Anksiyete Bzk % Tanı	15 (%79,0)	4 (%21,0)	19 (%100,0)	0,550
Disosiyatif Bzk % Tanı	5 (%83,3)	1 (%16,6)	6 (%100,0)	0,582
Davranım Bzk % Tanı	3 (%37,5)	5 (%62,5)	8 (%100,0)	0,193

4.12.6. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve Yaş Grupları Arasındaki İlişki

Tüm tanılar (komorbid tanılar da eklenerek) beraber değerlendirildiğinde MDB, PTSSB, Anksiyete bozukluğu ve Davranım bozukluğu tanılarının küçük yaş grubuna kıyasla 13 yaş ve üstündeki olgularda belirgin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

MDB tanısı alan 27 olgunun 22(%81,5)'sinin; PTSSB görülen 26 olgunun 18(%69,3)'inin, anksiyete bozukluğu tanısı alan 19 olgunun 11(%57,9)'inin; davranım bozukluğu görülen 7 olgunun 6(%85,7)'sının büyük yaş grubunda olduğu saptandı. MDB'nin büyük yaş grubunda, 13 yaş altı gruba göre daha sık görülmesi istatistiksel olarak da anlamlıydı, ancak diğer tanılar ile yaş grubu arasındaki ilişki anlamlı değildi (p değerleri sırasıyla **0,005** 0,249 0,507 0,630 0,370).

Tablo 4.26. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar İle Cinsiyet Arasındaki İlişki

Değişkenler	Yaş Grubu			
	13 yaş altı	13 yaş ve üzeri	Toplam	P
Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı				
Major Depresif Bzk % Tanı	5 (%18,5)	22 (%81,5)	27 (%100,0)	0,005
PTSSB % Tanı	8 (%30,7)	18 (%69,3)	26 (%100,0)	0,249
Anksiyete Bzk % Tanı	8 (%42,1)	11 (%57,9)	19 (%100,0)	0,507
Disosiyatif Bzk % Tanı	3 (%50)	3 (%50)	6 (%100,0)	0,630
Davranım Bzk % Tanı	1 (%14,2)	6 (%85,7)	7 (%100,0)	0,370

4.12.7. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Olayın Niteliğine Göre Dağılımı

Cinsel istismar olayı sonrasında görülen psikiyatrik bozuklukların olayın niteliğine göre dağılımı **Tablo 4.27'**de verilmektedir.

Tablo 4.27. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Olayın Niteliğine Göre Dağılımı

Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı	Olayın Niteliği		
	Nitelikli	Nitelikli Değil	Toplam
PTSB % Toplam % Tanı	9 (% 10,8) (% 75)	3 (% 3,6) (% 25)	12 (% 14,5) (% 100,0)
Anksiyete Bzk % Toplam % Tanı	2 (% 2,4) (% 11,3)	13 (% 15,6) (% 88,7)	15 (% 18,1) (% 100,0)
Major Depresif Bzk % Toplam % Tanı	3 (% 3,6) (% 30,0)	7 (% 8,4) (% 70,0)	10 (% 12,0) (% 100,0)
PTSB+MDB % Toplam % Tanı	12 (% 14,5) (% 92,3)	1 (% 1,2) (% 7,7)	13 (% 15,7) (% 100,0)
Anksiyete+MDB % Toplam % Tanı	3 (% 3,6) (% 75,0)	1 (% 1,2) (% 25,0)	4 (% 4,8) (% 100,0)
PTSB+Disosiyasyon % Toplam % Tanı	1 (% 1,2) (% 100)	0 (% 0,0) (% 0,0)	1 (% 1,2) (% 100,0)
Disosiyatif Bzk % Toplam % Tanı	4 (% 4,8) (% 80)	1 (% 1,2) (% 20)	5 (% 6,0) (% 100,0)
Uyku Bzk % Toplam % Tanı	2 (% 2,4) (% 40)	3 (% 3,6) (% 60)	5 (% 6,0) (% 100,0)
Madde Kullanım Bzk % Toplam % Tanı	0 (% 0,0) (% 0,0)	1 (% 1,2) (% 100)	1 (% 1,2) (% 100,0)
Davranım Bzk % Toplam % Tanı	5 (% 6,0) (% 62,5)	3 (% 3,6) (% 37,5)	8 (% 9,6) (% 100,0)
Somatizasyon Bzk % Toplam % Tanı	1 (% 1,2) (% 20)	4 (% 4,8) (% 80)	5 (% 6,0) (% 100,0)
Psikotik Bzk % Toplam % Tanı	3 (% 3,6) (% 100,0)	0 (% 0,0) (% 0,0)	3 (% 3,6) (% 100,0)

Toplam	45	37	82
% Toplam	(%77,1)	(%22,9)	(%100,0)
% Tanı	(%77,1)	(%22,9)	(%100,0)

4.12.8. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve İstismarın Niteliği Arasındaki İlişki

Tüm tanılar (komorbid tanılar da eklenerek) beraber değerlendirildiğinde MDB, PTSS, Disosiyatif bozukluk ve Davranım bozukluğu tanılarının nitelikli istismara uğrayan olgularda nitelikli olmayan istismara maruz kalanlara göre belirgin daha yüksek olduğu, Anksiyete bozukluklarının ise basit istismara uğrayan olgularda daha sık olduğu gözlemlendi.

MDB tanısı alan 27 olgunun 18(%66,7)'inin; PTSS görülen 26 olgunun 22(%84,6)'sinin, disosiyatif bozukluk görülen 6 olgunun 5(%83,3)'inin, davranım bozukluğu tanısı alan 7 olgunun 4(%62,5)'ünün nitelikli istismara uğrayan çocuklardan oluştuğu saptandı. MDB ve PTSS tanılarının nitelikli istismara uğrama ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,067$ ve $p=0,000$). Anksiyete bozukluğu ise basit istismar mağduru çocuklarda anlamlı oranda yüksekti ($p=0,004$). Ancak diğer tanılar ile istismarın türü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (*Tablo 4.28*).

Tablo 4.28. Olay Sonrası Görülen Psikiyatrik Bozukluklar ve İstismarın Niteliği Arasındaki İlişki

Değişkenler	İstismarın Türü			
	Nitelikli	Nitelikli olmayan	Toplam	P
Olay Sonrası Psikiyatrik Tanı				
Major Depresif Bzk % Tanı	18 (%66,7)	9 (%33,3)	27 (%100,0)	0,067
PTSS % Tanı	22 (%84,6)	4 (%15,4)	26 (%100,0)	0,000
Anksiyete Bzk % Tanı	5 (%26,3)	14 (%73,7)	19 (%100,0)	0,004
Disosiyatif Bzk % Tanı	5 (%83,3)	1 (%16,7)	6 (%100,0)	0,159
Davranım Bzk % Tanı	4 (%62,5)	3 (%37,5)	7 (%100,0)	0,622

4.13. Depresyon ve PTSD Ölçeklerine Göre Semptom Şiddeti İle İlgili Veriler

Olguların psikiyatrik tanı alıp almamaları dikkate alınmaksızın, uygulanan Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği skorları değerlendirildi. Depresyon ve PTSD ölçek skorları normal dağılım gösterdiğinden parametrik testler kullanıldı. Ölçek skorlarının cinsiyet, yaş, anne babanın birliktelik durumu, istismarın niteliği, istismarcının yakınlığı, olay yeri, olay sonrası göç etme ve eğitimi bırakma ile ilişkisi incelendi.

Olguların ortalama depresyon ölçeği puanları $27,24 \pm 10,42$ olarak saptandı. Depresyon ölçeği skorları ilişkisi olabileceği ön görülen değişkenler arasındaki ilişki



Tablo 4.29' da sunuldu.

Depresyon ölçeği skorları ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde; kızların ortalama depresyon skorlarının $30,92 \pm 11,42$ iken erkeklerin ise $26,38 \pm 11,26$ olduğu ancak aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,206$).

Depresyon ölçeği skorlarının yaş ile ilişkisi değerlendirildiğinde; 13 yaş altı grubunun ortalama depresyon skorlarının $21,92 \pm 10,5$ olduğu, 13 yaş ve üzeri yaş grubunun ise $30,16 \pm 11,2$ ancak aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,425$).

Depresyon ölçeği skorları ile annenin birliktelik durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı, ayrıca post hoc analizlerle gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında da aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,936$).

Depresyon ölçeği skorları ile istismarın niteliği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, nitelikli cinsel istismara maruz kalan olguların ortalama depresyon puanları $32,25 \pm 10,81$ nitelikli olmayan cinsel istismar mağdurlarının ise $21,93 \pm 10,03$ idi ve bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlı idi (**$p=0,001$**).

Depresyon ölçeği skorları ile istismarın tekrarlayan özellikte olup olmaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, tekrarlayan cinsel istismara maruz kalan olguların ortalama depresyon puanları $27,37 \pm 10,06$ tekrarlayan nitelikte olmayan cinsel istismar mağdurlarının ise $27,50 \pm 12,11$ idi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,224$).

Depresyon ölçeği skorları ile istismarcının mağdura yakınlığı ve olay yeri değişkenleri arasındaki ilişki de değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ayrıca post hoc analizlerle gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında da aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,653$ ve $0,663$).

Depresyon ölçeği skorları ile olay sonrasında göç etme ve eğitime devam etme durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ayrıca post hoc analizlerle gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında da aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,794$ ve $0,386$).

Tablo 4.29. Olguların Depresyon Skorları İle Diğer Faktörlerin İlişkisi

Değişkenler	Sayı n (%)	Depresyon Skoru	P
Cinsiyet			
Kız	55 (%80,8)	30,92±11,42	0,206
Erkek	13 (%19,2)	26,38±11,26	
Yaş			
13 yaş altı	24(%35,2)	21,92±10,5	0,425
13 yaş ve üzeri	44(%64,8)	30,16±11,2	
Anne Babanın Birliktelik Durumu			
Birlikte	56(%82,3)	27,30±11,60	0,936
Boşanmış	9(%13,2)	24,22±10,95	
Vefat	3(%4,5)	35,33±13,31	
İstismarın Niteliği			
Nitelikli	35 (%51,4)	32,25±10,81	0,001
Nitelikli değil	33 (%48,6)	21,93±10,03	
Tekrarlayan İstismar			
Var	35(%55,6)	27,37±10,06	0,224
Yok	28(%54,4)	27,50±12,11	
İstismarcının Yakınlığı			
Aile içi	13(%19,1)	26,31±11,02	0,653
Tanıdık	32(%47,0)	26,31±11,88	
Yabancı	23(%33,9)	29,09±11,76	
Olay Yeri			
Ev	27(%39,7)	27,41±12,78	0,663
Arazi, Metruk Bina	22(%32,4)	28,68±11,24	
Bilinen Mekanın İzbe Köşesi	19(%27,9)	25,37±10,50	
Göç Etme			
Evet	12(%19,4)	28,67±10,71	0,794
Hayır	40(%80,6)	27,70±11,20	
Eğitime Devam Etme			
Evet	37(%60,7)	24,51±10,9	0,386
Hayır	24(%29,3)	32,21±11,32	

PTSB skorları değerlendirildiğinde olguların ortalama Travma Stres Tepki Ölçeği skorları $30,19 \pm 14,52$ olarak saptandı.

Kız olguların ortalamaları $30,50 \pm 16,25$ erkeklerinki ise $28,92 \pm 16,43$ idi ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=0,755$).

Travma Stres Tepki Ölçeği skorlarının yaş ile ilişkisi değerlendirildiğinde; 13 yaş altı grubunun ortalama skorlarının $26,92 \pm 15,3$ 13 yaş ve üzeri yaş grubunun ise $32,5 \pm 16,3$ olduğu, ancak aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,352$).

Travma Stres Tepki Ölçeği skorları ile anne babanın birliktelik durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı, ayrıca post hoc analizlerle gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında da aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,514$).

Travma Stres Tepki Ölçeği skorları ile istismarın niteliği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, nitelikli cinsel istismara maruz kalan olguların ortalama puanları $36,94 \pm 15,48$ nitelikli olmayan cinsel istismar mağdurlarının ise $22,81 \pm 13,64$ idi ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (**$p=0,001$**).

Travma Stres Tepki Ölçeği skorları ile istismarın tekrarlayan özellikte olup olmaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, tekrarlayan cinsel istismara maruz kalan olguların ortalama puanları $32,79 \pm 17,01$ tekrarlayan özellikte olmayan cinsel istismar mağdurlarının ise $29,31 \pm 14,46$ idi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,265$).

Travma Stres Tepki Ölçeği ile istismarcının mağdura yakınlığı ve olay yeri değişkenleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ayrıca post hoc analizlerle gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında da aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,653$ 0,663).

Travma Stres Tepki Ölçeği skorları ile olay sonrasında göç etme ve eğitime devam etme durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ayrıca post hoc analizlerle gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında da aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,945$ ve 0,245).

Tablo 4.30. Olguların PTSD Skorları İle Diğer Faktörlerin İlişkisi

Değişkenler	Sayı n (%)	PTSD Skoru	P
Cinsiyet			
Kız	55 (%80,8)	30,50±16,25	0,755
Erkek	13 (%19,2)	28,92±16,43	
Yaş			
13 yaş altı	24(%35,2)	26,92±15,3	0,352
13 yaş ve üzeri	44(%64,8)	32,5±16,3	
Anne Babanın Birliktelik Durumu			
Birlikte	55(%)	30,05±15,6	0,514
Boşanmış	9(%)	28,78±19,10	
Vefat	3(%)	37,21±21,51	
İstismarın Niteliği			
Nitelikli	35 (%51,4)	36,94±15,48	0,001
Nitelikli değil	33 (%48,6)	22,81±13,64	
Tekrarlayan İstismar			
Var	35(%55,6)	32,79±17,01	0,265
Yok	28(%54,4)	29,31±14,46	
İstismarcının Yakınlığı			
Aile içi	13(%19,1)	28,15±12,50	0,391
Tanıdık	32(%47,0)	33,03±17,55	
Yabancı	23(%33,9)	27,27±15,93	
Olay Yeri			
Ev	27(%39,7)	30,04±17,37	0,605
Arazi, Metruk Bina	22(%32,4)	32,76±16,60	
Bilinen Yerin İzbe Köşe	19(%27,9)	27,58±14,21	
Göç etme			
Evet	12(%19,4)	30,83±16,4	0,945
Hayır	40(%80,6)	31,20±15,8	
Eğitime Devam Etme			
Evet	37(%60,7)	26,32±14,52	0,235
Hayır	23(%29,3)	36,48±16,29	

5. TARTIŞMA

Cinsel istismar öyküsü ile psikiyatrik belirti ya da bozukluk gelişimi arasındaki ilişki pek çok araştırmada gösterilmiştir. Bu araştırmalardan bazıları çocukluk döneminde görülen belirti ve bozukluklara odaklanırken, bazıları istismarın erişkinliğe yansıyan sonuçlarını saptamayı amaçlamıştır. Birçok çalışma cinsel istismarı çocuklukta da erişkinlikte de birçok psikiyatrik bozukluk ve uyumsuz olmayan yaşam biçimleriyle ilişkilendirmiştir (9-13).

Cinsel istismarın şekli ve şiddeti, çocuk ve ailelerin bir takım özellikleri, çocuğun cinsiyeti ve yaşı, istismarcının cinsiyeti ve yaşı, çocuk ve istismarcı arasındaki ilişki, fiziksel istismarın eşlik edip etmemesi ve istismar ataklarının sayısı, sıklığı ve süresi gibi değişkenlerin sonlanımı etkilediği düşünülmektedir (13-17). Cinsel istismarın nedenleri ve olası riskleri, bildirimine ait etkiler, istismarın sonuçları ve tedavi yöntemleri hakkındaki bilgiler de bu çalışmalara paralel olarak artmaktadır (76). Çalışmalarda istismarla ilişkili risk faktörlerinin ve bunların sonlanıma olan etkisinin tanımlanması, hem istismar ile ilgili koruyucu tedbirlerin alınması açısından hem de klinisyene yol göstermesi açısından oldukça önemlidir (77).

Biz de çalışmamızda; cinsel istismar nedeniyle değerlendirilen çocuk ve ergenlerin; bireysel, ailesel ve cinsel istismar olayı ile ilgili sosyodemografik özelliklerini tanımlamayı, önlenebilir risk faktörlerini araştırmayı, bu özelliklerin istismarla ilişkisini değerlendirmeyi, olay sonrası çocuk ve ergenlerde saptanan psikiyatrik tabloları ve olası risk faktörleri ile psikiyatrik tabloların etkileşimini değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmamızda son bir yıl içinde cinsel istismar nedeniyle polikliniğimize başvurusu olan 94 olgu değerlendirildi. Olgularımızın %76.6 (n:72)'sını kızlar, %23.4 (n:22)'ünü erkekler oluşturmaktaydı. Kız olgu sayısının erkeklere göre belirgin fazla olması, daha önceki literatür bilgilerimiz ile uyumlu bir bulgudur. Yapılan çalışmalarda kız cinsiyetin cinsel istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu belirtilmiş olup, ülkemizde ve yurtdışında yapılan klinik araştırmalarda da benzer şekilde kız olgu sayısının erkeklere oranla belirgin yüksek olduğu gösterilmiştir. Şahin ve ark.'nın çalışmasında; Cİ nedeni ile değerlendirilen 64

çocuğun; 38'inin (%59.3) kız, 26'sının (%40.7) erkek olduğu bildirilmiştir (78). Çengel ve ark.'nın çalışmasında, Cİ nedeniyle değerlendirilen 42 çocuğun; 25'inin (% 59.5) kız, 17'sinin (% 40.5) erkek olduğu bildirilmiştir (79). Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi'nde yürütülen bir çalışmada, Cİ nedeni ile değerlendirilen olgular içinde; kızların, yaklaşık erkeklerin 2 katı sıklıkta olduğu bildirilmiştir (80). Son yapılan meta analizlerde tüm çocukluk yaş grupları için kızların, erkeklere oranla 1.5–5.5 kat daha fazla cinsel istismara uğradıkları bildirilmiştir (81). Çalışmamızda da kız olgu sayısı erkeklerin 3,2 katı idi. Bu durum genel olarak literatür ile uyumlu bir bulgu olmasının yanında, ülkemizde yapılan çalışmalarda kız/erkek oranlarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sosyokültürel ve bölgesel faktörlerin buna yol açmış olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bölgeler arasındaki bu olası farklılığın değerlendirilebilmesi için ülke genelinde farklı merkezleri karşılaştırmaya olana sağlayacak daha ileri çalışmalar yapılabileceği kanaatindeyiz.

Literatürde cinsiyetler arasında olgu sayılarının bu kadar farklı olmasında; kızların uğradıkları Cİ'lerin daha fazla bildirilirken, erkeklerin uğradığı istismarların daha fazla bildirim dışı kalmasının da etkili olduğu ifade edilmektedir. Çoğu araştırmacı erkek çocukların Cİ bildirimlerinin yetersiz olduğunda hem fikirdir (82, 83) Bildirimdeki bu eksiklikte şu 3 faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir. Birinci faktör; istismarcının cinsiyeti erkek olduğunda, erkek çocukların eşcinsel olarak tanımlanma korkusu nedeniyle bunu bildirmeyebileceğidir (84) İkinci faktör; eğer istismarcı bayansa, erkek çocukların istismarı kültürel olarak cinsel ilişkiye başlama deneyimi olarak algılayıp, mağdur olmadan ziyade şanslı olduklarını hissettikleri için görmezden gelebilir olmalarıdır (85). Üçüncü faktör ise; istismarcıların istismarı bildirmemeleri için kız kurbanlardan ziyade genellikle erkek kurbanlara daha fazla güç ve şiddet kullanıyor olmalarıdır (86). Bununla beraber batı kültürlerinde yapılan çoğu çalışmada saptanan kız olgu hâkimiyetinin tüm kültürlerle genellenemeyeceğine dikkat çeken bazı çalışmalar da vardır (87).

Çalışmamızda olgular 4–16 yaş aralığında yer almaktaydı ve ortalama yaş 12,5±2.7 yıldır. Kız olguların ortalama yaş değerleri (12,7±2,8), erkek olguların ortalama yaş değerlerine (11,9±2,3) göre daha yüksekti ancak cinsiyetler arasında

ortalama yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,19$). Yaş kategorize edilirken, olay sonrası psikiyatrik bozukluk geliştirmiş olmak için ROC eğrisi kullanıldığında 13 yaş kesim noktası olarak tespit edildiğinden çalışmamızdaki olgular, '13 yaş ve üzeri' ile '13 yaş altı şeklinde' iki yaş grubu kullanılmıştır. Olguların 55(%58,5)'inin 13 yaş ve üzerinde olduğu, 39(%41,5)'inin 13 yaş altı grubunda olduğu saptandı. Kız ve erkek olguların yaş grubuna göre nasıl dağıldığı araştırıldığında, kızların çoğu (%63,9) 13 yaş ve üzerinde iken, erkek olguların çoğu (%59,1) 13 yaş altı grupta yer almaktaydı ve cinsel istismara uğrayan kızların erkeklere daha fazla büyük yaş grubunda olmaları istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,048$). Cinsel istismara uğrama yaşı ile ilgili olarak literatür araştırıldığında, çocukların bebekliklerinden itibaren herhangi bir yaşta cinsel istismara maruz kalabildiği gözlenmektedir. Bununla birlikte ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı ortalama 8-12 yaşları arasında zirve yaptığı belirtilmektedir (10). Ülkemizde yapılan iki çalışmada çocuk psikiyatrisine başvuran istismar olgularında ortalama yaş 10.9 ve 12.1 yıl olarak bildirilmiştir (41). Bassani ve ark.'nın 14 yaş ve üzerinde topluma dayalı bir örnekleme yaptıkları çalışmada; tüm olguların %80'inde bildirilen ilk Cİ epizodunun 19 yaşından önce gerçekleştiğini ve bu grup içinde %7.6'sının 4 yaş altında, %37'sinin 8 yaş altında, %60'ının 13 yaş altında, %89'unun 15 yaş altında ilk Cİ epizodunun gerçekleştiği ifade edilmiştir (88). Çukurova bölgesinde 101 Cİ olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada ise; olguların %71.3'ünün 12 yaş altında olduğu, %36.6'sının ise 8-11 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (89). Çengel ve ark.'nın Cİ'ye uğrayan 42 olguyu değerlendirdikleri çalışmalarında; erkeklerin en sık okul döneminde (7-11 yaş; %39.1), kızların ise ergenlik döneminde (12 ve üzeri; %62.5) cinsel istismara uğradığını bildirilmişlerdir (76). Şahin ve ark.'nın cinsel istismara uğrayan 64 çocuğu değerlendirdikleri çalışmalarında; olguların yaş aralığı olarak en sık 26 olgu (%40.6) ile 10-14 yaş, en az ise 6 olgu (%9.3) ile 0-5 yaş aralığında olduklarını bildirmişlerdir (78). Literatüre göre; erkek olgular, kız olgulara göre daha küçük yaşlarda istismara maruz kalmaktadır (90). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda istismara maruz kalınan ortalama yaş kızlarda 9.0-12,8 erkeklerde ise 9-11,8 aralığında bildirilmiştir (77, 79, 91-94). Çalışmamızda olguların ortalama yaş değerleri ve yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; erkek olguların kız olgulara göre daha küçük yaşlarda istismara maruz kalmış olması,

literatür ile uyum göstermektedir (88, 95). Kızların yaşlarının erkeklere göre daha büyük saptanmasında; kızlarda ergenlik dönemi ile beraber, sekonder sex karakterlerinin gelişiminin, cinsel istismara hedef olmaları açısından riski artırmış olabileceği düşünülmüştür.

Olguların çoğunluğunun (%55,2) kardeş sayısı 4 ve üzerinde idi. kardeş sayısı 2 ve 3 olanlar 38 (%40,4) kişi iken, ailedeki tek çocuk olma olguların sadece 4 (%4,4)'ünde saptandı. Tüm gruba bakıldığında ortalama kardeş sayısı $4,1 \pm 2,2$ olarak tespit edildi. Kızların kardeş sayısı ortalama $4,4 \pm 2,3$ erkeklerin ise $3,2 \pm 1,3$ idi ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı (**p=0,004**). Cinsel istismara uğrayanlar ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda 3 ya da daha fazla kardeşe sahip olmanın çocukluk anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ifade edilirken; bazı çalışmalarda kardeş sayısının Cİ için bir risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (87, 96, 97). Kardeş sayısının fazlalığı ile ilgili olarak yazında ebeveynlerin çok eşliliğinden de söz edilmektedir (98). Uyumsuz aile yapısı içinde, kardeş sayısının fazlalığı, annenin bakım vermek zorunda olduğu kişi sayısının artması ile yetersiz ebeveynlik becerilerine ve çocuğun yetersiz denetimine yol açarak; çocuğun istismara daha açık hale gelmesi ve istismarın fark edilip durdurulması açısından olumsuz bir etken olabilir (99). Çalışmamızda da yazında yer alan çalışmalarla uyumlu olarak olguların kardeş sayısı oldukça yüksek saptanmıştır. İstismara uğrayan pek çok çocuk kalabalık bir aile ortamı içerisinde, kendisini istismar eden erişkinlerle (primer bakım veren de dâhil) ya da çok sayıda kardeşi ile yaşamaya devam edebilmektedir. Ayrıca kardeş sayısının artması durumunda aile içinde istismara uğramış ikincil bireylerin de olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu durumlar göz önüne alındığında, istismara uğrayan ve henüz istismara maruz kalmamış, risk altındaki çocukların güvenliğini sağlayabilmek için; kardeş sayısı dâhil, ortamdaki risk etkenlerinin farkında olmanın öneminin açık olduğunu düşünmekteyiz.

Olguların 38'inin yani %40,4 ile çoğunluğunun ailenin son çocuğu olduğu, 27 (%28,7)'sinin ilk çocuk olduğu, kardeş sayısının genellikle yüksek olduğu ailelerden gelmiş rağmen ortanca çocuklardan biri olma oranı sadece %26,6 (n:25) olarak saptandı. Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu cinsiyete göre farklılık göstermiyordu (p=0,732). Literatürde cinsel istismara uğrayan bireylerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu konusunda yeterli bilgiye rastlanmamakla beraber ailenin son çocuğu

olmanın, istismar riskini artırıcı bir faktör olabileceğini düşünmekteyiz. Bu duruma; ebeveyn ve çocuk arasındaki artmış yaş farkının, kuşaklar arası uyumsuzluğa, aile ortamındaki çatışmaların artmasına ve böylece daha olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkisi kurulmasına yol açarak neden açmış olabilir. Ancak çalışmamızda ebeveyn-çocuk ilişkisini değerlendiren herhangi bir ölçek kullanılmadığından, bu durumun farklı çalışmalarda araştırılmasının uygun olabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda olgular mental açıdan değerlendirildiğinde, olguların 57(%67,1)'sinin normal mental kapasitede, 28 (%32,9)'inin normalin altında mental kapasitede (sınır mental kapasite + mental retardasyon) olduğu tespit edildi. Cinsiyetler arasında ise mental durum açısından farklılık saptanmadı ($p=0,252$) Psikolojik ve bilişsel olarak kırılan olan çocukların cinsel istismar için artmış riske sahip olacağını ifade eden çalışmalar mevcuttur. Zekâ düzeyi, istismara uğramış çocuk ve ergenlerde hem travmaya uğrama olasılığını artıran, hem de travmanın sonuçlarını değiştiren önemli bir diğer etken olarak kabul edilmektedir (100). Mental retardasyonu olan olgular sıklıkla hayat boyu bakım verenlere bağımlı olmaları, toplumda göreceli olarak güçsüz algılanmaları, duygusal ve sosyal güçlüklerinin olması, cinsellik ve cinsel istismarla ilgili eğitim yetersizliklerinden ve kendini koruma becerilerinin yeterli olmamasından dolayı cinsel istismar açısından özellikle incinebilir durumdadırlar (101, 102). Mental retardasyonu olanlarda cinsel istismara uğrama oranları %25-85 oranında bildirilmektedir (103). Kız ergenlerde; Hafif düzeyde MR si olan her 3 kızdan birinin, orta düzeyde MR si olan her 4 kızdan birinin cinsel saldırıya veya enseste maruz kaldığı bildirilmektedir (104). Zekâ düzeyinin düşük olması, etkin başa çıkma mekanizmalarının kullanımını da azaltma yoluyla psikopatolojinin artışında da önemli bir etkidir (100, 105). Çalışmamızda mental retardasyon olguların önemli bir kısmında bulunan bir risk faktörüydü. Ancak her olguya standart zekâ ölçüm testleri yapılmaması mental retardasyon sayısının gerçekte olduğundan da düşük çıkmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda olguların çoğunda ($n:85$ %95,5) kronik fiziksel hastalık yoktu. Cinsiyetler arasında kronik fiziksel hastalık görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,601$). Cinsel istismar ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda; zihinsel veya fiziksel yetersizliği olan çocukların, normal çocuklara göre 1.75 kat daha fazla ÇCI'ye maruz kaldığı ifade edilmektedir (106). Özellikle

körlük, sağırılık, mental retardasyon gibi çocuğun özellikle güven algısını bozan fiziksel yetersizlikler cinsel istismar için artmış risk ile ilişkili bulunmuştur (36, 37). Ayrıca çocuk ve gencin zihinsel engelli olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi bir ruhsal bozukluğunun olması cinsel istismara uğrama riskini arttırmaktadır. Bu gibi durumlarda, çocuklar maruz kaldıkları durumun kötülüğünü değerlendiremeyebilirler ya da değerlendirse bile kendilerini korumaları daha zor olabilir (37) Çalışmamızda olgular premorbid psikiyatrik bozukluklar açısından incelendiğinde, olguların çoğunda (n:64 (%71,1)) premorbid herhangi bir hastalık olmadığı, 26(%26,7)'sının tanısı olduğu tespit edildi. Çalışmamızda bu verinin karşılaştırılacağı bir kontrol grubunun yer almaması nedeniyle, kısıtlılık yaşasak da; literatürde toplum taramalarında çocuk ve ergen yaş grubunda %9-21 sıklığında psikiyatrik bozukluk görüldüğü bildirilmektedir (37). Çalışmamıza dâhil edilen olguların premorbid tanı alma oranının, toplum prevalansına göre karşılaştırıldığında daha yüksek olması psikiyatrik hastalığı olan çocuk ve gençlerin istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu bilgisi ile uyumludur.

Olay öncesi olguların örgün eğitime devam durumları değerlendirildiğinde; verilerine ulaşılabilen 91 olgunun, 76'sının (%83,5) eğitime devam edip, 15'sinin (%16,5) okula devam etmediği görüldü. İstismar sonrasında eğitime devam etme durumuna bakıldığında ise, verilerine ulaşılabilen 85(%94) olgunun, 58 (%68,2)'inin eğitime devam ederken, 27 (%32,8)'sinin eğitime devam etmediği saptandı. Bu durum istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, okula devam etmemenin istismar olayı sonrasında anlamlı derecede artmış olduğu gösterildi (**p=0,014**). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde okula gitmeme ve yaşına uygun eğitim almama oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (94, 107, 108). Ülkemizde bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada cinsel istismarın görüldüğü grupta okula gitmeme oranının (%22.6), kontrol grubundan (%1.6) istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir (109). Yine cinsel istismar mağduru 484 olgunun değerlendirildiği çalışmada; olguların %33.7'sinde istismar sonrası eğitiminin aksadığı belirtilmiştir (110). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada; okula gitmeme oranının olgu grubunda kontrol grubuna göre 17.5 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (111). Ayrıca cinsel istismara uğrayan çocukların diğer

çocuklara göre daha düşük akademik becerileri olduğunu ve özel eğitim programlarına dâhil edilmelerinin daha olası olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur (112). Cinsel istismar olguları ile ilgili çalışmalara bakıldığında, eğitim durumu ve eğitimi bırakma ile ilgili verilerimiz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin %16,5'inin okula devam etmeyen çocuklardan oluşması ve bu oranın istismar sonrasında %32,8'e yükseliyor olması, okula devam etmeyen çocuk ve ergenler için uygun bir eğitimin planlanmasının istismara karşı koruyucu bir önlem olacağı düşüncesini ve istismara uğramış olan çocukların eğitim hayatındaki olası aksaklıklara karşı uyanık olunması ve gerekli önlemlerin alınması gerektiği fikrini desteklemektedir (108).

Çocukluk dönemi cinsel istismarı ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki net değildir. Daha önceki çalışmalarda cinsel istismarın düşük sosyoekonomik seviyede daha fazla görüldüğü ifade edilmekle beraber, son dönem yapılan çalışmalarda cinsel istismarın diğer istismar şekillerinden farklı olarak herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı olmadığı ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmektedir (40). Bazı çalışmalarda ise cinsel istismar olgularında düşük sosyoekonomik düzey vardır ancak; bu diğer istismar türleri ile kıyaslandığında daha az belirgindir diye yorumlanmaktadır (10, 106, 113). Cinsel istismarda sosyoekonomik düzeyin araştırıldığı çalışmalarda konu daha çok sosyoekonomik düzeyin uygun olan ve olmayan ebeveynlik üzerine etkileri bağlamında ele alınmaktadır. Ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin, ebeveynliği etkilediği düşünülmektedir. Düşük gelir seviyesi, kötü barınma koşulları, nüfusun fazlalığı, günlük stresin yoğunluğu ve iş olanaksızlıkları uygun olmayan ebeveynlik için yüksek riskli koşulları oluşturmaktadır (98). Ayrıca ailenin SED'inin ebeveynlerin marital durumu ile de yakından ilişkili olduğu ve marital uyumsuzluk ile istismar riskinin artabileceği de yazında belirtilmektedir (98, 114, 115). Hatta kötü ekonomik koşullar ve işsizliğe ve buna paralel olarak aile içi şiddete, cinsel istismara uğrayan çocukların ailelerinde daha sık rastlanmaktadır ve bu durum ebeveynliği etkilemektedir. Bazen daha ağır durumlarda anneler kendi güvenlikleri nedeniyle evden kaçmak zorunda kalabilmekte ve arkada kalan çocuğun istismarcı ile daha uzun süre bir arada yaşaması söz konusu olabilmektedir. Ayrıca böyle bir durumda ebeveyn rolünü üstlenmiş olan çocuk için cinsel istismara uğrama riskinin

daha da artabileceği belirtilmektedir (98). Çalışmamızda ise ailelerin sosyoekonomik düzeyleri öz bildirimine dayalı değerlendirildiğinde olguların sadece 5(%5,3)'inin sosyoekonomik durumunun iyi olduğu, 89(%94,6)'unun orta ve kötü (kötü:38(%40,4) orta:51 (%54,2)) sosyoekonomik düzeye sahip olduğu gözlemlendi. Bu durumun cinsiyete göre farklılık göstermediği saptandı. ($p=0,42$). Bizim çalışmamızda olguların düşük sosyoekonomik düzeyden gelmesi daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olmakla beraber bu kadar yüksek oranda düşük sosyoekonomik düzey saptamış olmamız çalışmamızın yapıldığı bölgenin genel bir özelliğinden ya da verilerin öz bildirimine dayalı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Olguların ikamet ettiği yer ile ilgili olarak 88 (%93,6) olgunun verilerine ulaşıldı. Olguların %68,1'si şehir merkezinde yaşarken, %31,9'i kırsal kesimden gelmekteydi. Her iki grupta da olguların çoğu şehir merkezinde yaşamaktaydı ancak erkekler olgular kızlara göre daha yüksek oranda şehir merkezinden gelmekteydi ($p=0,028$). Yazında kırsal veya kentsel bölgede yaşamının cinsel istismar için bir risk faktörü olmadığı ifade edilmektedir (87, 97). Kırsal bölgeden gelen olguların daha az sayıda olması, küçük yerleşim yerlerinde toplumsal baskıya bağlı olarak istismar olayının açığa çıkmasının ve ifade edilmesinin daha güç olmasına bağlı olabileceğini ve bu durumun erkekler olgular için daha da ön planda olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda anne babanın birliktelik durumu değişkeni ile ilgili 94 olgunun da verilerine ulaşılmış olup; olguların çoğunluğunun (%80,9) anne ve babasının birlikte yaşadığı, 13 (%13,8)'ünün boşanmış olduğu, 5 (%5,3)'inin ebeveynlerinden birinin vefat ettiği saptandı. Cinsiyetler arasında; aile durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,264$). Daha önce yapılmış olan çalışmalarda; cinsel istismar mağduru çocukların ebeveynlerindeki boşanma sıklığının ve tek ebeveynle yaşama oranının, cinsel istismara uğramayan olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (96, 116). Ayrıca; ayrılık, boşanma, terk etme, ölüm, mental ve fiziksel hastalık, madde veya alkol problemi nedeniyle olan ebeveyn yokluğunun özellikle de annenin olmamasının cinsel istismarın görüldüğü ailelerde, sıklıkla gözlenen bir dinamik olduğu ifade edilmektedir (117, 118). Yapılan çalışmalarda tek ebeveynle yaşamının, her iki ebeveynle birlikte yaşamaya göre çocukluk Cİ riskini 2.2 kat arttırdığı, her iki

biyolojik ebeveynin yokluğunun ise çocukluk Cİ riskini 3.1 kat arttırdığı ifade edilmiştir (119, 120). Cinsel istismar mağdurlarının ailelerinin, istismar enest şeklinde olsun veya olmasın, istismar görülmeyen ailelere kıyasla; aile sisteminde bozulmaların olduğu, karı-koca sistemi ve çocuklar sisteminde değişiklikler olduğu, daha az birbirine bağlı, daha düzensiz ve işlevsiz olduğu ifade edilmektedir(121). Enestinin görüldüğü ailelerde ise; iletişim problemleri, duygusal yakınlık ve esneklikte yetersizlik ve sosyal izolasyonun daha sıklıkla tanımlanan problemler olduğu bildirilmektedir (122). Enestçi çoğu babanın enest kurbanı olduğu, eneste maruz kalan çoğu annenin da çocuklarını bu durumdan koruyamadıkları bildirilmektedir. Araştırmacılar enestinin görüldüğü ailelerdeki işlevsiz paternin sürmesinin, enestinin bir sonucu da olabileceğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini ifade etmektedir.

Cinsel istismara uğrayan çocukların sıklıkla geniş ailelerden geldiği ifade edilmektedir. Ancak çalışmamızda olgularımızın aile yapısı araştırıldığında; olguların büyük çoğunluğunun (n:59 %77,6) çekirdek aile yapısına sahip olduğu gözlemlendi. Cinsiyetler arasında aile yapısı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,301) Çalışmamızda saptanan yüksek çekirdek aile oranı, ülkemizde Çengel ve ark'ı tarafından yapılan, istismara uğrayan çocukların % 71.7'sinin ailesinin çekirdek aile olduğunu belirten çalışmanın verileri ile uyumludur (79). Çekirdek aile ile yaşama oranlarının toplumumuzda yapılan çalışmalarda, yazından farklı olarak daha yüksek bulunması, kültüre ait özellikler ile ilişkili olabileceği gibi, çalışmamızda kontrol grubu olmadığından cinsel istismara uğramayanlardan oluşan olgular ile karşılaştırılamayan bu veri kafa karıştırıcı olabilir diye düşünmekteyiz.

Olguların ebeveynlerinin eğitim durumu değerlendirildiğinde, ebeveynlerin eğitim durumları iyi (lise ve üniversite mezunu) , orta (ortaokul mezunu) ve kötü (ilkokul mezunu, eğitim almamış olma) şeklinde kategorize edildi. Anne eğitim durumu olguların %94,1'inin eğitim durumunun kötü olduğu, babaların eğitim durumunun ise %65,8'inin kötü olduğu tespit edildi. Anne ve babaların eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, anneleri eğitim durumlarının babalara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p=0,001) Kız ve erkek olgular arasında ortalama anne ve baba eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmadı (sırasıyla; $p=0,167$ ve $p=0,246$). Ayrıca cinsel istismar olayı sonrasında mağdurun eğitime devam etmeme durumu ile babanın eğitim düzeyi arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,004$). Literatürde cinsel istismar mağduru olan çocukların anne ve baba eğitim süresinin, istismar mağduru olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ve çocukluk çağı cinsel istismarı ile özellikle annenin eğitim düzeyinin düşük olmasıyla belirgin bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (10, 58, 116). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenin anne-baba eğitimlerinin ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde olduğu bildirilmiştir (58). Yazına göre anne eğitiminin düşük oluşu hem cinsel istismar hem de diğer istismar türlerine uğramada önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Ebeveyn eğitiminin yetersizliği; çocuğa verilen cinsel eğitimin yetersizliğine veya eğitimin katı, cezacı bir tutumla verilmesine, sonuç olarak da çocuğun kendini koruma becerisinin az olmasına yol açacağı ifade edilmektedir (4). Çalışmamızda ebeveynlerin ortalama eğitim sürelerinin ilköğretim düzeyinde olması ve annelerin eğitim durumunun, babalarınkine göre daha düşük olması, daha önceki cinsel istismar çalışmaları ile uyumlu bir bulgudur. Düşük eğitim düzeyinin, yetersiz ebeveyn işlevlerine yol açabileceğini, olgularımızı cinsel istismar açısından daha riskli hale getirdiğini ve toplumumuz açısından bakıldığında; kız çocukların okutulması gerekliliğini ve temelde kadın cinsiyete biçilmesi gereken rolün ne kadar önemli olduğunu gösterdiğini düşünmekteyiz. Bununla beraber istismarın belki de en olumsuz sonucu olarak yorumlanabilecek olan eğitime devam etmeme durumunun, babanın eğitim düzeyi ile ilişkili olması son derece dikkat çekicidir. Literatürde cinsel istismar mağdurlarının eğitimi bırakması ile ilişkili olabilecek faktörler ile ilgili veriye raslanmamıştır. Çalışmamızda ulaşılan bu bulgu, olay sonrasında olguların tedavi ve rehabilitasyonu sürecinde, klinisyenin ebeveynlerin eğitim düzeyine bu yönüyle de dikkat etmesi gerektiğini düşündürmesi yönü ile önemlidir.

Ebeveynler ruhsal ve fiziksel hastalık açısından değerlendirildiğinde, olguların 83(%88)'ü ile ilgili verilere ulaşıldığı ve olguların 10'unun annesinde bedensel, 5'inde ruhsal bir bozukluk olduğu; 11 babada fiziksel hastalık, 1 babada psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edildi. Anne ve babada bedensel ya da psikiyatrik bozukluk görülmesi açısından, cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit edilmedi. (p

değerleri sırasıyla 0,697, 0,607, 0,471 ve 0,732 idi). Annelerde ve babalarda, bedensel veya ruhsal hastalık görülmesi birleştirilerek değerlendirildiğinde de, annelerde babalara göre tıbbi hastalıkların daha fazla görüldüğü ancak bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0,194$).

Anne ve babaların ruhsal sağlık sorunları istismara uğrama açısından bir risk etkeni olabilmekte, psikiyatrik rahatsızlıkları anne ve babanın işlevselliklerini bozabilmekte ve ebeveyn rolünü yerine getirmelerini güçleştirebilmektedir. Psikiyatrik bir sorunu olan ana babalarda çocuk yetiştirme ile ilgili korkular ve yetersizlikler ortaya çıkabilmekte ya da bu durum çocuğu ihmal etmekle sonuçlanabilmektedir (98). Anne ve babaların fiziksel sağlık sorunları çocukların cinsel istismara uğraması açısından bir risk etkeni olabilmekte, çünkü rahatsızlıklar anne ve babanın işlevselliklerini bozabilmekte ve ebeveyn rolünü yerine getirmelerini zaman ayırma ve işlevsellik açısından güçleştirebilmektedir. Literatürde ebeveynlerde herhangi bir tıbbi rahatsızlık olmasının, ebeveynleri fiziksel ve duygusal olarak daha az ulaşılabilir duruma getirdiği ve çocuk bakımı, evlilik, yaşam düzeni gibi alanlarda doğru kararlar vermelerini etkilediği, sonuç olarak da böyle bir ortamda çocukların cinsel istismar için artmış riske sahip oldukları ifade edilmektedir (117, 118, 123). Literatürde bazı çalışmalarda ebeveynlerdeki bir takım sorunların özellikle; annede fiziksel hastalık, annede alkolizm, uzamış anne yokluğu, ciddi evlilik çatışmaları, ebeveynlerde madde bağımlılığı, sosyal izolasyon ve cezalandırıcı ebeveynlik gibi faktörlerin artmış Cİ riski ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (14, 76, 124). Konuyla ilgili bir çalışmada her dört babadan birinin istismar anında alkol etkisi altında olduğu bilgisi oldukça çarpıcıdır (76). Almanya'da psikosomatik kliniğinde yatan hastalarda yapılan bir çalışmada; çocukluk döneminde Cİ'ye uğrayan olgularda ebeveynlerinde aşırı düzeyde alkol tüketiminin varlığı, Cİ'ye uğramayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır (96). Çalışmamızda olguların babalarında saptanan bozuklukların büyük çoğunluğunu alkol ve/veya madde bağımlılığının oluşturması yazınla örtüşen bir bulgudur. Çalışmamızda ebeveynlerde saptanan tıbbi bozukluk varlığı oranlarının düşük olmasını ise; anne ve babalara yönelik ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme yapılmaması ve herhangi bir ruhsal sağlık sorunlarının olup olmadığının kendilerine sorularak öğrenilmesi ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Olguların polikliniğimize başvuru şekilleri ve son yaşanan istismar olayından başvuruya kadar geçen süre bulguları değerlendirildiğinde; olguların 87(%85,7)‘sinin adli makamlar tarafından polikliniğimize yönlendirildiği, sadece 7(%14,3)‘sinin polikliniğimize doğrudan başvurduğu veya başka bir nedenle polikliniğimizce takip edilirken cinsel istismara maruz kaldığı saptandı. Kız ve erkek olgular arasında başvuru şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,312). Çalışmamızda adli makamlar tarafından polikliniğimize yönlendirilen olguların çoğunlukta olması, ülkemizdeki yasal düzenlemelere bağlı olarak adli makamlara yansıyan olguların bilirkişilik için çocuk psikiyatrisine yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca yazında; bildirilen vakalarının gerçekteki cinsel istismar olgularının buzdüğının sadece görünen kısmı olması, yalnızca %15 kadar bildiriliyor olması, polikliniğe doğrudan başvurma oranını ciddi oranda düşürdüğü kanaatindeyiz (81, 125).

Çalışmamızda tüm istismarcıların cinsiyeti erkekti. Daha önce yapılan çalışmalarda istismarcı cinsiyetinin genellikle erkek cinsiyet olduğu bildirilmiştir. Yaygın olarak çocuk ve gençlere yönelik istismarların %5’inden daha azından sorumlu oldukları düşünülmektedir. Ancak gerçek yaygınlığı halen net olarak bilinmemektedir; bazı çalışmalarda kadın istismarcı oranları %4 ile %92 arasında tanımlanmaktadır. Kadın istismarcılar tarafından istismar edilen cinsiyetin ise daha çok erkek cinsiyet olduğu saptanmıştır (126-129). Kadın istismarcı tarafından gerçekleştirilen Cİ olguları, bu konuda çalışanlar arasında genellikle yeterince önemsenmeyip daha az bildirilebilmekte, bu durum da ikincil istismarların sürmesine neden olabilmekte ve pek çok psikiyatrik bozukluk ile sonuçlanabilmektedir (93, 130, 131). Yazında bu konu ile ilgili olarak yapılan nadir çalışmalardan birinde, kadın istismarcıyla gerçekleşen Cİ daha hasar verici ve daha ağır psikopatoloji ile giden bir durum olarak tanımlanmıştır (93, 131). Bizim çalışmamızda ise olguların tamamında istismarcı cinsiyeti erkekti. Bu durum genel olarak literatürle uyumlu idi. Ancak çalışmamızda istismarcı cinsiyeti olarak kadın cinsiyete hiç rastlanmamış olması; erkeklerin daha yüksek oranda istismarcı olmasından kaynaklanmasının yanı sıra, çalışmamızın örneklem sayısının yüksek olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda istismarcı sayısı, olguların büyük bir çoğunluğunda (n:76 %80,8) bir kişi iken, olguların 18'i (%19,1) birden fazla kişi tarafından istismar edilmişti. Daha önce yapılan çalışmalarda, cinsel istismar kurbanlarının birden çok istismarcı tarafından istismar edilme oranını %9.7 ile %21.4 arasında bildirilmiştir (91, 96, 132) Cinsel istismara uğrayan bir çocuğun bir başkası tarafından da istismara uğratılması olasılığı, Baker ve Duncan tarafından %14 olarak tespit edilmiştir (133). İstismarcı sayısı ile ilgili bulgularımız literatürle uyumaktadır.

İstismarcının kim olduğu ile ilgili olarak, istismarcının çocuğa yakınlığı araştırıldı. İstismarcı yakınlığı öncelikle; aile içi, tanıdık/akraba ve yabancı olarak 3 grupta ele alındı. Çalışmamızda istismarcıların %76,6 (n:72)'sı mağdurun daha önceden tanıdığı (aile içi+tanıdık/akraba) kişilerdi. Bunların 24(%25,6)'ü de aile içinden yani birinci derece yakınlarından oluşmaktaydı. İstismarcıların 48(%51,0)'i mağdurun tanıdığı birisi (sosyal çevresinden, okul ortamından, birinci derece olmayan akrabalarından gibi), %23,4'ü ise mağdurların daha önceden tanımadığı yabancı birisi idi. İstismarcının kimliği ile ilişkili olarak yazında bulunan ilk çalışmalarda istismarcının büyük çoğunlukla yabancı biri olduğu düşünülmekteydi. Son yıllarda ise; cinsel istismar kurbanlarının çoğunlukla bakıcı, aile dostu veya komşu gibi akraba olmayan tanıdıklar tarafından istismara uğradığı bildirilmektedir (36). Yapılan çalışmalarda istismarcının %60 ile %85 arasında çocuğun tanıdığı biri (akrabalar, öğretmenler, komşular, otorite figürleri gibi çocuğun bildiği ve güvendiği kişiler) olduğu; %14 ile %50 arasında mağdurun akrabalarından biri olduğu belirtilirken; yabancı biri tarafından istismara uğrama oranının %5 ile %35 arasında olduğu bildirilmiştir (106, 134-137). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da, cinsel istismar faillerinin çoğunun aile içinden veya tanıdık biri olduğu, istismarların %66,3-78,0'ının aile bireyleri veya akrabalar tarafından gerçekleştirildiği gösterilmiştir (89, 138-140). Ülkemizde yapılan bir çalışmada cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler ile yapılan bir çalışmada istismarcının %11.1'inde yabancı, %66.7'sinde tanıdık ve %22.2'sinde ise akraba olduğu bildirilmiştir (58). Çalışmamızda tanıdık ve yabancı tarafından istismara uğrama oranları literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda istismarcı yakınlığı aile; aile içi (ensest) ve aile dışı (akraba/tanıdık ve yabancı) olarak 2 grupta ele alındığında; olgularının çoğunda

(%74,4) istismarcının aile dışından biri olduğu saptandı. Bu bulgumuz da literatür ile uyumludur. Daha önceki çalışmalarda, tüm cinsel istismar türleri arasında aile dışı cinsel istismara uğramanın ensestten daha sık rastlandığı bildirilmiştir (141, 142).

İstismarcının mağdura yakınlık derecesi cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kız ve erkek her iki olgu grubu da en sık (kızların %51,3'ü erkeklerin ise %50'si) daha önceden tanıdığı kişi/kişiler tarafından mağdur edilmişti. Erkeklerin %31,8'i yabancı birisi tarafından istismara uğrar iken kızların yabancı birisi tarafından istismara uğrama oranı. %20,8 idi. Cinsiyetler arasında istismarcının yakınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0.009**). İstismarcı yakınlığı aile; aile içi (ensest) ve aile dışı (akraba/tanıdık ve yabancı) olarak 2 grupta ele alındığında; aile içi istismara uğrayan 24 olgunun 20 (%83,3)'si kız, 4 (%16,7)'ünün erkek olduğu saptandı. İstismarcının aile içinden olması(ensest); kız olgularda (%27,8), erkek olgulara (%18,1) göre daha yüksek oranda saptandı. Bu durum da istatistiksel olarak da anlamlı idi. Aile dışı istismara maruz kalma; erkek olgularda (%81,8), kız olgulara (%72,2) göre daha yüksek oranda saptandı. (**p=0.041**). Cinsiyetler arasında istismarcı yakınlığı açısından saptadığımız farklılıklar literatürle örtüşmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda kız çocukların erkeklere göre daha fazla aile içi istismara uğradığı, aile dışı istismara uğramanın ise erkek çocuklarda kızlara kıyasla daha yüksek oranda olduğu yönünde olduğu dikkat çekmektedir. Bernard-Bonnin ve ark. 7–12 yaş aralığında Cİ mağduru 67 kız çocuğunun istismarcılarının %49.2'sinde yakın akraba, %19.4'ünde uzak akraba, %25.4'ünde tanıdık ve %6'sında yabancı olduğunu bildirmiştir (116). Gold ve ark.'larının çocukluk döneminde Cİ'ye uğramış olan yetişkin 48 erkek ve 257 kadınla yaptıkları çalışmada; kadınların, erkeklere göre daha fazla aile içi istismara uğradığını ifade etmişlerdir (143). Magalhaes ve ark.'nın 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; kızların erkeklere göre daha çok aile içi, erkeklerin ise daha çok aile dışı istismara uğradığı bildirilmiştir (92). Bir çalışmada erkeklerin yabancılar tarafından istismara uğramalarının, kızlara göre daha sıklıkla görüldüğü ifade edilmektedir (119). Ülkemizde 101 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada; aile dışı istismara maruz kalma erkeklerde %92.3 iken, kızlarda bu oran %75.5 olarak

bildirilmiştir (89). Çalışmamızda, istismarcının çocuğa yakınlığı ile ilgili saptanan bulgular genel olarak literatür ile uyum göstermektedir.

İstismarcının yakınlığının, yaş grubu açısından nasıl değiştiği araştırıldığında tanıdık biri tarafından istismar edilme; 13 yaş ve üzeri yaş grubunda (%53,0), 13 yaş altı grubuna (%46,3) göre daha yüksek oranda saptandı. Yabancı biri tarafından istismar edilme ise; küçük yaş grubunda (%25,15), büyük yaş grubuna (%21,8) göre daha yüksek oranda saptandı. İki yaş grubu arasında; istismarcının yakınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0.049**). İstismarcının mağdura yakınlığı ile mağdurun yaşı arasındaki ilişki daha önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, bulgularımızın yurtdışı çalışmalardan farklı olduğu, ancak yurtiçinde yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bu konuda yurtdışında yapılan çalışmalarda genellikle küçük yaş grubundaki olgularda istismarcının aile içinden olma olasılığının arttığı, daha uzun sürdüğü ve daha fazla psikopatoloji ile sonuçlandığı belirtilmektedir (144, 145). Yurtdışı çalışmalarda; aile içi istismara uğrayanların yaş ortalaması 9.43 iken aile dışı için 11.7 olarak bildirilmiştir (92, 146).

Çalışmamızda ise uluslararası literatürün aksine, küçük yaş grubunda istismar eden kişinin daha çok aile dışından biri olduğunun saptanması; ülkemizde cinsel istismara uğranılan yaş ile istismarcının aile içinden ya da dışından olmasının ilişkisini inceleyen çalışmalarla uyumludur (109, 111, 147). Alikeşifoğlu ve ark. tarafından yapılan bu çalışmada dokuzuncu, onbirinci sınıflarda okuyan 1955 kız öğrenciden; 1871 olgu (%95.7) Cİ ile ilgili sorulara yanıt vermiş, Cİ'ye uğradığını bildiren 250 (%13.4) öğrencinin %93'ü 12 yaşından önce istismara uğradığını belirtmiştir ve 12 yaşından önce Cİ'ye uğrayan bu grupta istismarcının %41 oranında yabancı biri olduğu belirlenmiştir (147). Dokuz Eylül Üniversitesinde yapılan bir çalışmada, istismarcının aile içinden mi dışından mı olduğunu değerlendirilmiş, 14 yaşın altındaki grupta olguların %74'ünde istismarcı aile dışından biri iken; 14 yaş üzerindeki grupta %75 oranında aile içinden olduğu saptanmıştır (109). Mersin Üniversitesinde yapılan bir çalışmada ise 13 yaşın altında ve üstünde olan olguları istismarcı yakınlığı açısından değerlendirildiğinde; tanıdık biri tarafından istismar edilme; 13 yaş ve üstü grupta (%72.9), 13 yaşın altındaki gruba (%54.4) göre ve yabancı biri tarafından istismar edilme ise; 13 yaş altı grupta (%27.9), 13 yaş ve üstü

gruba (%9.0) göre daha yüksek oranda saptanmış ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir (111). Daha önceki çalışmalarda, küçük yaş grubunda istismarcının daha çok aile dışından biri olmasının kültüre ait özellikleri ile ilişkili olabileceği tartışılmıştır. Bu durumun, kültürel olarak bazı çevrelerde ailelerin çocuklarını tanımadıkları bir yabancıya teslim etmede sakınca görmeyen ve aslında neredeyse ihmal olarak değerlendirilebilecek bu yaklaşım nedeniyle aile dışındaki yabancıların bu çocuklara daha kolay ulaşabiliyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (111). Ancak kültürel özelliklerin etkisiyle ilgili yeterli değerlendirme yapabilmek için yeni araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili akla gelen bir başka etken de anne babaların, çocuklarını koruma konusundaki yetersiz ebeveynlikleri ve küçük yaşta kendini koruma ile ilgili eğitimin daha az veriliyor olması olabilir. Bu açıdan ebeveynlik işlevlerinin de dâhil edildiği çalışmalara gereksinim olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca bu durum küçük yaş çocuklar için, açıklanmamış olası aile içi istismar varlığı olabileceği şüphesi de uyandırmıştır. Bu nedenle; istismarcı aile dışından olsa bile gizlenmiş aile içi istismar, olguların takip sürecinde akılda tutulması gereken bir başka konudur.

Çalışmamızda istismar olayının çoğunlukla %40,4 istismarcının veya bir başkasının evinde gerçekleştiği saptandı. Bunu %37,2 ile denetimden uzak olan açık alan ya da yıkık dökük mekânların ve %22,3 ile mağdurun bildiği bir ortamın gözden uzak bir köşesi şeklinde tanımlanabilecek yerlerin izlediği tespit edildi. Kızların çoğunluğunun (%48,6) istismarcının veya bir başkasının evinde, erkeklerin çoğunluğunun (%63,6) açık alan ya da yıkık dökük mekânlarda istismara uğradığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0.004**). Yaş grubuna göre, istismarın gerçekleştiği yer değerlendirildiğinde, 13 yaşından küçüklerin çoğunun (%46,2) açık alan ya da kullanılmayan yıkık mekânlarda istismara uğradığı ve bunu %28,2 ile bilinen bir ortamın denetimden yoksun bir kısmının izlediği; 13 yaş ve üzerindeki çocukların ise genellikle (%50,9) ev ortamında, %30,9 açık alan ya da kullanılmayan yıkık mekânlarda istismara uğradığı tespit edildi. Yaş grubu ile olay yeri arasındaki ilişki istatistiksel açıdan da anlamlı idi (**p=0,048**) Daha önce yapılan çalışmalarda istismarın gerçekleştiği yer ile ilgili olarak genellikle istismarcının ya da başka birinin evi en sık mekân olarak bildirilmiştir. Aile içi istismar ve aile dışı istismar olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada 18 yaş altı

1054 Cİ olgusunun; %54.6'sında çocuğun ve/veya istismarcının evinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu durum aile içi istismara maruz kalanlarda %78.3 oranında, aile dışı istismara maruz kalanlarda ise %38.6 oranında saptanmıştır ve bu farklılığın anlamlı düzeyde olduğu ifade edilmiştir (92). Kendall-Tacket ve ark. kız çocukların erkek çocuklara oranla 2 kat daha fazla bir olasılıkla kendi evlerinde saldırıya uğradıklarını belirtmiştir (76). Yazında istismarın nerede gerçekleştiğine ilişkin verilerin etkileri, istismarın yerinden ziyade (evde, dışarıda gibi) kim tarafından olduğu ve bu durumun ruhsal etkilerinin nasıl olduğu ile ilişkilidir. İstismarcı ve kurban ilişkisini inceleyen birkaç çalışmada aile içi istismar kurbanlarının daha fazla fiziksel ve duygusal zarar gördüğü tespit edilmiştir (77, 148, 149). Aile içi ve ev ortamında istismara uğrayan çocuklarda uyku, yeme ve enerji sorunları gibi depresif belirtilere de daha sık rastlanmakta, aile ile içi ilişkilerdeki güvenin bozulmasının psikiyatrik açıdan negatif sonuçlara (örneğin; PTSS) daha fazla neden olacağı düşünülmektedir (150). "Sleeper effect= uyku etkisi" fenomeninde de bahsedildiği gibi; gelişimin erken dönemde meydana gelen bazı Cİ olgularının sonuçlarının geç ergenliğe ya da genç erişkinliğe dek bulgu vermeyebileceğini düşünürsek, değerlendirme sürecinde herhangi bir tanı ya da belirti saptanamayan olgularda zaman içerisinde klinik olarak değişiklikler olabileceğini düşünmek mümkündür. Nitekim özellikle ev ortamında ve tanıdık biri tarafından gerçekleşen istismarlar daha uzun sürmekte ve daha fazla post-travmatik belirtilerle gitmektedir (144). Bu durum bize kendi evinde ve aile içinde birisi tarafından istismara maruz kalan olgularda, bu açıdan belki de özellikle kızlarda, daha sık ve uzun süreli takibin gerekli olabileceği düşüncesini uyandırmıştır. Çalışmamızda cinsel istismar olayının gerçekleştiği yer ile ilgili bulgularımız literatürle uyumludur. Bununla beraber ikinci sıklıktaki olay yeri, erkeklerin ve yaşça küçük çocukların en sık istismara uğradığı yer olarak; açık alan ve yıkık dökük mekânların saptanmış olması oldukça dikkat çekicidir. Daha önceki çalışmalarda istismarın önlenmesi ile ilgili olarak olay yerleri ile ilgili önerilere rastlanmamıştır. Çalışmamızda denetimden uzak kalan bu mekânların bu derece öne çıkmış olması, bu mekânların mümkün olduğunca ortadan kaldırılması ve denetlenmesinin cinsel istismarın önlenmesine önemli katkı sağlayabileceği fikrini uyandırmıştır.

Çalışmamızda tekrarlayan istismara maruz kalma ile ilgili; olguların çoğunluğunun %59.3'ünün istismara birden fazla kez maruz kaldığı saptandı. Kızlarda tekrarlayan istismara uğrama oranları erkeklere göre belirgin daha yüksekti. Kızların %51,6'sı erkeklerin %5,7'si tekrarlayan istismara maruz kalmıştı ve cinsiyet ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,001**). Tekrarlayan istismarların sayıları değerlendirildiğinde, tekrarlayan istismar yaşayan olguların %72,5'inin kronik şekilde(4 veya daha fazla kez) istismara maruz kaldığı gözlemlendi. Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki araştırıldığında; 13 yaş altı yaş grubunun %65,4'ünde, 13 yaş ve üzeri yaş grubunun %56,7'sinde istismara tekrarlayan şekilde maruz kalındığı ve yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (**p=0,048**). İstismar sayısına bakıldığında; olguların ortalama 2,66 kez istismara maruz kaldığı, kızların 3,45±1,18 kez, erkeklerin ise 2,32±1,39 kez istismara maruz kaldığı ve istismar sıklığı ve cinsiyet arasındaki ilişkinin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu (**p=0,02**). İstismar sayısı ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında; 13 yaş altı yaş grubunun 3,30±1,26 kez, 13 yaş ve üzeri yaş grubunun ise 2,42±1,42 kez istismar uğradığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (**p=0,008**). Ayrıca yaş ile istismar sayısı arasında negatif korelasyon olduğu gösterildi (**p=0,009**). Mağdurun mental durumu ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (**p=0,493**) İstismarın tekrarlayıp tekrarlamama durumunun, istismarın niteliği ile ilişkisi değerlendirildiğinde; nitelikli istismara uğrayanların nitelikli olmayan istismara uğrayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda tekrarlayan istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (**p=0,044**). İstismarcının yakınlığı ile tekrarlayan istismar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aile içi ve tanıdık bir kişi tarafından istismara uğrayan olgular, yabancı bir şahıs tarafından istismara uğrayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla tekrarlayan istismara maruz kaldığı saptandı (**p=0,031**) Cinsel istismarın tekrarlaması üzerine yapılan literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde; klinik olmayan örnekleme yapılan çalışmalar istismarın tekrarlamasını %50'ye varan oranlarda bildirirken, klinik çalışmalarda bu oranın %90'a kadar ulaştığı görülmektedir (94, 106, 151). Bu durumun bir kez yaşanan istismarın bildirim ve yardım merkezlerine başvurma olasılığının daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (152).

Ülkemizde yapılan daha önceki çalışmalarda bu oranın %50 ile %70 aralığında gözlemlendiği bildirilmiştir (79, 91). İstismarın tekrarlaması ve sayısı ile cinsiyet arasındaki ilişki araştırıldığında pek çok çalışmada kızlarda erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek oranlar tespit edildiği dikkat çekmektedir (111, 153, 154). İstismarın tekrarlamasının yaş ile ilişkisi araştırıldığında, literatürde daha az sayıda çalışmanın bu konuda bildirimde bulunduğu gözlenmiştir. Bernard-Bonin ve ark. 7–12 yaş aralığında cinsel istismar mağduru 67 çocuğun %75’inde istismarın birden fazla kez gerçekleştiğini, Ruggiero ve ark.’nın yaşları 6–16 arasında değişen 80 cinsel istismar olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında ise bu oranın %41,4 olduğu bildirilmiştir (77, 116). İstismarın tekrarlaması ile ilgili bulgularımız literatürle uyumludur. Çalışmamızda kız olguların daha fazla tekrarlayan istismara maruz kalmasının, bu grupta aile içi istismarın daha fazla görülmesinden kaynaklandığını, istismarcının mağdura daha rahat erişebilmesi ve mağdur-istismarcı bağının bu kısır döngünün devam etmesine katkıda bulunmasının rolü olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca küçük yaş grubunun, 13 yaş üstü yaş grubuna kıyasla daha çok tekrarlayan istismara maruz kalmasında, çocuk yaş grubunun kendini koruma ve çözüm bulma becerilerinin ergen yaş grubuna kıyasla daha düşük olmasının etkisi olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda olguların ne tür bir cinsel istismara maruz kaldığı araştırıldığında; olguların 40 (%44,4)’ında sadece dokunma, 24 (%26,7)’ünde sadece vajinal penetrasyon, 16 (%17,8) ‘sında sadece anal penetrasyon, 5 (%5,6)’inde sadece teşhircilik, 2 (%2,2)’sinde anal ve oral penetrasyon, 2 (%2,2)’sinde sadece sözlü istismar ve 1 (%1,1)’inde vajinal ve anal penetrasyon şeklinde olduğu saptandı. Literatürde çocuk yaş grubunda maruz kalınan cinsel istismarın türünü araştıran çalışmalar, birbirinden farklı sonuçlar bildirmektedir. Bu durumu, çalışmanın toplum veya klinik temelli oluşu, olguların hangi yaş grubunda yapıldığı, çalışmanın yapıldığı ülke ve bölgenin kültürel farklılıkları ve cinsiyet gibi faktörler etkilemektedir. İsveç ve Avustralya’da yapılan 2 çalışmada da temas içermeyen istismar olaylarının, temas içiren istismar olaylarına göre daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (155, 156). Chen ve ark.’ı yaş ortalaması 17.2 olan öğrenci örneklemini üzerinde 16 yaşından önce istenmeyen bir cinsel aktivitede bulunmayı değerlendirmiş ve temas içermeyen Cİ’nin, temas içeren Cİ’ye göre daha sık

görüldüğünü ifade etmişlerdir (87). Shaw ve ark.'nın yaptığı çalışmada Cİ nedeni ile değerlendirilen 51 olgunun % 70'inde dokunma, % 45'inde genital sürtünme, % 16'sında vajinal penetrasyon, % 38'inde oral/genital temas, % 23'ünde anal sürtünme, % 17'sinde anal penetrasyon ve % 12'sinde obje penetrasyonu saptandığı bildirilmiştir (151). Magalhaes ve ark.'nın 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 saptandığı bildirilmiştir (92). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise penetrasyon içeren cinsel istismar türlerine daha sık rastlanmış olması dikkat çekmektedir. Metin ve ark. yaptığı çalışmada olguların %34.3'ünde sadece vajinal penetrasyon, %15.4'ünde sadece anal penetrasyon, %12.7'sinde sadece dokunma, %4.7'sinde sadece sürtünme, 7'sinde %1.7 sadece gösterimcilik, %1.2'sinde sadece öpme, %1.0'sinde sadece oral penetrasyon, %1.0'ünde sadece pornografik fotoğraflama, %0.2'sinde sadece sözel istismar şeklinde olduğu, %27.6 ise bu istismar şekillerinin birlikte görüldüğü saptanmıştır (111). Oral ve ark.'nın yaptığı çalışmada istismara uğrayan olgulardan % 61.5 vajinal penetrasyon, % 15.3 anal penetrasyon ve % 23.0'ünün dokunma şeklinde istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (157). Literatürde bazı araştırmalarda dokunma gibi temas içermeyen istismar şekillerinin daha sık saptanıp, ülkemizdeki çalışmalarda genital penetrasyonun ön planda olması, sosyokültürel nedenlerden dolayı dokunmanın bildirim olarak oldukça düşük seviyelerde bulunması ile açıklanabilir. Literatürde klinik olmayan örnekleme saptanan penetrasyon oranının, klinik örnekleme saptanan penetrasyon oranından daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Çalışmalarda; tamamlanmış veya teşebbüs edilmiş oral, anal veya vaginal penetrasyon klinik olmayan örneklemin 1/4'ünde, klinik örneklemin ise yarıdan fazlasında bildirilmektedir (106). Bu nedenle temas içermeyen istismar şekillerinin yaygın bulunduğu çalışmaların çoğu toplum temelli çalışmalar olup, klinik örnekleme yapmış olduğumuz çalışmamızın sonuçlarından farklı olması da beklenen bir bulgudur. Örneğin ülkemizde Alikasifoğlu ve ark. tarafından yapılan toplum temelli çalışmada, dokuzuncu-on birinci sınıflarda okuyan kız öğrencilerden oluşan; 1871 olgu (%95.7) Cİ ile ilgili sorulara yanıt vermiş, Cİ'ye uğradığını bildiren 250 (%13.4) öğrencinin %11.3'ü cinsel bölgelerinin ellenmesi şeklinde,

%4.9'u ise cinsel ilişkiye zorlanma şeklinde Cİ bildirmişlerdir (147). Çalışmamızda olgu grubunda çok büyük oranda penetrasyon içeren nitelikli istismar görülmesindeki, en önemli faktörün çalışmamızın klinik bir araştırma olmasıyla beraber, olgu grubunun çoğunlukla adli makamlar tarafından, rapor düzenlenmesi talebi ile polikliniğimize başvuran çocukların oluşturması olduğu kanaatindeyiz.

Cinsiyet ile istismar şekilleri arasındaki ilişki araştırıldığında; kızlarda en sık dokunma (%48,5), ikinci sıklıkta vajinal penetrasyon (%35,3), üçüncü olarak da anal penetrasyon (%5,9) görülmekte iken; erkeklerde en sık anal penetrasyon (%54,5), ikinci sıklıkta dokunma (%31,8) ve üçüncü sıklıkta teşhircilik (%9,1) olduğu gözlenmiştir. Anal, vajinal ve oral penetrasyondan herhangi birinin varlığı penetrasyon varlığı olarak kabul edildiğinde; 94 olgunun 47 (%50,0)'sinde penetrasyon bulunmaktaydı. Kızların %44,4'ü nitelikli cinsel istismara uğrarken, erkeklerin %68,2'si nitelikli istismara maruz kalmıştı. Erkeklerin penetrasyon içeren istismara daha sık uğramış olması istatistiksel olarak da anlamlıydı (**p=0,043**) Daha önce yapılan çalışmalarda; Cİ olgularında cinsiyete göre istismarın türü açısından farklı sonuçlar bildirildiği gözlenmiştir (87, 136). Literatürde erkek çocukların istismarında anal penetrasyonun sık görüldüğünden bahsedilmektedir (93, 158). Chen ve ark. istenmeyen bir cinsel aktivitede bulunmayı değerlendirmiş, temas içeren ve Fontanella ve ark.'larının Cİ mağduru çocukta yaptıkları çalışmada; erkek çocuklarda dokunma ve oral penetrasyon daha fazlayken, kızlarda penetrasyonun daha ön planda olduğu ifade edilmiştir (159). Csorba ve ark. Cİ nedeniyle değerlendirdikleri 209 kız çocuk ve ergende penetrasyon oranını %80 olarak bildirmiştir (153). Edgard ve ark.'nın cinsel istismara uğrayan 77 kız ergen ile yaptığı çalışmada; olguların % 76.6'sında genital penetrasyon mevcut olup bunun %25.4'ini anal penetrasyonun oluşturduğu bildirilmiştir (94). Bernard-Bonin ve ark. 7- 12 yaş aralığında Cİ mağduru 67 kız çocuğunun yaklaşık 2/3'ünde penetrasyon varlığı ya da teşebbüsü olduğunu ifade etmiştir (116). Dube ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise istismar şekli olarak kızlarda %22.5 dokunma, % 8.6 sürtünme, % 5.6 penetrasyon, erkeklerde ise % 13.2 dokunma, % 7.3 sürtünme, % 6.7 penetrasyon şeklinde istismar edildiği belirtilmiştir (160). İsveç'te yapılan bir çalışmada Cİ öyküsü olan erkek öğrencilerde kızlara göre daha sık penetrasyon olduğu bildirilmiştir (94). Priebe ve ark. çalışmalarında; kızlarda ve erkeklerde penetrasyon

varlığı arasında (Kız: %11.7; Erkek: %10.9) belirgin fark saptanmadığını belirtmiştir (154). Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde adli makamlarca yönlendirilmiş olan olgularla yapılan bir çalışmada anal sürtünme, anal ve oral penetrasyonun erkek çocuklarda, dokunma-okşama, öpme ve vaginal penetrasyonun kız çocuklarında yüksek oranda saptandığı belirtilmektedir (58). Çalışmamızda kız ve erkek olgularda nitelikli cinsel istismar oranları genel olarak literatürle uyumlu olmakla beraber, penetrasyona uğrayan mağdurların yüksek oranında saptanmış olmasında, daha çok yasal sürecin parçası olarak çocuk psikiyatrisine yönlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir diye düşünmekteyiz.

Çalışmamızda 13 yaş altı yaş grubundaki olguların çoğunda (n:25 %64,1) penetran olmayan bir istismar şekline maruz kalındığı saptanırken; 13 yaş ve üzerindeki olguların çoğunda (n:33 %60,0) penetran olan istismar şekillerinin belirgin olduğu saptandı. Yaş grubu ile penetrasyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (**p=0.018**) Literatürde penetran cinsel istismara maruz kalan olguların, penetran olmayan cinsel istismara maruz kalanlara göre daha büyük yaş grubunda oldukları ifade edilmektedir (6). Yaşça büyük çocukların sıklıkla penetrasyon içeren istismar türlerine ve birden fazla istismar şekline aynı anda maruz kaldığı, kız çocuklarında yaşın artmasıyla birlikte vaginal penetrasyon şeklindeki istismar oranının arttığı saptanmıştır (91, 111). Çalışmamızda daha büyük yaş gruplarında penetrasyonun daha fazla oranda saptanmamız literatürle örtüşmektedir.

Mağdurların mental durumu ile istismarın niteliği arasındaki ilişki araştırıldığında, normal mental kapasitedeki olguların %39,7'unun penetrasyon içeren bir travmaya maruz kaldığını, sınır mental kapasitedeki ve mental retardasyonu olan olguların %52,6'unun nitelikli istismara uğradığı saptandı. Mental kapasite ve istismarın niteliği arasındaki ilişki istatistiksel açıdan da anlamlıydı (**p=0,004**). Literatürde cinsel istismara uğramak için risk faktörü olarak kabul edilen mental retardasyon, aynı zamanda bu travmanın sonuçlarını da değiştiren önemli bir etkidir. Düşük zekâ düzeyine sahip çocukların, problem çözme, etkin başa çıkma mekanizmalarının kullanımı, kendilerini koruma ve/veya kendilerini düzenleme becerilerinin yaşlılarına göre daha geri olması nedeniyle bu çocuklarda daha fazla cinsel istismara uğramayla ve daha olumsuz sonuçlarla karşılaştığı belirtilmektedir

(100, 161). Düşük zekâ düzeyine sahip olan olgularımızda daha fazla nitelikli istismar görülmüş olması, bu konuda daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

Çalışmamızda olgular, DSM-V tanı ve sınıflandırma sistemine göre değerlendirildiklerinde 94 olgunun 79 (%84,0)'unda en az bir psikopatoloji saptanırken, 15 (%16,0)'inde herhangi bir psikopatolojiye rastlanmadı. Olguların 12(%14,5)'sinde Post Travmatik Stres Bozukluğu, 10(%12,0)'unda Major Depresif Bozukluk, 13(%15,7)'ünde PTSD ve MDB beraber görülmekteydi. 15 olguda (%18,1) anksiyete bozukluğu, 4(%4,8) olguda da anksiyete ve MDB tanıları beraber görülmekteydi. Disosiyatif bozukluk 1 olguda (%1,2) PTSD'ye eşlik ederken, 5 olguda tek başına görülmekte idi.

Tüm tanılar (komorbid tanılar ile) beraber değerlendirildiğinde ise en sık MDB (%32,5), sonra sırayla PTSD (%31,3), ve Anksiyete bozukluğu(%22,9) tanılarının görüldüğü tespit edildi. Olguların 8(%9,6)'inde davranım bozukluğu, 1(%1,2)'inde madde kullanım bozukluğu olduğu saptandı. Uyku bozukluğu 5 (%6,0) olguda, somatizasyon bozukluğu 5(%6,0) olguda ve psikotik bozukluk 3 (%3,6) olguda saptandı.

Cinsel istismarın sonuçları ile ilgili literatürü değerlendirecek olursak bu travmatik yaşantının tek ve evrensel bir etkisinin olmadığını, hatta cinsel istismara uğrayan her çocuğun istismara posttravmatik bir yanıt vereceğinin garanti edilemeyeceğini de ifade edebiliriz. Literatürde; çocukluk döneminde cinsel istismar mağdurlarının %21-36'sının kısa dönemde belirtilerinin olmadığı, %64-79'unun ise değişken bir belirti yelpazesi gösterdiği bildirilmektedir (7). Literatürde cinsel istismara uğrayan çocukların yaklaşık %40'ının çok az belirtisinin olduğunu ya da hiç belirtisinin olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (36, 119). Belirti görülmeişinin nedenleriyle ilgili olarak; minör bir istismara uğramış olabilecekleri, daha dayanıklı çocuklar olabilecekleri ya da sıkıntılarını maskeleyen bir başa çıkma biçimine sahip olabilecekleri bu konuda yapılan açıklamalardandır (36). Ancak bu belirtisiz grup içindeki çocukların %10-20'sinin de 12-18 ay içinde kötüleşebileceği veya belirti göstermeye başlayabilecekleri belirtilmektedir (36, 119, 162).

Literatürde Cİ'ye ikincil olarak ortaya çıkabilen ruh sağlığı sorunları hem kısa dönem hem de uzun dönem etkileri ele alınarak incelenmiştir. Literatürün

gözden geçirilmesi Cİ'nin kısa dönemde dürtüsel davranışlar (agresiflik, düşmanca davranışlar), emosyonel distres (anksiyete, korku ve somatik şikâyetler), düşük özgüven, disosiyatif semptomlar ve konversiyon bozukluğunu içeren ruhsal ve davranışsal sonuçları olduğunu açığa çıkarmaktadır (36). Kaygı bozuklukları cinsel istismara uğrayan çocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, kâbuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansması olarak gözlenmektedir (163). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis cinsel istismar kurbanlarında daha sık ortaya çıkmaktadır (164). Disosiasyon, ruhsal travmaya karşı ilkel bir savunma olarak kabul edilmektedir. İstismarın erken döneminde, amnezi, aşırı fantezi kurma, trans benzeri durumlar ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir. Bu çocuklarda konversiyon tepkilerine de yüksek oranda rastlanılmaktadır. Cinsel istismar yaşamış çocuklarda yüksek oranda depresyon gözlenmekte ve kurbanın benlik saygısı ciddi hasara uğramaktadır (107). Bu çocuklarda intihar düşünceleri ve girişimleri sık görülmektedir (165). Öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü, karşı olma, karşı gelme bozukluğu cinsel istismara uğramış çocuklarda gözlenebilmektedir (166).

Cinsel istismarın uzun dönem sonuçları ise; PTSD, depresyon, seksüel disfonksiyon, sınırda kişilik bozukluğu, somatizasyon, yeme bozuklukları, kendine zarar verici veya suicidal davranışlar, yeniden mağdur olma, suç davranışı, madde kullanımı ve cinsel amaçlı kötüye kullanım olarak göze çarpmaktadır (36, 167-170).

Literatürde cinsel istismara uğrayan çocuklarda görülen bozukluklar içinde çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı ile ilişkisi en tutarlı olarak gösterilen belirtilerin PTSD belirtileri olduğuna vurgu yapılmaktadır (77, 171). PTSD, cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda %44–71 oranlarında görüldüğü bildirilen ve en sık adı geçen ruhsal bozukluktur (116). Bazı çocuklar PTSD'nin tüm tanısal ölçütlerini karşılama da olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri belirtileri gösterebilmektedir (52, 152).

Cinsel istismar sonrası gelişen depresyonun incelendiği çalışmalarda istismara uğrayan kız ergenlerin uğramayanlara göre dört kat daha fazla depresyon tanısı aldığı saptanmıştır (172). ABD'de Cİ'ye uğramış 269 ergen üzerinde yapılan

bir çalışmada; yaşam boyu MDB olguların 1/3'ünde, yaşam boyu PTSD olguların 1/4'ünde bildirilmiş, geçmiş 6 aylık dönemde MDB oranının yaklaşık %27, PTSD oranının ise %20'nin altında olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmacılar; PTSD öyküsü olanlar ergenlerde olmayanlara göre hem yaşam boyu hem de son 6 ay içindeki MDB'un daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Hem yaşam boyu MDB hem de yaşam boyu PTSD'yi ergenlerin yaklaşık %80'i bildirmiştir (150). Başka bir çalışmada cinsel istismara uğramış çocuklarda en sık (%63.8'in de) PTSD, ikinci sıklıkta (%33'ün de) majör depresif bozukluk saptanmıştır (49). Çukurova bölgesinde 101 Cİ olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada ise; olguların %54.5'inde PTSD, %16.8'inde aut stres bozukluğu, %7.9'unda MDB, %2.0'ında DB, %2.0'ında enürezis nokturna saptanmıştır (25). Hem bizim çalışmamızda hem de bu konuda yayımlanmış çalışmalarda tanıların büyük kısmının PTSD ve depresyon olduğu belirlenmiştir (150, 171). Çalışmamızda istismar olayı sonrasında saptanan psikiyatrik bozukluklar ile ilgili bulgular literatür ile benzer olarak saptanmıştır. Çalışmamızda PTSD ve depresyon oranları literatürden bir miktar düşük bulunmakla beraber, olgularda en sık saptanan tanıların olması literatürle oldukça uyumludur. Olguların klinik izleminin yetersiz olmasının bu oranların literatürden daha düşük saptanmasında rol oynadığını düşünmekteyiz. Aynı zamanda bozukluk tanısını karşılamaşalar bile ilişkili semptomları olan olguların takibinin önemi bu bağlamda ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda tüm tanıların (komorbid tanıların ile) beraber değerlendirildiğinde MDB, PTSD ve Anksiyete bozukluğu tanıların kızlarda erkeklere göre, davranım bozukluğunun ise erkeklerde kızlara kıyasla belirgin daha yüksek olduğu gözlemlendi. MDB tanısı alan 27 olgunun 20 (%74,0)'sinin kız, 7 (%26,0)'sinin erkek olduğu; PTSD görülen 26 olgunun 20 (%77,0)'sinin kız, 6 (%23,0)'sinin erkek olduğu, anksiyete bozukluğu tanısı alan 19 olgunun 15 (%79,0)'inin kız, 4 (%21,0)'ünün erkek olduğu; disosiyatif bozukluk görülen 6 olgunun 5 (%83,3)'inin kız, 1 (%16,6)'inin erkek olduğu saptandı. Ancak bu bozuklukların kızlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmesi istatistiksel olarak anlamlı değildi (p değerleri sırasıyla 0,423 0,593 0,550 0,582). Davranım bozukluğu görülen 8 olgunun 5(%62,5)'inin erkek 3(%37,5)'ünün kız olduğu saptandı ancak aradaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (p= 0,193). Literatürde bazı kanıtlar cinsel istismarın kız ve

erkek olguları farklı şekillerde etkileyebileceğini ve istismar ile ilişkili olarak bazı bulguların sıklığının kız ve erkekler arasında farklılık gösterebileceğini ifade etmektedir (119, 158, 159, 173-175). Örneğin; literatürde Cİ'ye uğramış ergen kızların, erkeklere göre daha fazla somatik şikâyetler ve duygudurum bozuklukları sergiledikleri, erkek ergenlerin ise kızlara göre daha fazla davranışsal problemler gösterdikleri ifade eden yayınlar mevcuttur (175). Cİ'ye uğramış erkeklerde anksiyete bozuklukları ve davranım bozukluğunu, kızlarda major affektif bozukluğun kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunan çalışmalar mevcuttur (176). Ülkemizde yapılan bir çalışmada MDB tanısının cinsel istismara uğrayan kız olgularda, erkek olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir (91). Başka bir çalışmada ise erkek ergenlerin kız ergenlere göre daha fazla duygusal, davranışsal ve suisidal problemler sergilemeye eğilimli oldukları ifade edilmiştir (177). Bununla beraber; bazı araştırmacılar cinsel istismarın etkilerinde cinsiyet farklılıkları saptamamıştır. 2010'da ABD'de 573 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir çalışmada olgular semptomlar açısından daha geniş kategorilerde değerlendirilmiş ve araştırmacılar tarafından dışa vuran davranışlar, içe dönük davranışlar ve travma semptomlarının şiddetinde cinsiyetler arası farklılığın olmadığı bildirilmiştir (178). Bazı çalışmalar ise; her ne kadar erkek ve kızların cinsel istismara farklı yanıtlar verdiğini ifade etse de bu çalışmaların çoğu gece korkuları, somatik şikâyetler gibi bazı spesifik semptomlarda cinsiyetler arası farklılık saptamıştır (175). Özetle araştırmacılar cinsel istismar ve spesifik psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkide cinsiyet farklılıkları olabilse de daha genel anlamda farklılığın çok olduğunun söylenemeyeceğini belirtmişlerdir (179). Çalışmamızda kız olgularda daha fazla MDB tanısının saptanması, bozuklukların sıklığının cinsiyetlere göre farklılık göstermesi, ancak bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olmaması da literatürle uyumlu bulgulardır.

Çalışmamızda olay sonrası psikiyatrik tanı almanın yaş ile ilişkisi araştırıldığında; MDB, PTSB, Anksiyete bozukluğu ve Davranım bozukluğu tanılarının küçük yaş grubuna kıyasla, 13 yaş ve üstündeki olgularda belirgin daha yüksek olduğu gözlemlendi. MDB tanısı alan 27 olgunun 22(%81,5)'sinin; PTSB görülen 26 olgunun 18(%69,3)'inin, anksiyete bozukluğu tanısı alan 19 olgunun 11(%57,9)'inin; davranım bozukluğu görülen 7 olgunun 6(%85,7)'sının büyük yaş

grubunda olduğu saptandı. MDB'nin büyük yaş grubunda, 13 yaş altı gruba göre daha sık görülmesi istatistiksel olarak da anlamlıydı, ancak diğer tanılar ile yaş grubu arasındaki ilişki anlamlı değildi. Cİ kurbanı olan ergenlerde, çocuklardan daha fazla PTSD ve MDB görülebildiği ifade edilmektedir. Bu durumun ilgili semptomatolojiyi daha çok sergileyen çocukların; istismar başladığında daha büyük yaşta olduklarını, istismarın sıklığı ve süresinin daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşın büyük olmasının kurbanın bu olayın kabul edilemez ve zarar verici olduğu konusundaki farkındalığının artmış olmasını yansıtabileceğini ve kaçınan davranışla ilgili semptomatolojide artışla ilişkili olabileceğini ifade etmişlerdir (77, 158).

Olay sonrasında psikiyatrik bozukluk geliştirmenin, cinsel istismarın niteliği ile olan ilişkisine bakıldığında; nitelikli istismara (vajinal, anal ya da oral penetrasyondan en az birine) maruz kalan 47 olgunun 43(%91,5)'ünde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, nitelikli olmayan istismar mağduru 47 olgunun ise 36(%76,6)'sının en az bir tanı aldığı saptandı. Nitelikli istismara maruz kalmak ile psikiyatrik tanı almak arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,044$). Tüm tanılar (komorbid tanılar da eklenerek) beraber değerlendirildiğinde MDB, PTSD, Disosiyatif bozukluk ve Davranım bozukluğu tanılarının nitelikli istismara uğrayan olgularda nitelikli olmayan istismara maruz kalanlara göre belirgin daha yüksek olduğu, Anksiyete bozukluklarının ise basit istismara uğrayan olgularda daha sık olduğu gözlemlendi. MDB tanısı alan 27 olgunun 18(%66,7)'inin; PTSD görülen 26 olgunun 22(%84,6)'sinin, disosiyatif bozukluk görülen 6 olgunun 5(%83,3)'inin, davranım bozukluğu tanısı alan 7 olgunun 4(%62,5)'ünün nitelikli istismara uğrayan çocuklardan oluştuğu saptandı. MDB ve PTSD tanılarının nitelikli istismara uğrama ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,067$ ve $p=0,000$). Anksiyete bozukluğu ise basit istismar mağduru çocuklarda anlamlı oranda yüksekti ($p=0,004$). Ancak diğer tanılar ile istismarın türü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatürde; şiddetli Cİ olguları ile komorbid depresyon ve anksiyete tanılarının önemli derecede ilişkili olduğu ifade edilmektedir (150). Literatürde; cinsel istismarda negatif etkilenmenin temas içeren cinsel istismar için yüksek olduğu, genital penetrasyonda negatif etkilenmenin en belirgin olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan olguların, erişkin dönemdeki işlevselliğini yordayan en önemli göstergelerden birinin

istismar eyleminin içerdiği fiziksel temasın düzeyi olduğu ve fiziksel temasın yoğunluğunun artması, özellikle de penetrasyonun varlığının erişkin dönemde psikiyatrik problemler, cinsel sorunlar, riskli cinsel davranışlar, ilişkilerde istikrarsızlık ve şiddet gibi pek çok olumsuz sonuçla ilişkili bulunduğu ifade edilmektedir (36, 68, 180). Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde penetrasyonun görüldüğü ciddi Cİ olgularında, penetrasyon olmayan gruba göre MDB ve PTSD tanısı anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır. Anksiyete bozukluğunun ise nitelikli olmayan istismar türlerinde daha yüksek saptanmış olmasında; nitelikli istismar olgularında MDB ve PTSD tanılarının yüksek oranda gözlenmiş olması nedeniyle, anksiyete bozukluğu semptomlarının gözden kaçmış olabileceğinden kaynaklanabileceği kanaati oluşmuştur.

Çalışmamızda olguların psikiyatrik tanı alıp almamaları dikkate alınmaksızın, uygulanan Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Travma Stres Tepki Ölçeği skorları değerlendirilmiştir. Olguların ortalama depresyon ölçeği puanları $27,24 \pm 10,42$ olarak, olguların ortalama Travma Stres Tepki Ölçeği skorları $30,19 \pm 14,52$ olarak saptanmıştır. Ölçek skorlarının cinsiyet, yaş, anne babanın birliktelik durumu, istismarın niteliği, istismarcının yakınlığı, olay yeri, olay sonrası göç etme ve eğitimi bırakma durumları ile ilişkisi incelendiğinde ölçek skorları ile yalnızca istismarın niteliği arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Nitelikli cinsel istismara maruz kalan olguların ortalama depresyon puanları $32,25 \pm 10,81$ travma stres tepki ölçeği skorları $36,94 \pm 15,48$ iken; nitelikli olmayan cinsel istismar mağdurlarının ise ortalama depresyon puanları $21,93 \pm 10,03$ travma stres tepki ölçeği skorları $22,81 \pm 13,64$ olarak saptanmıştır. ($p=0,001$ ve $p=0,001$) Çalışmamızda elde edilen ortalama puanlar olgularımızda artmış depresyon ve travma ilişkili stres düzeyi olduğuna işaret etmektedir. Olgularımızın ortalama depresyon puanı, ölçeğin kesim puanı olan 19'a göre yüksek iken; travma stresi ortalamaları da olguların orta derecede travma stresi yaşadıklarını göstermektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda Cİ'ye uğrayan ve uğramayan gruplar arasında Cİ'ye uğrayan grubun diğer gruba göre depresyon, kaygı ve travma stresi ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir (36). Çalışmamızda ölçek skorları ile ilişkisi incelenen pek çok faktör içinden, olayın niteliğinin istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösteriyor olması dikkat çekmektedir. Bu bulgu, olguların olay

sonrasında psikiyatrik bozukluk tanısı almak ile yine olayın niteliğinin ilişkili olmasına paralel bir bulgudur. İstismarın niteliği birçok çalışmada çocukluk ve erişkinlikte psikiyatrik bozukluk açısından önemli bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (68, 180). Çalışmamızda ölçek puanlarının ölçeklerin kesme puanlarına göre yüksek saptanması ve bu durumun istismarın niteliği ile ilişkili olması yazınla örtüşmektedir. Bununla beraber ölçek puanları ile ilişkili olabileceğini ön gördüğümüz diğer faktörler ile benzer bir ilişkinin gösterilememiş olmasında olgu sayısının kısıtlayıcı bir etken olmuş olabileceği kanaatindeyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda son 1 yıl içinde çocukluk çağı cinsel istismarı nedeniyle polikliniğimize başvuran olguların, sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız cinsel istismarın tıbbi sonuçları üzerinden, birincil ve ikincil risk faktörlerini araştıran nadir çalışmalardandır.

➤ Çalışmamızda kız olgu sayısının erkeklere oranla önemli derecede fazla olduğu, kızların erken ve orta ergenlik yaşlarında, erkek olguların ise daha küçük yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bu durum cinsel istismar konusunda yapılabilecek çocuk-geç eğitimlerinin bu yaş döneminden önce planlanması gerektiği fikrini uyandırmıştır.

➤ Çalışmamızda olguların kardeş sayısı oldukça yüksek saptanmıştır. Kardeş sayısının artması durumunda aile içinde istismara uğramış ikincil bireylerin de olabileceği akılda tutulmalıdır. İstismar mağduru bir çocuğun travmatik ortamından uzaklaştırılması çocuk için yeni travmalar açısından ve psikiyatrik yönden ikincil koruma faktörü iken; kardeşlerin gözönüne alınması ile henüz travmaya uğramamış çocuklar için birincil bir korumayı sağlamak demek olabileceği unutulmamalıdır.

➤ Çalışmamızın bulguları, ailenin son çocuğu olmanın istismar riskini artırıcı bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bu duruma; ebeveyn ve çocuk arasındaki artmış yaş farkının, kuşaklar arası uyumsuzluğa, aile ortamındaki çatışmaların artmasına ve böylece daha olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkisi kurulmasına yol açarak neden açmış olabilir. Ancak çalışmamızda ebeveyn-çocuk ilişkisini değerlendiren herhangi bir ölçek kullanılmadığından, bu durumun farklı çalışmalarda araştırılmasının uygun olabileceği kanaatindeyiz.

➤ Çalışmamızın örneklemini oluşturan olguların önemli bir kısmını normalin altında mental kapasitede olan çocuklar oluşturmaktadır. Bu durum; cinsel istismar açısından en savunmasız olunan çocukluk yaş döneminde olmanın yanında, zihinsel engelliliğin de eşlik ettiği olgularda riskin arttığını göstermektedir ve zihinsel engelli bireylerin, bakım ve denetimini sağlayan

yakınlarının ve eğitimcilerinin bu konularda uyanık olmalarını sağlamak adına, bilgilendirilmelerinin önemi ortaya koymaktadır.

➤ Olgularımızın önemli bir kısmını, olay öncesinde psikiyatrik bozukluk tanısı olan olgular oluşturmakta ve bu olguların takip ve tedavi arayışında olmadıkları görülmektedir. Bu durum, psikiyatrik erken tanının önemine vurgu yapılmasının, çocuğun etrafındaki (ebeveyn, öğretmen, birinci basamak sağlık ekiplerinin vs.) yetişkinlerin bu açıdan eğitimler ile bilgilendirilmesinin faydalı olacağını düşündürmektedir.

➤ Çalışmamızda istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin önemli bir kısmının okula devam etmeyen çocuklardan oluşması ve bu oranın istismar sonrasında anlamlı oranda yükseliyor olması, okula devam etmeyen çocuk ve ergenler için uygun bir eğitimin planlanmasının istismara karşı koruyucu bir önlem olacağı düşüncesini ve istismara uğramış olan çocukların eğitim hayatındaki olası aksaklıklara karşı uyanık olunması ve gerekli önlemlerin alınması gerektiği fikrini doğurmuştur.

➤ Çalışmamızın sonuçlarına göre; cinsel istismar sonrasında eğitime devam etmeme durumu, özellikle babının eğitim durumundan etkilenmektedir. Bu konuda klinisyenelerin aileler ile çalışırken dikkatli olmasının; istismara uğrayan çocuğun kayıplarının artmasının önlenmesinde faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

➤ Çalışma örnekleminin çok büyük bir kısmının ebeveyn eğitim durumlarının ilkökul mezunu olmak ve altında olması, eğitimin önemine bir kez daha işaret etmektedir.

➤ Olguların aile durumu araştırıldığında; ebeveynlerin önemli bir kısmının ayrılmış ya da boşanmış olduğu dikkat çekmektedir. Bu açıdan parçalanmış ailelerden gelen çocuklara; okul ortamında rehberlik servislerince, birinci basamak sağlık ekiplerince veya psikiyatrik birimler tarafından koruyucu ruh sağlığı hizmeti verilebileceği kanaati oluşmuştur.

➤ Çalışmamızın istismarın önlenmesine yönelik en önemli sonuçlarından birisinin de olay yeri ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda cinsel istismar olayının en sık gerçekleştiği yerler sırasıyla; ev ortamı, boş araziler/metruk binalar ve mağdurun daha önceden bildiği bir yerin kuytu bir kısmı diye tanımlanabilecek yerlerde gerçekleştiği saptanmıştır. Daha önceki çalışmalarda istismarın önlenmesi ile ilgili olarak olay yerleri ile ilgili önerilere rastlanmamıştır. Çalışmamızda denetimden uzak kalan bu mekânların bu derece öne çıkmış olması, bu mekânların mümkün olduğunca ortadan kaldırılması ve denetlenmesinin cinsel istismarın önlenmesine önemli katkı sağlayabileceği fikrini uyandırmıştır.

➤ Boş araziler, metruk binalar ve bilinen bir mekânın denetimsiz bir yeri diye nitelendirilen yerlerin; emniyet birimleri, bina sahipleri, belediyeler ya da binanın sorumlusu gibi kişiler tarafından güvenli hale getirilmesi ile istismar olaylarının önemli ölçüde engellenebileceğini düşündürmektedir.

➤ Özellikle küçük yaş grubundan erkek olguların belirtilen denetimsiz yerlerde istismara uğruyor olması; ebeveynlerin serbest tutumlarının özellikle bu çocukların risk altında kalmasını kolaylaştırıyor olabileceğini akla getirmektedir. Ancak bu yorumun yapılabilmesi için daha fazla çalışma yapılması uygun olacaktır.

➤ Çalışmamızda olgularımızın büyük çoğunluğunun düşük sosyoekonomik düzeyden geliyor olması, ebeveyn ve çocuk eğitimlerine özellikle bu grupta daha fazla ihtiyaç olabileceğini düşündürmüştür.

➤ Kırsal bölgeden gelen olguların daha az sayıda olması ve kırsal bölgeden gelen olgularda daha çok nitelikli istismara rastlanmış olmasında küçük yerleşim yerlerinede istismarın daha az ifade ediliyor olmasının rolü olabileceğini düşünmekteyiz.

➤ Çalışmamızda adli makamlar tarafından polikliniğimize yönlendirilen olguların çoğunlukta olmasının, ülkemizdeki yasal düzenlemelere bağlı olarak adli makamlara yansıyan olguların bilirkişilik için çocuk psikiyatrisine yönlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak diğer taraftan polikliniğe doğrudan başvurma oranının az olması, bildirilen vakalarının gerçekteki cinsel istismar olgularının sadece az bir kısmı olduğunu düşündürmektedir.

➤ Olguların çok büyük bir kısmı daha önceden tanıdığı bir kişi tarafından istismara maruz kalmıştır. Bu durumun cinsel istismar eğitimlerinde üzerinde durulması gereken bir durum olduğu kanaatindeyiz.

➤ Çalışmamızda cinsel istismar mağduru çocukların olay sonrasında çok büyük oranda tanı aldıkları gösterilmiştir. Bu açıdan klinisyenin sorumluluğu, bilirkişilik ve adli rapor nedeniyle başvuran olgular da dâhil hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve takibini ikkatile yapmak olacaktır. Bunun yanında olguların bir kısmının herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmasında hangi faktörlerin ya da baş etme mekanizmalarının araştırılması ile ilgili çalışmalar yapılabileceğini düşünmekteyiz.

➤ Olay sonrası psikiyatrik tanı almada ve depresyon/travma stres ölçek skorlarının yüksek olmasında istismarın nitelikli olmasının etkisi olduğu saptanmıştır. İstismarın niteliği ile kız cinsiyet, daha büyük yaş grubunda olmak, normalin altında mental kapasitede olmak, kırsal bölgeden geliyor olmak, istismarcının aile içinden olması, tekrarlayan istismara maruz kalmak ve birden fazla kişi tarafından istismara uğramak durumlarının istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olması; klinisyeni bu durumlarda hastayı daha dikkatli ya da daha sık ve uzun süre takip etme konusunda uyarıcı olabilir.

➤ Çalışmamızın istismar ile ilgili primer ve sekonder risk faktörlerinin tespit edilmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı, bu konuda yapılacak daha ileri

alışmalara ve çocukluk ağı cinsel istismarının önlenmesi konusunda yol gösterici olabileceği kanaatindeyiz.



7. KAYNAKLAR

1. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi. 2004;35:82-6.
2. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002.
3. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12):51-65.
4. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 1, Tanımlar (1. Basım). Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2007.
5. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997;36(10):37S-56S.
6. Aysev A, YI T. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print. 2007:397-420.
7. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Şimşek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. Adli Bilimler Dergisi. 2004;3(1):47-52.
9. Glaser D. Child sexual abuse. In: Rutter M, Taylor T, editors. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed2002. p. 340-58.
10. Özen N, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 1997;2:473-91.
11. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. Psychological bulletin. 1986;99(1):66.
12. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1998:823-33.
13. Organization WH. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. 2003.
14. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Archives of general psychiatry. 2002;59(2):139-45.
15. Akay A, Ercan E. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları: 9; 2016.
16. Association AP. DSM 5: American Psychiatric Association; 2013.
17. Organization WH. International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10: World Health Organization; 2004.
18. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. Child abuse & neglect. 1996;20(1):7-21.
19. Polat O. Adli tıp: Der; 2001.

20. Polat O. Klinik adli tıp: adli tıp uygulamaları 2013.
21. Bilginer Ç, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Magdur ve Sanik Açısından Çok Yönlü Bakış/Sexual abuse in childhood: a multi-dimensional look from the view point of victims and perpetrators. *Düşünen Adam*. 2013;26(1):55.
22. İşeri E. Cinsel istismar. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*. 2008:470-7.
23. Unicef. Çocuk haklarına dair sözleşme. Unicef, Türkiye 2004.
24. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2012;15(1).
25. Bahali K, Akçan R, Tahiroğlu AY, Avcı A. Child sexual abuse: seven years in practice. *Journal of forensic sciences*. 2010;55(3):633-6.
26. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(1):16-27.
27. Mannarino AP, Cohen JA, Berman SR. The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1994;23(2):204-11.
28. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of sexual behavior*. 2005;34(2):185-95.
29. Zoroğlu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savacs HA, Oztürk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003;57(1):119-26.
30. Aksel Ş, Yılmaz İrmak T, editors. Review of child abuse and neglect literature in Turkey. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect; 2005.
31. Yılmaz İrmak T. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler: Ege Üniversitesi; 2008.
32. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayları Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu, "Türkiye'de Ortaöğrenime Devam Eden Öğrencilerde ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklarda Şiddet ve Bunun Etkileyen Etkenlerin Saptanması Araştırma Raporu". 2007.
33. Aktepe E, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Cinsel İstismar Mağduru Olan Çocukların Başvuru Şekilleri, Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. Referral types of sexually abused children and their clinic and sociodemographic features. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;17(4).
34. Avcı A, AY T. Cinsel istismar. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (Eds A Aysev, YI Taner). 2007:721-36.

35. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*. 2001;135(1):17-36.
36. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269-78.
37. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*. 2005;116(3):609-13.
38. Zielinski DS, Bradshaw CP. Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child maltreatment*. 2006;11(1):49-62.
39. Dulcan MK, Wiener JM. *Textbook of child and adolescent psychiatry*: American Psychiatric Pub.; 2004.
40. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2000;12(5):349-55.
41. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Senses A, Karakurt MN, Taşdemir GN, et al. Adli makamlarca çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların, istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. *Adli Bilimler Dergisi*. 2009;8(1):24-32.
42. Cohen LJ, Mcgeoch PG, Gans SW, Nikiforov K, Cullen K, Galyunker II. Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs. 24 male healthy control subjects. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190(11):757-66.
43. Tardif M, Auclair N, Jacob M, Carpentier J. Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females: An ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(2):153-67.
44. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium* 2005;43:118-25.
45. Alaggia R. Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child abuse & neglect*. 2004;28(11):1213-27.
46. Ekşi A. *Ben Hasta Değilim*. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul. 1999.
47. Polusny MA, Follette VM. Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and preventive psychology*. 1995;4(3):143-66.
48. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*. 1993;113(1):164.
49. Carey PD, Walker JL, Rossouw W, Seedat S, Stein DJ. Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;17(2):93-8.
50. Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of Women's Mental Health*. 2004;7(2):111-21.

51. D G. Child sexual abuse. In: Rutter M, Taylor T (eds). *Child and Adolescent Psychiatry* 4th ed
Massachusetts: Blackwell Publishing Company; 2002. p. 340–58.
52. M. L. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. In: MA B, editor. 2nd ed ed: Williams&Wilkins; 2002. p. 1208–23.
53. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child abuse & neglect*. 2005;29(1):45-58.
54. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2):69-78.
55. Kaplan S. Child and adolescent sexual abuse. In: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive textbook*. 3rd. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p. 1217-23.
56. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1999;23(2):115-28.
57. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;184:416-21.
58. Akbaş S TA, Karabekiroğlu K, Senses A, Karakurt MN, Taşdemir GN ve ark. Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi* 2009;8:24-32.
59. Friedrich W. Individual psychotherapy for child abuse victims. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 1994;3:797-812.
60. Baccini F, Pallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Corazziari E. Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. *Digestive and liver disease*. 2003;35(4):256-61.
61. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li Z, Gluck H, Toomey TC, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of internal medicine*. 1990;113(11):828-33.
62. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of orthopsychiatry*. 1985;55(4):530.
63. Arthur H. Physical abuse of children In *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*, (Ed. JM Wiener): 687-98. Washington, American Psychiatric Press; 1997.
65. Celano M, Hazzard A, Campbell SK, Lang CB. Attribution retraining with sexually abused children: Review of techniques. *Child Maltreatment*. 2002;7(1):64-75.
66. Cohen JA, Mannarino AP, Rogal S. Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder☆. *Child Abuse & Neglect*. 2001;25(1):123-35.

67. TAHİROĞLU AY, Ayşe A. Çocukta Cinsel İstismar. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences. 2006;2(1):76-9.
68. İşeri E. Cinsel istismar. In: Çetin FÇ PB, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.baskı. Hekimler Yayın Birliği. 2008:470-7.
69. Eastgate G. Sex, consent and intellectual disability. Australian family physician. 2005;34(3):163.
70. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006;15(9):153-7.
71. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(2).
72. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2(2):132-6.
73. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry. 1981.
74. Erden G, Kılıç E, Uslu R, Kerimoğlu E. Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 1999;6(3):143-9.
75. Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjikian R, Manoukian G, et al. Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. The British Journal of Psychiatry. 1993;163(2):239-47.
76. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child abuse & neglect. 2002;26(6):715-29.
77. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. Child Abuse & Neglect. 2000;24(7):951-64.
78. Sahin F, Çepik-Kuruoglu A, Demirel B, Akar T, Duyan-Çamurdan A, Iseri E, et al. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. The Turkish journal of pediatrics. 2009;51(4):336.
79. Çengel-Kültür E, Çuhadaroglu-Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. The Turkish journal of pediatrics. 2007;49(3):256.
80. Şahin F, İşeri E, Paslı F, Demiral B, Çepik A, Akar T, et al. Adolesan ve cinsel istismar. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongre Özet Kitabı. 2006:266-7.
81. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child abuse & neglect. 2009;33(6):331-42.
82. Briggs F, Hawkins RM. Protecting boys from the risk of sexual abuse. Early Child Development and Care. 1995;110(1):19-32.
83. Cermak P MC. Male victims of child sexual abuse. Child Adolesc Soc Work J 1996;13:385-400.
84. Valente SM. Sexual abuse of boys. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2005;18(1):10-6.

85. Dimock PT. Adult males sexually abused as children: Characteristics and implications for treatment. *Journal of Interpersonal Violence*. 1988;3(2):203-21.
86. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 1992;16(1):101-18.
87. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child abuse & neglect*. 2004;28(11):1171-86.
88. Bassani DG, Palazzo LS, Béria JU, Gigante LP, Figueiredo AC, Aerts DR, et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health*. 2009;9(1):133.
89. Bahali K AR, Tahiroğlu AY, Avcı A. . Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci*. 2010;55:633-6.
90. Singer MI, Petchers MK, Hussey D. The relationship between sexual abuse and substance abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 1989;13(3):319-25.
91. Akbaş S TA, Karabekiroğlu K, ve ark. . Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi*. 2009;8:24–32.
92. Magalhães T TF, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. . Sexual abuse of children: a comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med*. 2009;16:455-9.
93. Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Gender differences In extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *The Journal of School Nursing*. 2006;22(5):278-84.
94. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta paediatrica*. 2000;89(3):310-9.
95. Jewkes R, Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. Rape of girls in South Africa. *The Lancet*. 2002;359(9303):319-20.
96. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich P, Nickel C, Lahmann C, et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: cross-sectional survey. *Croatian medical journal*. 2004;45(4):483-9.
97. Sedlak AJ. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 1997;1(1):149-86.
98. GT. B. Press Of University of Pretoria etd. . 20039
99. Saunders BE BL, Hanson RF. *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Final Report)* Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center. . January 15, 2003.
100. Harford K-L. *Psychological consequences of child sexual abuse and the risk and protective factors influencing these consequences*: University of South Florida; 2007.

101. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*. 1990;14(3):301-12.
102. Tang CS-k, Lee YK-s. Knowledge on sexual abuse and self-protection skills: A study on female Chinese adolescents with mild mental retardation. *Child Abuse & Neglect*. 1999;23(3):269-79.
103. S. P. Sexuality in the mentally retarded patient. *Am Fam Physician*. 1988; 37:319-23.
104. Chamberlain A, Rauh J, Passer A, McGrath M, Burket R. Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics*. 1984;73(4):445-50.
105. Saltzman KM, Weems CF, Carrion VG. IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child Psychiatry and Human Development*. 2006;36(3):261-72.
106. Berliner L ED. Sexual abuse of children. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA (eds) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* 2nd ed ed. California: Sage Publications; 2002. p. 55–79.
107. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrera J. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(3):305-12.
108. Gölge ZB. Cinsel Travma sonrası olufları ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arflivi*. 2005;42:19-28.
109. ÖÖ. D. Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak, istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması: kontrollü bir çalışma. *Uzmanlık Tezi* 2009.
110. Ö. B. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran çocuk istismarı ve ihmali olgularının değerlendirilmesi. *Uzmanlık tezi*. 2010.
111. Metin Ö. Çocuk psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen cinsel istismar olgularının biyopsikososyal özellikleri. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2010.
112. Paradise JE, Rose L, Sleeper LA, Nathanson M. Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics*. 1994;93(3):452-9.
113. Berliner L ED. Sexual abuse of children. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA (eds). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. . 2nd ed. ed. California: Sage Publications; 2002. p. 55–79.
114. Gencer O, Ozbek A, Bozabali R, Cangar S, Miral S. Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey. *Pediatric emergency care*. 2006;22(12):794-803.
115. Widom CS, Hiller-Sturmhofel S. Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research & Health*. 2001;25(1):52-.
116. Bernard-Bonnin A-C, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-

traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatrics & child health*. 2008;13(6):479.

117. Lesniak LP. Penetrating the conspiracy of silence: Identifying the family at risk for incest. *Family & Community Health*. 1993;16(2):66-76.

118. Allen CM, Lee CM. Family of origin structure and intra/extrafamilial childhood sexual victimization of male and female offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1993;1(3):31-46.

119. Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child abuse & neglect*. 1997;21(1):1-9.

120. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child abuse & neglect*. 1995;19(12):1401-21.

121. Madonna PG VSS, Jones DPH. . Family interactions within incest and non-incest families. *Am J Psychiatry*. 1991;148:46-9.

122. Dadds M, Smith M, Webber Y, Robinson A. An exploration of family and individual profiles following father-daughter incest. *Child abuse & neglect*. 1991;15(4):575-86.

123. Svedin CG, Back C, Söderback S-B. Family relations, family climate and sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002;56(5):355-62.

124. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163(6):721-32.

125. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115(3):e331-e7.

126. Faller KC. A clinical sample of women who have sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1996;4(3):13-30.

127. Green AH, Kaplan MS. Psychiatric impairment and childhood victimization experiences in female child molesters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(7):954-61.

128. Margolin L. Child sexual abuse by nonrelated caregivers. *Child abuse & neglect*. 1991;15(3):213-21.

129. Romano E, De Luca RV. Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence*. 1997;12(1):85-98.

130. Watson B. Sexual abuse of girls and adult couple relationships: Risk and protective factors: Faculty of Health, Griffith University; 2007.

131. Denov MS. The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: A qualitative study of male and female victims. *Journal of Interpersonal Violence*. 2004;19(10):1137-56.

132. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *Journal of clinical forensic medicine*. 2006;13(6):300-3.
133. Baker AW, Duncan SP. Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child abuse & neglect*. 1985;9(4):457-67.
134. Agirtan CA, Akar T, Akbas S, Akdur R, Aydin C, Aytar G, et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference! *Child abuse & neglect*. 2009;33(4):247-55.
135. Aydın B, Çolak B. Samsun’da ağır ceza mahkemesine yansıyan cinsel suçlar. *Adli Tıp Bülteni*. 2004;9(1):11-8.
136. Anderson J MJ, Mullen P, Romans S, Herbison P. . Prevalence of childhood sexual experiences in a community sample of women. . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:911-9.
137. Cox S, Andrade G, Lungelow D, Schloetelburg W, Rode H. The child rape epidemic. *South African Medical Journal*. 2007;97(10):950-5.
138. Köse S, Aslan Z, Başgül ŞŞ, Şahin S, Yılmaz Ş, Çıtak S, et al. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Anadolu Psikiyatı Derg*. 2011;12:221-5.
139. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek M, Koparan C, Özdemir E, et al. Türkiye’nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatı Derg*. 2011;12:55-61.
140. ÇÖPÜR M, ÜNERİ ÖŞ, AYDIN E, BAHALI MK, TANIDIR C, GÜNEŞ H, et al. İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatı Dergisi*. 2012;13(1).
141. Arslan MM, Kar H, Akcan R, Çekin N. Hatay ağır ceza mahkemesinde karara bağlanan cinsel suçların analizi. *Adli Bilimler Dergisi*. 2008;7(2):35-9.
142. Andrews G CJ, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Geneva Child sexual abuse. Ezzati M. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. . 2004.
143. Gold SN, Elhai JD, Lucenko BA, Swingle JM, Hughes DM. Abuse characteristics among childhood sexual abuse survivors in therapy: A gender comparison. *Child abuse & neglect*. 1998;22(10):1005-12.
144. Lucenko BA, Gold SN, Cott MA. Relationship to perpetrator and posttraumatic symptomatology among sexual abuse survivors. *Journal of Family violence*. 2000;15(2):169-79.
145. Robinson K. Internalized Shame as A Moderating Variable for Inhibited Sexual Difficulties in Adult Women Resulting from Childhood Sexual Abuse. 2006.
146. Carlstedt A, Nilsson T, Hofvander B, Brimse A, Innala S, Anckarsäter H. Does victim age differentiate between perpetrators of sexual child abuse? A study of mental health, psychosocial circumstances, and crimes. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*. 2009;21(4):442-54.

147. Alikashioglu M EE, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İter O. . Sexual abuse among female high school students in İstanbul, Turkey. *Chil Abuse Negl.* 2006;30:247–55.
148. Faust J, Runyon MK, Kenny MC. Family variables associated with the onset and impact of intrafamilial childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review.* 1995;15(5):443-56.
149. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect.* 1998;22(9):915-29.
150. Danielson CK, de Arellano MA, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment.* 2005;10(1):37-48.
151. Shaw JA, Lewis JE, Loeb A, Rosado J, Rodriguez RA. Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect.* 2000;24(12):1591-600.
152. Company GDMBP. Child sexual abuse. 4th ed. . In: Rutter M TTe, editor. *Child and Adolescent Psychiatry* 2002. p. 340-58.
153. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Póka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2005;120(2):217-21.
154. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child abuse & neglect.* 2008;32(12):1095-108.
155. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *The Medical Journal of Australia.* 2001;175(4):199-201.
156. Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud R-L, Pawlak CH, Laederach J, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *Bmj.* 1996;312(7042):1326-9.
157. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect.* 2001;25(2):279-90.
158. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect.* 1999;23(2):115-28.
159. Fontanella C, Harrington D, Zuravin SJ. Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2001;9(2):21-40.
160. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine.* 2005;28(5):430-8.
161. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child abuse & neglect.* 1994;18(8):617-33.

162. Mannarino AP, Cohen JA, Smith JA, Moore-Motily S. Six-and twelve-month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*. 1991;6(4):494-511.
163. A. G. Child sexual abuse and incest. . In: Lewis M, ed *Child and adolescent psychiatry A comprehensive textbook* 2nd ed Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1041-48
164. Elliott A, Peterson L. Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgraduate medicine*. 1993;94(1):169-72, 75-7, 80.
165. Livingston R. Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1987;26(3):413-5.
166. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child abuse & neglect*. 1997;21(4):391-8.
167. Renteria S-C. Sexual abuse of female children and adolescents--detection, examination and primary care. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique*. 2005;62(4):230-7.
168. Krischer MK, Sevecke K, Lehmkuhl G, Steinmeyer EM. Less severe sexual child abuse and its sequelae: are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2005;54(3):210-25.
169. Sachs-Ericsson N, Blazer D, Plant EA, Arnow B. Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychology*. 2005;24(1):32.
170. Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;34(1):85-91.
171. Clemmons JC, Walsh K, DiLillo D, Messman-Moore TL. Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment*. 2007;12(2):172-81.
172. Schraedley PK, Gotlib IH, Hayward C. Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescent health*. 1999;25(2):98-108.
173. Bauserman R, Rind B. Psychological correlates of male child and adolescent sexual experiences with adults: A review of the nonclinical literature. *Archives of Sexual Behavior*. 1997;26(2):105-41.
174. Friedrich WN, Urquiza AJ, Beilke RL. Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of pediatric psychology*. 1986;11(1):47-57.
175. Darves-Bornoz J-M, Choquet M, Ledoux S, Gasquet I, Manfredi R. Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998;33(3):111-7.
176. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(5):416-21.

177. Garnefski N, Diekstra RF. Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence: Gender differences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(3):323-9.
178. Young RE, Bergandi TA, Titus TG. Comparison of the effects of sexual abuse on male and female latency-aged children. *Journal of Interpersonal Violence*. 1994;9(3):291-306.
179. Maikovich-Fong AK, Jaffee SR. Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child abuse & neglect*. 2010;34(6):429-37.
180. McClellan J, Adams J, Douglas D, McCurry C, Storck M. Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: A study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse & Neglect*. 1995;19(10):1245-54.



8. EKLER

EK-1: BİLGİ FORMU

Hastanın adı soyadı:

Başvuru Tarihi:

Yaş:

Cinsiyet:

1. Kız 2. Erkek

Kardeş sayısı:

Kaçıncı çocuk:

Eğitimi:

1. Okula hiç gitmemiş
2. Anaokulu-kreş
3. Özel Eğitim
4. Ana sınıfı
5. Özel alt sınıf
6. İlk 1
7. İlk 2
8. İlk 3
9. İlk 4
10. İlk 5
11. İlkokulu bitirmiş okumuyor
12. Orta 1
13. Orta 2
14. Orta 3
15. Lise 1
16. Lise 2
17. Lise 3
18. Lise 4

Gelişimsel Öykü:

Yürüme (ay):

Cümle kurma (ay):

Tuvalet (ay):

Çocuk kronik fiziksel hastalık:

1. Var 2. Yok

Olay öncesi psikiyatrik tanı:

1. Var 2. Yok

Mental retardasyon:

1. Var 2. Yok

Yerleşim Yeri:

1. Kent 2. Kırsal

Başvuru Şekli:

1. Adli makam 2. Kendisi

Anne:

1. Öz 2. Üvey

Anne eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Üniversite

Anne iş:

1. Ev hanımı 2. Çalışıyor

Anne yaş:

Annede kronik fiziksel hastalık:

1. Var 2. Yok

Annede ruhsal hastalık:

1. Var 2. Yok

Anne ruhsal hastalık ne? :

1. Depresyon

2. Psikoz
3. Bağımlılık
4. Zeka geriliği
5. Kişilik bozukluğu
6. Diğer:

Baba:

1. Öz 2. Üvey

Baba eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Üniversite

Baba iş:

1. İşsiz 2. Çalışıyor

Baba yaş:

Babada kronik fiziksel hastalık:

1. Var 2. Yok

Babada ruhsal hastalık:

1. Var 2. Yok

Baba ruhsal hastalık ne? :

1. Depresyon
2. Psikoz
3. Bağımlılık
4. Zeka geriliği
5. Kişilik bozukluğu
6. Diğer:

Aile durumu:

1. Anne-baba birlikte
2. Boşanmış

3. Parçalanmış

Anne-baba arasında akrabalık:

1. Var 2. Yok

Aile yapısı:

1. Çekirdek aile

2. Geniş aile

3. Tek ebeveyn ile

5. Üvey anne/baba ile

6. Evlat edinilmiş

7. Kurumda

8. Diğer:

Doğumdan bu yana il dışı göç:

1. Var 2. Yok

Ailenin ekonomik durumu:

1.İyi 2.Orta 3.Kötü

İstismar eyleminin gerçekleştiği yer:

İstismarcının mağdurun tanıdığı biri olup olmaması:

İstismarcının mağdura yakınlık derecesi:

İstismarcı sayısı:

İstismarcının cinsiyeti:

İstismar olayının tek sefer/tekrarlayan olması:

Tekrarlama sayısı:

İstismarın niteliği:

İstismar olayının türü:

İstismar olayı sonrasında göç etme:

Eğitime devam etme/Bırakma:

Okul değişikliği yapıp yapmadığı

Olay sonrası psikiyatrik bozukluk tanısı: 1.Var 2. Yok

Varsa nedir:

Olay sonrası depresyon skoru:

Travma sonrası strese ölçek skoru:



EK-2: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

(CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI)

Adı Soyadı :

Tarih:

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Okul : Sınıf :

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.

2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.

3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.

3- İşlerim yolunda gidecek.

C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.

3- Herşeyi yanlış yaparım.

D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.

2- Bazı şeylerden hoşlanırım.

3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.

2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.

3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.

3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G) 1- Kendimden nefret ederim.

2- Kendimi beğenmem.

3- Kendimi beğenirim.

H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.

2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

D) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.

2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.

3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.

2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.

3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.

2- Herşey sık sık beni sıkır.

3- Herşey arada sırada beni sıkır.

K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.

2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.

3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.

2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.

3- Çirkinim.

N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.

2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

3- Oldukça iyi uyurum.

Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.

3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.

2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.

3- Oldukça iyi yemek yerim.

R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.

2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.

2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.

3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T) 1- Birçok arkadaşım var.

2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.

3- Hiç arkadaşım yok.

U) 1- Okul başarımlarım iyi.

2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.

3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V) 1- Kimse beni sevmez.

2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.

2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.

2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-3: ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ

Adı, Soyadı:

Tarih:.....

Lütfen size en uygun olan bir seçeneği () daire içine alınız.

1. Bu (olay/olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek yada rahatsız edecek türden miydi? (Olayı) düşündüğünde korku, endişe yada sıkıntı hissediyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

2. (Olayı) düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (olay) la ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu yada aklına sesler geliyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

4. (Olay) ile ilgi düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

5. A) Kötü rüyalar görüyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

B) (Olay)la ilgili kötü yada güzel rüyalar görüyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

7. Arkadaşlarıyla oynamak, spor yapmak yada okulda etkinliklere katılmak gibi (olay) dan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (yada kendi kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu: sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

10. Konuşamayacak yada ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu? 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

11. Eskişine göre (olay öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçrıyor musun, yada daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

12. İyi uyuyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

13. (Olayla ilgili) “Keşke yapsaydım” dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü yada suçlu hissediyor musun? Yada “Keşke yapmasaydım” diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? (Örneğin bir şeyin

olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, yada başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için?)

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

14. Olanlarla ilgili duygular ve düşünceler örneğin okulda yada evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

15. Eskisi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toparlayabiliyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

17. Bir şey sana (olayı) anımsattığında yada düşünmene neden olduğunda gerginlik yada sıkıntı hissediyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay)dan beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek yada yatağına daha sık çiş, kaka kaçırmak?)

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

19. (Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğin, yada kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

20.Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında yada caddede karşıdan karşıya geğerken daha dikkatsiz davranmak?)

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

