

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
CİNSEL İSTİSMAR SIKLIĞI, CİNSEL İSTİSMAR BİLDİRİM
SIKLIĞI VE BİLDİRİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Uzmanlık Tezi

Dr. Damla BULUT ŞAHİN

Trabzon 2020

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI CİNSEL
İSTİSMAR SIKLIĞI, CİNSEL İSTİSMAR BİLDİRİM SIKLIĞI VE
BİLDİRİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Uzmanlık Tezi

Dr. Damla BULUT ŞAHİN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Çilem BİLGİNER

Trabzon 2020

ÖNSÖZ

Çocuğa yönelik cinsel istismar; karmaşık nedenleri ve hukuki, psikososyal, tarihsel, toplumsal ve gelişimsel boyutları ile evrensel bir sorundur. Çocuğa yönelik diğler istismar türleri ile karşılaştırıldığında, tanık bulmanın zor olduğu, mağdur ve istismarcı arasında kalabilen, belki de yalnızca mağdurun bildirimini ile açığa çıkabilen, saptanması güç bir istismar türüdür. Bu sebeple çoğunlukla gizli kaldığı düşünölmektedir. Buna karşın artan vaka bildirimleri ve özellikle mağdurlar üzerindeki kısa ve uzun dönemli yıkıcı etkileri göz önünde bulundurulduğunda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak güncelliğini korumaktadır.

Ülkemizde de mevcut durumu saptamaya ve koruyucu/ destekleyici faaliyetlerde bulunmaya yönelik çalışmaların sayısı artmaktadır. Ancak halen bildirimde bulunmayan mağdurlara ilişkin verilerin yetersiz olduğu görölmektedir. Bu çalışmanın sonuçları ile özellikle ulusal alanda yeni veriler ortaya koymayı ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Uzmanlık eğitimim süresince her alandaki bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen, bu tez çalışmasının özellikle veri toplama aşamasındaki büyük katkılarından dolayı, anabilim dalı başkanımız saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sema KANDİL'e,

Tez konumun belirlenmesinden, sonuçlarının değerlendirilmesine kadar çalışmamın her aşamasına eşsiz katkıları olan, önerileri ve eleştirileriyle bana yol gösteren, zamanını ayıran, yalnızca bu çalışmayla sınırlı olmamakla birlikte mesleki gelişimim için tecrübelerinden faydalandığım, çalışma disiplini ve akademik duruşunu örnek aldığım değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Çilem BİLGİNER'e,

Yardıma ihtiyacım olan her an desteğini hissettiğim, her türlü sorunumda çözüm yollarına başvurduğum, bu çalışma ile ilgili değerli görüşleri ve uzmanlık eğitimime hem kıdemlim hem de hocam olarak sağladığı katkılar için Dr. Öğr. Üyesi Serkan KARADENİZ'e

Asistanlık hayatıma ve çocuk psikiyatriye adapte olmamı sağlayan, dostluğunu esirgemeyen, mesleki birikimimi oluşturmamda büyük katkısı olan, her

zaman örnek aldığım, çok kıymetli anılar paylaştığım ve paylaşmaya devam edeceğim Uzm. Dr. Canan İNCE BÖREKÇİ'ye

Tanıştığımız günden bu yana desteğini her an hissettiğim, mutluluğumu paylaşıp çoğalttığım, sıkıntılı anlarda birlikte üzüldüğüm, hatırladığımda gülümseten asistanlık yılları yaşamama vesile olan Uzm. Dr. Gülşah BAKİ'ye,

Asistanlığımın ilk yıllarında birlikte olduğumuz süre boyunca her alandaki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Uzm. Dr. Büşra DURAN'a ve çalışma ortamımı güzel kılan, bunaltılı anlarımı güzel enerjileriyle dağıtan, tez yazım aşamasında bana güç ve destek veren, çok kıymetli arkadaşlarım Dr. Yasemin DEMİRCİ, Dr. Sevdâ HIZARCI BULUT, Dr. Berire ÇEKİN YILMAZ, Dr. Sevil AYDOĞDU, Dr. Cansu TAŞDEMİR ve Dr. Selman YILDIRIM'a,

Bölüme dahil olduğum günden itibaren değerli dostluğunu paylaşan, her türlü yardımına içtenlikle koşan sekreterimiz Sefa AKSU'ya ve Ülker YAZICI'ya, ayrıca bana çok şey katan hastalarım ve ailelerine teşekkür ederim.

Son olarak, bitmeyen sevgileri, sınırsız fedakarlıkları ve varlıkları ile bana güçlü hissettiren, ilk öğretmenlerim annem İnci BULUT, babam Hasan Ali BULUT'a, benim ablam olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim ablam Pınar BULUT'a, yanımda olduğu uzun yıllar boyunca mutluluk ve dert ortağım, en iyi arkadaşım, eşim Mustafa'ya sonsuz teşekkürler...

Dr. Damla BULUT ŞAHİN

Trabzon 2020

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ARASINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI CİNSEL İSTİSMAR SIKLIĞI, CİNSEL İSTİSMAR BİLDİRİM SIKLIĞI VE BİLDİRİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Amaç: Bu çalışma, geç ergenlik döneminde yer alan üniversite öğrencileri arasında çocukluk çağı cinsel istismar mağduriyeti ve mağdur gençlerin cinsel istismarı biri ile paylaşma sıklığını belirlemek, cinsel istismar bildirimini etkileyen faktörleri tanımlamayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini, Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde öğrenim gören 18 yaşını doldurmuş 24 yaşından küçük toplam 1249 öğrenci oluşturmaktadır. Katılımcılar, literatürdeki benzer çalışmalara dayanarak hazırlanan 'çocukluk çağı cinsel istismarı bildirim anketini' tamamlamışlardır. Ankette mağdurların istismar özelliklerini inceleyen çoktan seçmeli soruların yanı sıra bildirim engelleyen faktörleri bireysel, ailesel ve toplumsal engellere kategorize eden 28 madde yer almıştır. Katılımcılar ayrıca Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini de doldurmuşlardır. Elde edilen veriler SPSS 23.00 programına girilmiş ve gerekli istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %41.6'sı çocukluk çağında en az bir kez cinsel istismar mağduru olduklarını belirtmişlerdir. Mağdurların %56.3'sü kadın, %43.7'si erkektir. Mağduriyet ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. En yaygın istismar tipi %39.9 ile temas içermeyen tip olurken, diğer tipler sırasıyla %9.4 ile dokunma-dokundurtma tipi, %1 ile penetrasyon tipi cinsel istismardır. Kız cinsiyette temas içermeyen ve dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağduriyetleri anlamlı oranda daha yüksektir. Penetrasyon tipinde ise cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır. Mağdurların %1.9'u her üç tipe maruz kalmışlardır. İstismar faili olarak en sık arkadaşlar tanımlanmıştır. Mağdurların herhangi bir istismar tipini birine bildirme oranı %51.7, adli bildirimde bulunma oranı ise %4.6'dır. Bildirim en sık arkadaşlara yapılmıştır. Erkek cinsiyette istismar bildirim oranı anlamlı olarak daha düşüktür. Mağdur katılımcıların depresyon puanları anlamlı oranda daha yüksek, benlik saygıları anlamlı olarak daha düşüktür. Çocukluk çağı cinsel istismarı

bildirmeme nedeni olarak en sık 'Bu olayı önemsemedim' seçeneği işaretlenmiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarı, en sık bireysel engeller, sonrasında toplumsal ve ailesel engeller nedeniyle bildirilmemiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarına ilk maruz kalma yaşı azaldıkça, bildirilmeme nedeni olarak belirtilen ailesel ve toplumsal engellerin oranı önemli ölçüde artmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'de çocukluk çağı cinsel istismarı bildirimine üzerine yapılmış ilk çalışmadır. Bildirimde bulunmama nedenleri cinsiyete, ilk maruz kalınan yaşa ve istismarın tipine bağlı olarak değişebilir. Bu çalışma, çocukluk çağı cinsel istismarı farkındalık eğitimlerinde ve çocuklar için güçlendirme programlarında bildirim engellerine odaklanmanın gerekli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı cinsel istismarı, bildirim, geç adölesan, benlik saygısı

SUMMARY

PREVALENCE OF CHILDHOOD SEXUAL ABUSE AND SEXUAL ABUSE DISCLOSURE AMONG UNIVERSITY STUDENTS AND FACTORS RELATED TO DISCLOSURE

Objective: This study aims to determine the frequency of childhood sexual abuse victimization among university students in late adolescence and to determine the frequency of disclosing to sexual abuse to someone, to identify the factors affecting sexual abuse disclosing.

Method: The sample of the study included of 1249 college students between the ages of 18 and 24 at Karadeniz Technical University. The participants were completed the “Childhood Sexual Abuse Disclosure Questionnaire” prepared by the researchers based on similar studies in the literature. The questionnaire included 28 dichotomous questions that categorize the reasons for not disclosing childhood sexual abuse into individual, familial and social barriers, in addition to the multiple choice questions examining the CSA characteristics of victims. The participants also filled in the Beck Depression Inventory and Rosenberg Self-Esteem Scale. The obtained data were entered into SPSS 23.0 program and the required analyzes were applied.

Results: 41.6% of the participants stated that they have been CSA victim at least once. 56.3% of these victims were female and 43.7% were male. No significant difference was found between victimization and gender. The most common type of CSA was non-touching with 39.9%, then touching without penetration with 9.4% and penetration with 1%. Non-touching and touching without penetration type sexual abuse victims were found to be significantly higher in female gender. There was no difference between the genders in the type of penetration. 1.9% of the victims were exposed to three types of sexual abuse. The most common identity of the perpetrator was friends. The rate of disclosing any CSA type to anyone was 51.7%, while the rate of forensic disclosing was 4.6%. CSA was most often disclosed to friends. The rate of male victims disclosing CSA to anyone was significantly lower than for girls. The depression scores of the victim participants are significantly higher and their self-esteem is significantly lower. The most common reason for non-disclosing was that

the experience was negligible. The victims were not reporting CSA most frequently due to “individual” then “social” and “familial” barriers. As the age of first exposure to CSA decreased, the rate of familial and social barriers stated as a reason for not disclosing CSA increased significantly.

Conclusion: This is the first study on CSA disclosure in Turkey. Reasons for non-disclosed CSA may vary depending on gender, age at first SA and the type of SA. It shows that focusing on barriers for not reporting CSA in CSA awareness trainings and empowerment programs for children is necessary.

Keywords: childhood sexual abuse, disclosure, Turkey, late adolescence, self esteem

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
ÖZET.....	III
SUMMARY	V
İÇİNDEKİLER	VII
KISALTMALAR DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Çocuk ve İstismar Kavramları.....	3
2.1.1. Çocuk Kavramı	3
2.1.2. Çocuk İstismarı ve İhmali Kavramı.....	3
2.1.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihsel Gelişimi.....	4
2.1.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sınıflandırılması.....	5
2.1.4.1. İhmal	5
2.1.4.2. Duygusal İstismar.....	7
2.1.4.3. Fiziksel İstismar	8
2.1.4.4. Cinsel İstismar.....	9
2.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı Kavramı.....	9
2.2.1. Cinsel İstismarın Sınıflandırılması.....	9
2.2.1.1. Temas İçermeyen Cinsel İstismar	9
2.2.1.2. Temas İçeren Cinsel İstismar	10
2.2.1.3. Penetrasyon	10
2.2.1.4. Cinsel Sömürü.....	11
2.2.1.5.Ensest (Aile İçi Cinsel İstismar)	11
2.2.2. Cinsel İstismar Epidemiyolojisi.....	11

2.2.2.1. Dünyada Durum	12
2.2.2.2. Türkiye’de Durum.....	13
2.2.3. Cinsel İstismar Risk Faktörleri	14
2.2.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Sonuçları.....	16
2.2.4.1. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Kısa Dönem Ruhsal Etkileri	16
2.2.4.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Uzun Dönem Ruhsal Etkileri.....	19
2.2.4.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	19
2.2.4.2.2. Depresyon.....	20
2.2.4.2.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	20
2.2.4.2.4. İntihar Davranışı.....	21
2.2.4.2.5. Bipolar Bozukluk	22
2.2.4.2.6. Kişilik Bozuklukları	23
2.2.4.2.7. Yeme Bozuklukları.....	23
2.2.4.2.8. Uyku Sorunları	23
2.3. Bildirim Kavramı	24
2.3.1. Bildirim Tipi	25
2.3.2. Bildirimde Bulunma Süresi	25
2.3.3. Bildirim Yapılan Kişiler	26
2.3.4. Bildirim Sürecini Etkileyen Faktörler.....	26
2.3.5. Bildirimin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	28
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	30
3.1. Araştırmanın Evreni ve Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü	30
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.4. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	31
3.5. Araştırmanın Aşamaları	31

3.6. Veri Toplama Araçları.....	31
3.6.1. Bildirim Anketi	31
3.6.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	33
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği	34
3.7. İstatistiksel Analiz	34
4. BULGULAR	36
4.1. Katılımcılara Ait Bulgular	36
4.2. Temas İçermeyen Cinsel İstismar Mağdurlarına Ait Bulgular.....	42
4.3. Dokunma-Dokundurtma Tipi Cinsel İstismar Mağdurlarına Ait Bulgular	46
4.4. Penetrasyon Tipi Cinsel İstismar Mağdurlarına Ait Bulgular	50
4.5. Katılımcıların Ölçek Puanlarına Ait Bulgular	52
4.6. Bildirimde Bulunmayı Engelleyen Faktörler ile İlgili Bulgular	60
4.7. Korelasyon Analizleri.....	65
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	81
7. KAYNAKLAR	84
8. EKLER.....	101

KISALTMALAR DİZİNİ

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÇHS : Çocuk Hakları Sözleşmesi

ÇKK : Çocuk Koruma Kanunu

TCK : Türk Ceza Kanunu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı

Cİ: Cinsel İstismar

ÇÇCİ : Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

BKB : Borderline Kişilik Bozukluğu

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1.** Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular
- Tablo 2.** Katılımcılara Ait Cinsel İstismar Öyküsü
- Tablo 3.** Cinsel İstismar Mağduriyeti ve Cinsiyet İlişkisi
- Tablo 4.** İstismar Tipi ve Cinsiyet İlişkisi
- Tablo 5.** İstismara İlk Maruz Kalınan Yaş ile Cinsiyet Arasındaki İlişki
- Tablo 6.** Cinsel İstismar Tipine Göre Faillerin Dağılımı
- Tablo 7.** İstismar Bildirimi ve Cinsiyet Arasındaki İlişki
- Tablo 8.** Failin Aile İçi Olması ile Bildirim Sıklığı Arasındaki İlişki
- Tablo 9.** İstismar Tipine Göre Failin Aile İçi Olması ile Bildirim Sıklığı Arasındaki İlişki
- Tablo 10.** Çocukluk Çağı Cinsel İstismarında Bildirmeme veya Geç Bildirme Nedenleri
- Tablo 11.** Temas İçermeyen Cinsel İstismar Alt Tip Mağduriyetleri ile Cinsiyet Arasındaki İlişki
- Tablo 12.** Temas İçermeyen Tip Cinsel İstismarda Mağdurun Cinsiyetine Göre Faillerin Dağılımı
- Tablo 13.** Temas İçermeyen Cinsel İstismar Bildirimi ile İlişkili Bulgular
- Tablo 14.** Temas İçermeyen Cinsel İstismarda Bildirmeme veya Geç Bildirme Nedenleri
- Tablo 15.** Dokunma-Dokundurma Tipi Cinsel İstismarın Alt Tipleri ile Cinsiyet Arasındaki İlişki
- Tablo 16.** Dokunma-Dokundurma Tip Cinsel İstismarda Mağdurun Cinsiyetine Göre Faillerin Dağılımı

- Tablo 17.** Dokunma-Dokundurtma Tipi Cinsel İstismar Bildirimi ile İlişkili Bulgular
- Tablo 18.** Dokunma-Dokundurtma Tipi Cinsel İstismarda Bildirmeme Veya Geç Bildirme Nedenleri
- Tablo 19.** Penetrasyon Tipi Cinsel İstismarda Mağdurun Cinsiyetine Göre Faillerin Dağılımı
- Tablo 20.** Penetrasyon Tipi Cinsel İstismar Bildirimi ile İlişkili Bulgular
- Tablo 21.** Penetrasyon Tipi Cinsel İstismarda Bildirmeme veya Geç Bildirme Nedenleri
- Tablo 22.** Cinsel İstismar Tipine Göre Beck Depresyon Toplam Puan, Bilişsel ve Afektif-Somatik Alt Boyut Puanları
- Tablo 23.** Mağdurların İstismar Tipine Göre Benlik Saygısı Düzeyleri
- Tablo 24.** Katılımcılarda Cinsiyetin Ölçek Puanlarına Etkisi
- Tablo 25.** İstismar Mağduriyeti ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki
- Tablo 26.** Mağdurlarda Beck Depresyon Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 27.** Mağdurlarda Cinsiyete Göre Beck Depresyon Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 28.** Mağdurlarda Cinsiyetin Ölçek Puanlarına Etkisi
- Tablo 29.** Bildirimde Bulunmanın Ölçek Puanlarına Etkisi
- Tablo 30.** Kadınlarda Bildirimin Ölçek Puanlarına Etkisi
- Tablo 31.** Erkeklerde Bildirimde Bulunmanın Ölçek Puanlarına Etkisi
- Tablo 32.** İstismarın Şiddeti ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

- Tablo 33.** İstismar Tip Sayısı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki
- Tablo 34.** Failin Aile İçi Olması ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki
- Tablo 35.** İstismar Mağdurlarının Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 36.** Erkek Mağdurların Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 37.** Kadın Mağdurların Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 38.** Temas İçermeyen Cinsel İstismar Mağdurlarında Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 39.** Temas İçermeyen Cinsel İstismar Mağduru Erkeklerin Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 40.** Temas İçermeyen Cinsel İstismar Mağduru Kadınların Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 41.** Dokunma-Dokundurtma Tipi Cinsel İstismar Mağdurlarının Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 42.** Dokunma-Dokundurtma Tipi Cinsel İstismar Mağduru Erkeklerin Engel Kategorileri Arasındaki İlişkiler
- Tablo 43.** Korelasyon Analizi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuğa yönelik cinsel istismar her yıl milyonlarca çocuğu etkileyen küresel bir problemdir(1). Dünya çapında yapılan meta analizlerin gözden geçirildiği bir çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı için prevalans %12.7 olarak saptanmıştır(2). Ülkemizde yapılan araştırmalarda; lise öğrencileri arasında cinsel istismar oranının %10.7 olduğu gösterilmişken öğrencilerin %11.3'ünün çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğunu, %4.9'unun ise cinsel ilişkiye zorlandığını dile getirdiği saptanmıştır(3, 4). Ancak istismarın neden olduğu utanç, suçluluk, dışlanma korkusu, kendisine ya da sevdiklerine yönelik tehditler, ebeveynin sevgisini kaybetme ya da ailenin parçalanacağı korkusu gibi etmenlere bağlı olarak çoğu kez bu yaşantının sır olarak saklandığı ve cinsel istismar sıklığına ilişkin gerçek istatistiksel verilere ulaşamadığı bildirilmektedir(5, 6). Ülkemizde bu kapsamda yapılmış tanımlayıcı bir araştırma henüz yayımlanmamıştır.

Cinsel istismar bildirimini, kazara bir muayene ya da başkalarının gözlemi ile ortaya çıkabileceği gibi, amaca yönelik olarak çocuğun kasıtlı biçimde istismarı birine bildirmesi ya da teşvik ile istismarın bir başkası tarafından meydana çıkarılması şeklinde oluşabilir(7). Bildirim oranları üzerinde yapılan araştırmalar çoğunlukla retrospektif olup, yetişkinler ile yürütülmüştür. Son zamanlarda, çocuk ve ergen popülasyonlarında bildirim sıklığı araştırmalarına odaklanılmıştır. Araştırmalar, mağdurların sadece üçte birinin çocukluk döneminde bildirimde bulunduğunu göstermektedir(8). Bildirimi etkileyebilecek etmenler incelendiğinde erkeklerin kızlara göre cinsel istismar bildiriminde bulunmaya daha isteksiz oldukları, aile içi cinsel istismar mağdurlarının bildirimde bulunmayı geciktirdikleri ayrıca küçük yaşta gerçekleşen istismarların daha geç ortaya çıktığı çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır(9, 10). Öte yandan, mağdurların polise ya da sosyal birimlere cinsel istismar bildirimini konusunda oldukça dirençli oldukları ve bildirimde bulunan olguların yalnızca %6.8'inin bu bildirimini polise yaptığı gösterilmiştir(11). Buna karşın, mağdurların yaklaşık %40-50'sinin bu yaşantıyı ilk olarak akranları ile paylaştığı gösterilmiştir(12). Yapılan başka bir araştırmada ise mağdurların %80.5'inin bu yaşantıyı yalnızca akranları ile paylaştığına vurgu yapılmıştır(13). Türkiye'den ise bu kapsamda bir araştırma verisi mevcut değildir.

Cinsel istismar mağduru çocukların ruhsal belirtilerine ilişkin araştırmalar incelendiğinde takipte psikiyatrik belirtiler gözleendiği, bu belirtilerin travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik saygısı, anksiyete, korku, depresyon, intihar düşüncesi, somatik şikayetler, saldırgan davranışlar, evden kaçma ve madde kötüye kullanımı arasında dağıldığı görülmektedir(14).

Sonuç olarak Türkiye’de cinsel istismar mağduru çocuk ve gençlerin bu deneyimlerini ilk olarak kiminle paylaştıkları, bildirimde bulunmadılar ise onları bu davranışa iten motivasyonun ne olduğunu araştıran toplum temelli bir araştırma yoktur. Dahası adli bildirimde bulunmayan cinsel istismar mağdurlarına ilişkin bir veriye de rastlanmamıştır. Ancak bu oranın oldukça yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

Cinsel istismar mağdurlarını, bildirimden kaçınmaya iten nedenler belirlenmediği sürece bu alandaki koruyucu ruh sağlığı hizmetleri güçsüz kalacaktır. Öte yandan bildirimde bulunmayan bireyler üstündeki stres yükünün, depresyon ve düşük benlik saygısı gibi olumsuz ruhsal sonuçlara gebe olduğu görülmektedir. Tersini düşünülecek olursa bu tür ruhsal sorunları olan bireylerde olumsuz çocukluk çağı travmaları dikkatle incelenmelidir. Bu çalışmadan elde edilecek veriler; örneğin adli bildirim oranları, bildirimde bulunmaktan kaçınma nedenleri, bu nedenlerin istismar tipi ile ilişkisi gibi veriler, bireylere yapılacak olan müdahaleleri belirlemede araç olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk ve İstismar Kavramları

2.1.1. Çocuk Kavramı

Çocukluk kavramı hem evrensel hem de topluma özgü kültürel bir kavramdır. Her toplum kendi yapısına uygun bir çocukluk evresi benimser(15). Tarih boyunca çocukluk kavramının hangi yaş sınırlarını kapsadığı konusunda farklı görüşler ortaya atılmış, çeşitli belge ve kanunlarda farklı tanımlar oluşturulmuştur. Çocuk haklarının anayasası sayılan ve dünyada çok sayıda ülke tarafından imzalanmış Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (ÇHS) 1. Maddesinde çocuk; “Çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde, daha önce rüşt yaşına erişilmedikçe on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” şeklinde tanımlanır(16). Türk hukuk sisteminde ise çocuk, Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK)'nın 3/1-a maddesinde “Daha erken yaşta ergin olsa bile 18 yaşını doldurmamış kişi”, Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 6. maddesinde “henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi” olarak tanımlanır.

Hukumumuzda çocuğun tanımı uluslararası sözleşmeler doğrultusunda yapılmış olmasına rağmen, kanun maddelerinde dikkat çekici detaylar bulunmaktadır. Her ne kadar genel hükümlerde on sekiz yaşını doldurmamış kişinin çocuk sayılacağı belirtilmiş olsa da; bazı suç tipleri bakımından çocuğun yaş gruplarına göre bir ayrıma gidilmiştir(17). Örneğin, TCK' da, cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar başlığında, on beş yaşını doldurmayan ve doldurmakla beraber fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan çocuklara karşı gerçekleştirilen her tür cinsel davranış ‘çocuğun cinsel istismarı suçu’ olarak adlandırılırken (TCK 103), on beş yaşından büyük çocuklara sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar ‘reşit olmayanla cinsel ilişki suçu’ (TCK 104) olarak adlandırılır.

2.1.2. Çocuk İstismarı ve İhmali Kavramı

Çocuk istismarı, çok eski çağlardan beri süregelen, mağdur çocuğa fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan olumsuz etkileri olan, yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, devletin hukuk ve eğitim sistemlerini de etkileyen bir halk sağlığı

sorunudur(18). En geniş anlamıyla çocuklara karşı uygulanan her türlü kötü muamele olarak tanımlanan çocuk istismarı; ebeveyn ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından gerçekleştirilen, toplumsal kurallar ve uzman kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür(19). Birçok farklı tanımlama olmasının yarattığı sıkıntıları gidermek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985'te toplanarak konunun uzmanları ile çocuk istismarını "Bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar" olarak tanımlamıştır. Çocuk ihmali ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi' olarak tanımlanır(20).

Çocuk istismar ve ihmali araştırmacıların ilgi odağı olan önemli konulardan biri olmasına rağmen sınıflandırma sistemlerinde kategorize edilmemişti. Bu durum, alanda çalışan profesyonellerin tanımlama ve değerlendirmelerinde eksikliklere neden olmaktaydı. Ancak DSM 5'teki revizyonlar ile klinik ortamlarda güvenle uygulanabilen, çocuklara yönelik kötü muamele tanımları geliştirilmiş ve bu davranışlara örnekler verilmiştir. Çocuk istismarı DSM5'te, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar başlığı altında; fiziksel istismar, psikolojik istismar, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere kategorize edilmiş ve V kodu ile kodlanmıştır(21).

2.1.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihsel Gelişimi

Çocuk istismarı kavramı ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın hapis cezası alan suçlulardan kaçının çocuklara karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ceza aldığını araştırması ile ortaya atılmıştır(22). Tıbbi literatürdeki ilk tanım ise 1890 yılında Paris Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde adli tıp doktoru olan Ambroise Tardieu tarafından yapılmıştır. Neredeyse çocuk istismarı tiplerinin tümünü incelemiş ve 32 çocukta tespit ettiği otopsi bulgularını derleyerek özellikle fiziksel ve cinsel istismar üzerine dikkatleri çekmeyi başarmıştır(23). Caffey 1946 yılında "Caffey Sendromu" ve Kempe 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmışlardır(24). 1980 yılında ise Garbarino ve Gilliam farklı kültürlerde istismarın farklı

algılanabileceği ve bunun, hangi davranışın istismar olarak değerlendirileceği gibi bir problemi de beraberinde getireceği, bunu çözebilmek amacıyla uzman görüşüne ihtiyaç olduğunu söylemişlerdir(25). 1980'lerden sonra duygusal istismarın da en az diğer istismar türleri kadar önemli olduğuna ilişkin görüşler yaygınlaşmaya başlamıştır. İlerleyen süreçte çocuklara karşı kötü muamelelere yönelik bilinç giderek artmış, özellikle son yıllarda konunun anlaşılmasına yönelik binlerce makale ve kitap yayımlanmıştır.

2.1.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sınıflandırılması

Çocuk istismarının değerlendirilmesi; ihmal, duygusal-psikososyal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar olmak üzere dört ana başlık altında yapılmaktadır(26). Çeşitli kaynaklarda beşinci tür olarak, çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ya da çalıştırılması olarak tanımlanan ekonomik istismardan da söz edilmektedir(27-29). Çocuk istismarı sınıflamasında farklı kategorizasyonların olması gerektiğini savunan Segal ise 1992 yılında Hindistan'da çocuklarla yaptığı araştırmada; çocuk işçiliğini, çocuk fuhuşunu, çocuk dilencililiğini, çocukların erken yaşta evliliğini toplumsal istismar olarak tanımlamaktadır(30).

2.1.4.1. İhmal

Çocuğun ihmali, bir ebeveynin veya çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka bir kişinin, çocuğun sağlığına, güvenliğine veya iyiliğine zarar verebileceği derecede gerekli yiyecek, giyecek, barınak, tıbbi bakım veya süpervizyon sağlamamasıdır(31). Fiziksel ve cinsel istismar gibi diğer kötü muamelelere kıyasla daha yüksek yaygınlık oranına sahip olmasına ve ciddi sonuçlara neden olma potansiyeline rağmen, çoğunlukla diğer türler kadar ilgi çekmemiş ve araştırılmamıştır(2, 32). Bu durum bazı araştırmacılar tarafından 'ihmalin ihmali' olarak adlandırılmaktadır(33).

Genel olarak, ihmal, çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan bakım davranışının ihmal edilmesine karşılık gelirken, diğer istismar türleri çocuğa karşı işlenen zararlı davranışlarla ilgilidir(34). Özetle ihmal pasif, istismar ise aktif bir eylemdir. İhmal de istismar davranışları gibi çeşitli boyutlarda ele alınabilir.

Çocuğun bakım verenleri tarafından fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması ya da yetersiz karşılanması fiziksel ihmal olarak tanımlanır(35). Bu türde; çocuğun beslenme, barınma, sağlık ve giyinme gibi temel gereksinimleri sağlanmaz. Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, yanında kimse olmadan uzun süre yalnız bırakılması, gece geç saatlere kadar nerede olduğunun bilinmemesi, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmaması, hava şartlarına uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması fiziksel ihmal örneklerindedir. Sağlık ihmali ise, fiziksel ihmalin bir alt başlığı olarak değerlendirilir ve çocuğun gerekli olduğu durumlarda tıbbi bakım alamaması veya geç alması, tedavi önerilerine uyulmaması, aşılarının yaptırılmaması gibi ihmalleri içerir(36). Fiziksel ihmalin bir başka tipi ise; henüz doğmamış bebeğin ihmali yani intrauterin ihmaldir(37). Gebelik boyunca ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddelerin kullanılması, doğum öncesi tıbbi bakımın ve takiplerinin yapılmaması intrauterin ihmalin örneklerindedir.

Çocuğu okula göndermemek, eğitim ihtiyaçlarına kayıtsız kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi eğitim ihmali; çocuğa gerekli ilgi ve sevginin gösterilmemesi, aile içinde şiddet ve kötü muameleye şahit olmasına izin vermek, özellikle ergenlik döneminde destek ve denetimden mahrum bırakılması duygusal ihmal; çocuğun kendi yaş dönemine ve cinsiyetine uygun biçimde davranılmaması, giydirilmemesi, oyuncak alınmaması ise cinsel ihmal olarak adlandırılır(23).

İhmal, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığında bozukluklara, psikososyal ve bilişsel gelişiminde gecikmeye neden olabilir. İhmalin fiziksel etkileri, yetersiz gözetimden kaynaklanan yaralanmalar, uygun tıbbi bakımın sağlanmasında gecikme / başarısızlık veya önerilen sağlık bakım planına uyulmaması gibi farklılıklar gösterebilir. İhmalin fiziksel sonuçları ölüme kadar ulaşabilir(38). İhmal yaşayan çocukların duygusal ve davranışsal problemleri sergileme olasılığı daha yüksektir. Bu çocuklar sosyal geri çekilme gösterebilir, pasif olabilir veya saldırgan davranışlar sergileyebilir. (39). Diğer yandan ihmal edilen ergenlerin, şiddet içeren ve antisosyal davranışlar da dahil olmak üzere riskli davranışlarda bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(40).

Uzun süreli ve ciddi sonuçları nedeniyle, ihmalin toplumsal ve klinik farkındalığının oluşması çok önemlidir. Büyüme gelişme geriliği olan, sağlık ve eğitim hizmetlerinden faydalandırılmayan, psikososyal uyum sorunu yaşayan çocuklarda ihmal akla gelmelidir (2).

2.1.4.2. Duygusal İstismar

Çocuğun duygusal istismarı, ebeveynlerden biri ya da bakımvereni tarafından isteyerek yapılan, çocuğa belirgin ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, sözel ya da imgesel eylemlerdir(41). Duygusal istismarı, reddetme- yok sayma, yalnız bırakma- izole etme, korkutma-yıldırma, suça yöneltme- itme şeklinde sınıflandıran çalışmalar mevcuttur(42). Çocuğu aşağılamak, küçük düşürmek, korkutmak, sürekli alay etmek, terk etmek ya da terk etmek ile tehdit etmek, sürekli olarak kapasitesinin üzerinde beklentide bulunmak, aşırı korumak, bağımlı kılmak, yaşının üzerinde sorumluluklar beklemek, kardeşler arasında ayırım yapmak, arkadaş gruplarına, okul sonrası aktivitelere katılmasına izin vermemek, yaşamda yalnız olduğunu söylemek ya da hissettirmek, suça yönelmesine zemin hazırlanmak, toplumun kurallarına karşı davranmasına göz yummak ya da bu davranışlarını pekiştirmek gibi duygusal istismar örneklerine sık rastlanır(16, 19, 41, 43, 44).

Duygusal istismar, diğer istismar tipleri arasında en yaygın olanıdır (16, 36, 45-47). Tek başına görülmesi nadirdir. Çoğunlukla diğer istismar ve ihmal tipleri ile(özellikle fiziksel istismarla) birlikte görüldüğü, somut bir belirti oluşturmadığı, çocukların duygusal kötü muameleyi ifade etme becerileri yeterince gelişmeyebileceğinden; duygusal istismarın en zor tanı konan ve yasal olarak kanıtlanması en zor olan istismar çeşidi olduğu bilinmektedir(42).

Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk üzerinde yarattığı fiziksel etkiler geçici olabilir, fakat gerek diğer istismar türlerine eşlik eden, gerekse tek başına olan duygusal istismarın ruhsal ve davranışsal etkileri yaşam boyu sürebilir. Maruz kalan çocuklarda kaygı bozuklukları, depresyon, davranış bozukluğu, kişilik bozuklukları, sosyal yaşamda yetersizlik riski artar. Çocuklukta yaşanan duygusal istismarın, diğer istismar türlerine göre, yetişkin dönemde görülen depresif semptomlar ile anlamlı derecede daha yakın ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(48, 49). Yapılan

çalışmalarda duygusal kötü muamele sonucunda çocuğun akademik performansının, IQ değerinin, bellek ve öğrenme kapasitesi ile beyin hacminin etkilendiği gösterilmiştir(50, 51).

2.1.4.3. Fiziksel İstismar

Fiziksel İstismar, on sekiz yaşından küçük çocuk ya da gencin, ebeveyn ya da bakımverenleri tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde “kaza dışı” yaralanması, zarar görmesi ve zarar görme potansiyeline sahip olması olarak tanımlanır(18).

Fiziksel istismar sıklığı ülkeler arasında farklılık gösterse de bir meta-analizde dünya çapındaki prevalansı % 22.6 olarak saptanmıştır (2). Ülkemizde olduğu gibi, dayağı kültürel disiplin yöntemi olarak benimsemiş toplumlarda daha sık görülür. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, çocukların %65.7 ‘sinin anne veya babası tarafından fiziksel olarak istismar edildikleri belirlemiştir(52).

Fiziksel istismar, belirlenmesi en kolay istismar tipidir. Geçici kızarıklık, küçük yara berelerden; ağır kırıklar ve ölüme kadar uzanan yelpazedeki yaralanmaları içerir(53). Dövme, yumruklama, tekmeleme, ısırma, sarsma, saç çekme gibi alet kullanılmaksızın yaralanma olabildiği gibi; kemer, kayış, sigara, ütü veya sıcak su kullanımı ile de yaralanmalar oluşabilir. Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismara bağlı yaralanmaları ayırmak önemlidir. Bunun için yaraların, ekimozların, lezyonların sayısı, oluş şekli ve vücuttaki yeri önem kazanmaktadır. İstismara bağlı yaralanmaların en sık göğüs, sırt, baldır, genital bölge, üst kol, yüz, üst dudak ve damak bölgelerinde görülür(16).

Fiziksel istismarın sonuçları, fiziksel semptomların ötesine geçer. İstismara maruz kalan çocuklar, düşük akademik başarı, yasadışı maddelerin kötüye kullanımı, alkolizm, çocuk ve yetişkin suçları, kişilik bozuklukları gibi psikolojik bozukluklar açısından yüksek risk altındadır(54). Mağdur çocuklar, hayatlarının geri kalanında kalp hastalığı, obezite, yüksek tansiyon ve kanser gibi kronik hastalık için yüksek risk taşır(55, 56).

2.1.4.4. Cinsel İstismar

Farklı gelişim aşamalarındaki bireylerden daha üst gelişim aşamasındaki bireyin diğerine cinsel tatmin için yaptığı her türlü cinsel eylem cinsel istismar olarak adlandırılır(16). Diğer yandan cinsel istismar terimine ilişkin herkes tarafından kesin olarak kabul edilen tek bir tanım bulunmamaktadır. Cinsel istismar ilk olarak 1978 yılında, bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay vermedikleri, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelere taraf olmaları olarak tanımlanmıştır(57). Her ne kadar istismar yaşantısında genellikle çocuk ile yetişkin arasındaki cinsel aktivite akla gelse de iki çocuk arasındaki cinsel aktivitelerde yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçüğün zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da eylem, cinsel istismar olarak ele alınır(5). Diğer yandan yakın yaşlardaki çocuklar arasında, çocukluk çağının doğal merakından oluşan, duygusal sıkıntı yaşatmayan, sağlıklı kimlik gelişiminin bir parçası olabilen cinsel oyunlar cinsel istismar davranışından ayrıştırılmalıdır(58).

Çok sayıda farklı tanım nedeniyle oluşan karışıklığı önlemek ve tutarsızlıkları gidermek amacı ile Amerikan Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali Merkezi cinsel istismarı; çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişkinin, o erişkinin veya başka birinin cinsel uyarımı için kullanılması olarak tanımlamıştır. Bu tanım, suçlu ile kurban arasında en az 5 yaş fark olmasını veya suçlunun kurban üzerinde belirgin bir gücü ve kontrolü olmasını da içermektedir(59).

2.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı Kavramı

2.2.1. Cinsel İstismarın Sınıflandırılması

Cinsel istismar, yabancı biri tarafından çocuğa cinsel içerikli sözcükler kullanılmasından ebeveyn veya diğer aile bireylerinin başlattığı cinsel aktivitelere kadar çok geniş bir spektrumda görülebilir(60). Gerçekleştirilen cinsel eylemin türüne ya da istismarcının mağdura yakınlığına göre sınıflandırılabilir.

2.2.1.1. Temas İçermeyen Cinsel İstismar

Cinsel içerikli konuşma: İstismarcının, mağdurun cinsel özelliklerine, cinsel bölgelerine ve onun bedeni ile ilgili gerçekleştirmek istediği eylemlere yönelik ifadelerde bulunması, cinsel öneriler vermesi ya da yorumlarda bulunmasıdır. Çocuğun cinsel doğasının sözlü ve duygusal olarak istismarı şeklinde uygulanır.

Teşhircilik: İstismarcının mağdura cinsel organ, anüs, göğüs gibi özel bölgelerini açıkça göstermesi ve/veya mağdurun önünde mastürbasyon eylemini gerçekleştirmesidir. Ayrıca çocuğa, pornografik materyaller izletme, başkasının cinsel istismarına tanık edilmesi şeklinde de uygulanabilir.

Röntgencilik (Voyerizm): İstismarcının, kurbanın haberi olmaksızın ya da açık bir şekilde kendisini cinsel olarak tatmin edecek şekilde kurbanını gözlemesidir.

2.2.1.2. Temas İçeren Cinsel İstismar

Cinsel dokunma: Vücudun özel bölgelerine yapılan her türlü dokunma eylemidir. İstismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kendisine dokunması için zorlayabilir. Dokunma giysi üzerinden olabileceği gibi, soyunuk iken direkt ciltle temas etme şeklinde de olabilir.

Oral-genital ilişki: İstismarcının, mağdurun genital organlarını yalaması, öpmesi, emmesi, ısırması ya da oral yoldan kendisi ile birleşmesini sağlamasıdır.

İnterfemoral ilişki (Irza tasatti): İstismarcının mağdur ile penetrasyon olmaksızın, cinsel organını mağdurun bacakları arasına yerleştirip, sürtünme sağlayarak doyum elde etmeyi amaçladığı eylemdir (5).

2.2.1.3. Penetrasyon

İstismarcının mağdurun bir açıklığına giriş yaptığı eylemlerdir. Dört farklı tipi vardır(16).

Dijital penetrasyon: İstismarcının parmaklarını vajinaya, anüse veya ikisine birden yerleştirmesidir. Kurbanın istismarcıya penetrasyona zorlandığı örnekleri de olabilir. Genelde yaşı küçük çocuklar ile cinsel ilişki öncesinde gerçekleştirilir.

Objeye penetrasyon: İstismarcının herhangi bir enstrümanı vajinaya, anüse veya ikisine birden yerleştirmesidir.

Anal ilişki: Penisin anüse penetrasyonudur. Sıklıkla erkek kurbanların istismarlarında görülür.

Cinsel İlişki: Penisin vajinaya penetrasyonudur.

2.2.1.4. Cinsel Sömürü

Çocuğun cinsel amaçlı eylemlerde para kazanmak amaçlı kullanılmasıdır. İki farklı türü vardır(61).

Çocuk pornografisi: Mağdurun, gerçekte veya taklit ederek bazı cinsel aktivitelerde bulunurken, teşhir amaçlı kullanılması veya bedeninin cinsel tatmin sağlamak amaçlı gösterilmesi eylemidir (62).

Çocuk fuhuşu: Çocukların bedeninin araçsallaştırılarak, ticari amaçlı gerçekleştirilen istismar şeklidir. Kurbanların büyük bir bölümü adölesan çağıdaki kız çocuklarıdır. İstismarcı kendi cinsel doyumunu için olduğu gibi aynı zamanda başka kişi ya da kişilerin de doyumunu için çocuğu kullanabilmektedir (16).

2.2.1.5. Encest (Aile İçi Cinsel İstismar)

Anne-baba ile çocuklar ya da kardeşler olmak üzere birinci derece akrabalar arasındaki cinsel aktivite olarak bilinmektedir. Fakat bu tanım, amca, dayı, büyükbaba gibi kan bağı bulunan kişilerin eklenmesi ile genişletilmiştir(63). En yaygın encest türleri baba-kız ve erkek kardeş-kız encestidir(64). Çocuğa yönelik kötü muamele türleri içinde saptanması ve tedavisi en zor istismar tipidir. Encest mağdurları, aile dışı cinsel istismar mağdurlarına göre daha olumsuz sonuçlar ile karşı karşıyadır(65).

2.2.2. Cinsel İstismar Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı cinsel istismarı (ÇÇCİ), diğer istismar türleri gibi insanlık tarihinin başlangıcından beri devam etmektedir. Ancak fiziksel istismar, ihmal ve duygusal istismarın aksine insan cinselliğine yönelik sosyal tabunun pelerini ile örtülmüştür (66). Cinsel istismar vakalarının yalnızca %10- 15'inin yetkili kişilere rapor edildiği gösterilmiştir(67). Bu nedenle, çalışmalardan elde edilen sıklık ve yaygınlık sonuçlarının, gerçek vaka sayılarını temsil edebilmesi çok zordur. Bunun yanında tüm dünyada cinsel istismar için yapılan prevalans çalışmalarının sonuçları

%0.1'den %71'lere varan ölçüde değişkenlik göstermektedir(68). Bu durum, örneklenen popülasyonlar, veri toplama teknikleri, çalışma prosedürleri, katılanların yaş ortalamaları, cinsiyet oranları gibi metodolojik eşitsizliklere, kültürel farklılıklar, coğrafi konum ve cinsel istismar tanımlarının değişkenliğine bağlanabilir(69). Örneğin, anket çalışmalarının katılımcılar arasında daha az utanç yarattığını ve bazı toplumlarda yüz yüze görüşmelerden daha yüksek yaygınlık oranlarına ulaşıldığı bildirilmiştir(70). Diğer yandan, cinsel istismar gibi kişisel deneyimleri tanımlamak için anketlerin kullanılması, yanlış negatiflik oluşma riskini arttırmakta ve yaygınlık tahminini olumsuz yönde etkileyebilmektedir(71).

2.2.2.1. Dünyada Durum

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünya ülkeleri ve kültürleri için ortak bir sorundur. Dünya genelindeki 22 ülke ve 65 araştırmanın sonuçları ile oluşturulan bir metaanaliz çalışmasında cinsel istismar prevalansı kadınlarda %19.7; erkeklerde %7.9 olarak bildirilmiştir. Afrikada yüksek prevalans oranları bildirilirken Avrupa'da oranlar en düşüktür. En yüksek oranlar kadınlar için % 43.7; erkekler için % 60.9 ile Güney Afrika'da; en düşük oranlar ise her iki cinsiyet için de %0.6 olarak Fransa'da saptanmıştır (69). Benzer biçimde dünya çapında 1980-2008 yılları arasında yayınlanmış toplam 217 yayının değerlendirildiği kapsamlı bir meta analiz çalışmasına, 331 bağımsız örneklemden 9.911.748 katılımcı dâhil edilmiş ve küresel cinsel istismar prevalansı % 11.8 bulunmuştur. Kadınlarda bu oran %18.0, erkeklerde ise %7.6 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ayrıca ülkelerin sosyoekonomik durumları ile cinsel istismar prevalansları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ekonomik iyiliğin, erkekler için prevalans oranlarını düşürdüğü, kadınlar için herhangi bir etkiye bulunmadığı saptanmıştır(1). Öte yandan Amerika'da 18 yaş ve üzerindeki 34.000'den fazla yetişkinle yapılmış bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarı prevalansı %10.1 olarak bulunmuştur. Böylece yaklaşık on yetişkinden birinin 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığı gösterilmiştir (72).

Çin genel popülasyonunu temsil eden 75.409 katılımcıyı içeren 27 araştırmanın sonuçlarının incelendiği bir derlemede çocukluk çağı cinsel istismar yaygınlığı, kadınlarda %15.3; erkeklerde %13.8 olarak bulunmuştur. Temas içeren

cinsel istismar kadınların %9.5'inde, erkeklerin %8'inde görülürken, penetrasyon kadınların %1'inde, erkeklerin ise %0.9'unda görülmüştür(73).

Avustralya'da ulusal çapta 18-59 yaş arasındaki 876 erkek ve 908 kadın ile yapılmış başka bir çalışmada 16 yaşından önce kadınların %33.6'sının, erkeklerin %15.9'unun penetrasyon dışı, ayrıca kadınların %12.2'sinin ve erkeklerin ise %4.1'inin penetrasyon tipinde cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır(74).

Son olarak, dünya genelinde 24 ülkeden sadece çocuk ve/veya ergenleri içeren, böylece hatırlama yanlılığını azaltan, 55 araştırmanın gözden geçirildiği bir derlemede çocukluk çağı cinsel istismar prevalansının kızlarda % 8-31, erkeklerde ise % 3-17 arasında değiştiği gösterilmiştir. Cinsel istismar türleri açısından; 18 yaşın altında temas içermeyen cinsel istismar kızlarda % 31, erkeklerde % 17, temas içeren cinsel istismar kızlarda % 13, erkeklerde % 6 ve penetrasyon kızlarda %9, erkeklerde %3 oranında saptanmıştır. Birden fazla tür cinsel istismara uğrama yaygınlığı ise kızlarda %15, erkeklerde ise % 8'e ulaşmıştır(75).

Araştırmalar çocukluk çağı cinsel istismarının her yaşta olabileceğini, bunun yanında 8-12 yaşları arasında pik yaptığını, sonraki yıllarda önemli ölçüde düştüğünü göstermektedir(76). Kurbanların %53'ünün 14 yaşın altında olduğu bildirilmiştir(77).

2.2.2.2. Türkiye'de Durum

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de çocuk ihmal ve istismarının yaygın olduğu bilinmesine karşın cinsel istismar ile ilgili veriler kısıtlıdır. Ancak mevcut veriler çocukluk çağı cinsel istismarının Türkiye için önemli bir sorun olduğunu desteklemektedir. Örneğin 2010 yılında UNICEF'in desteği ile yapılmış "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" raporuna göre, Türkiye'de 7-18 yaş arası çocukların %10'u cinsel istismara tanık olmakta, %3'ü son bir yılda cinsel istismara maruz kalmaktadır(78). Dünya Sağlık Örgütü için 2013 yılında hazırlanan raporda ise Türkiye'de çocukluk çağı cinsel istismar oranı %7.9 olarak bildirilmiş ve cinsiyet ile cinsel istismara uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(79).

Ülkemizde 912 lise öğrencisi ile yapılmış bir çalışmada cinsel istismar prevalansı %10.7 olarak bulunmuş, katılımcıların %4.4'ü ensest mağduru olduğunu

bildirilmiş, cinsel istismar ve ensest vakaları kızlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(80).

İstanbul genelinde 26 liseden 1955 kız öğrenci ile yapılmış başka bir araştırmada, katılımcıların %13.4'ünün çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı gösterilmiştir. Cinsel istismar prevalansını araştıran okul temelli ilk çalışma olan bu araştırmada mağdurların %11.3'ünün cinsel dokunmaya, %4.9'unun cinsel ilişkiye maruz kaldığı, %3'ünün ise her iki istenmeyen cinsel deneyim türünü de yaşadığı saptanmıştır. Mağdur öğrencilerin %32.4'ü faili ile arasındaki yakınlığa ilişkin soruyu cevaplamayı reddederken, cevaplayanların %50'si cinsel istismarın bir yabancı tarafından, %1.8'i ise yakın bir aile üyesi tarafından istismara uğradığını belirtmiştir(4). Diğer yandan üniversite öğrencileri arasında, geriye dönük çocukluk çağı cinsel istismarının araştırıldığı toplum temelli bir tez çalışmasında, 302 kadın katılımcının %44.5'i 18 yaşından önce en az bir cinsel istismar deneyimi olduğunu bildirmiştir. On iki yaşından önce istismara uğradığını bildiren katılımcıların %41'inde fail yabancı, %32'sinde ise akrabaların da dahil olduğu aile çevresinden olmuştur. On üç ile on sekiz yaşları arasındaki mağdurların ise %61'inde fail yabancı, %2'sinde fail aile çevresinden olmuştur(81). Benzer bir araştırmada 18-24 yaş arasındaki üniversiteli gençlerde cinsel istismar oranı %10.8 bulunmuştur. Bu araştırmada cinsel istismar ile cinsiyetler arasında bir ilişki saptanmamıştır(82). Üniversite öğrencileri arasında çocukluk çağı cinsel istismarının araştırıldığı başka bir araştırmada ise 173 (92 erkek, 81 kadın) katılımcının %11'inin 18 yaşından önce cinsel istismar mağduru olduğu bulunmuştur. En sık tanımlanan cinsel istismar türü, %73.7 ile cinsel bölgelere dokunulması iken bunu sıklık sırası ile teşhirciliğe maruz kalma (%57.9), çıplak poz vermeye zorlanma (%15.9), cinsel ilişki yaşama (%10.5) ve başkasının cinsel bölgelerine dokunmaya zorlanma (%5.3) eylemleri takip etmiştir(83). Son olarak, dört farklı ildeki üniversite öğrencileri arasında yapılmış bir çalışmada katılımcıların %28.1'i en az bir kez çocukluk çağı cinsel istismar deneyimi yaşadığını bildirmiştir(84).

2.2.3. Cinsel İstismar Risk Faktörleri

Çocukluk çağı cinsel istismarının her yaş, ırk, sosyal sınıf, etnik grup ve dinden çocuğu etkileyebildiği bilinir. Bunun yanında cinsel istismar için risk

faktörlerini belirlemeye yönelik araştırmalar, önleyici stratejilerin geliştirilmesi için çok önemlidir(85). Bu kapsamda çok sayıda araştırma mevcuttur. Sonuçların büyük bir kısmı da birbirleriyle örtüşmektedir. Risk faktörleri bireysel, ailesel ve toplumsal risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir.

Bireysel risk faktörleri:

Kız cinsiyette olmak(86-88),

8-12 yaşlarında olma(86),

Diğer kötü muamele türlerine maruz kalma öyküsüne sahip olmak(89, 90),

Düşük zeka düzeyinde olmak (91) ,

Bedensel engelli olmak (92),

Yetersiz cinsel eğitim(93)

Kurum bakımında kalmak(94)

İlk cinsel ilişkisini erken yaşta yaşamak(91)

Ailesel risk faktörleri:

Mutsuz aile hayatı(95)

Tek ebeveynli olmak(96)

Üvey baba ile yaşamak (88)

Annenin ilk doğumunu erken yaşlarda yapması (97),

Ebeveynlerinde alkol bağımlılığı (98),

Ebeveynlerde madde bağımlılığı (99)

Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi (87, 99),

Aile içi şiddet varlığı(92),

Ebeveynlerde işsizlik(85, 87, 100)

Çevresel risk faktörleri:

Yoksulluk (86, 87, 100),

Aşırı kalabalık konutta yaşama(85),

Kırsal alanlarda yaşama (101),

Şiddet içeren toplumlarda bulunma(88)

Cinsel İstismarın Tekrarlayıcılığına İlişkin Risk Faktörleri

Bir kez cinsel istismar mağduru olmanın ileride cinsel istismar yaşama riskini de arttırdığı bilinmektedir(102). Boylamsal bir araştırmada, cinsel istismar mağduru 1467 çocuğun %39'unda istismarı takip eden yıl içinde istismar yaşantısının tekrarladığı gösterilmiştir(103). Tekrarlayan cinsel istismarların, mağdurların sağlıklı bilişsel yargılamalarını etkileyerek savunmasızlıklarını artırdığı, ilk cinsel istismar deneyimi sonrası oluşan zedelenmiş cinsellikle ve düşük benlik algısı gibi sorunları daha da kuvvetlendirdiği, bu nedenle cinsel istismar deneyiminin tekrarlamasını engellemek için, buna ilişkin risk faktörlerin iyi bilinmesi gerektiği belirtilmektedir(104). Yapılan çalışmalarda, çocukların tekrarlayan istismar deneyimleri yaşama riskini artıran faktörler olarak, ilk mağduriyet yaşının düşük olması, mağdurun zihinsel ve/veya bedensel engelinin bulunması, birden fazla tipte kötüye kullanıma maruz kalma, ailede alkol bağımlılığı bulunması gibi etkenler belirtilmiştir(105, 106). Bunun yanında, mağduru cinsel istismarın tekrarlayıcılığından koruyan faktörler olarak, danışmanlık hizmeti alması, ruhsal iyilik hali ve adli süreçlerin başlatılması sıralanmıştır(103).

2.2.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Sonuçları

2.2.4.1. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Kısa Dönem Ruhsal Etkileri

Çocukluk çağı cinsel istismarı, bir tanı veya bozukluk değil, karmaşık bir yaşam deneyimidir(107). Ayrıca çocuğun bedeninin içsel (internal) ihlali olması nedeniyle en şiddetli travma şekillerinden biri olarak kabul edilir (108). Bu travmatik yaşantının ardından fark edilmeyen ya da çok az fark edilebilen tepkilerden, çeşitli

psikiyatrik bozukluklara ve ciddi davranış problemlerine kadar çok çeşitli psikolojik ve davranışsal sonuçlar gözlenebilir. İstismar sırasında çocuğun yaşı ve bilişsel düzeyi, güçlü ve zayıf yönleri, faile yakınlık derecesi, ailenin yaşadığı olumsuz duyguların özellikle öfkenin yoğun olması, sosyal desteğin kısıtlı olması, cinsel istismarın türü, süresi ve şiddeti, istismar sırasında eşlik eden fiziksel şiddet veya hakaret olması, mağdur çocuğun sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılığı gibi bir dizi faktör istismar sonrası kısa ve uzun dönemde ortaya çıkan psikopatolojileri etkileyebilmektedir(109, 110). Örneğin yaş ve bilişsel düzey arttıkça maruz kalınan eyleme yönelik çocuğun farkındalığı da oluştuğundan, olumsuz etkilenmenin arttığı bildirilir (110, 111). Ancak cinsiyete göre cinsel istismar deneyimlerine verilen tepkilerin nispeten benzer olduğu bildirilir. Bunun yanında cinsel istismar mağduru erkeklerin saldırganlık, madde kötüye kullanımı gibi dışsallaştırma sorunlarını, kız çocukların ise depresyon, kaygı gibi içselleştirme sorunlarını daha sık sergilediği gösterilmiştir(112). Psikopatoloji gelişiminde çocuğun baş etme stratejileri ve aile/akran desteği ise koruyucu faktörler arasında sıralanır(113).

Cinsel istismar çocuklarda temel olarak dört önemli alanda travmatik etkiler yaratmakta, kısa ve uzun vadede psikopatolojiye yatkınlığı artırmaktadır. Bu dört travmatik faktör ; zedelenmiş cinsellik, ihanet duygusu, güçsüzlük hissi ve damgalanma olarak tanımlanmıştır(66). Zedelenmiş cinsellik; cinsel gelişimde normalden sapmaya, uygunsuz ve erken cinsel aktiviteye, kompulsif mastürbasyon davranışlarına, cinsel eylem taklidine, cinsel kimlik bozukluklarına, cinsellik ve mahremiyete karşı isteksizliğin yanı sıra cinsel içerikli konuşma, cinsel merak ve teşhirciliğe yol açabilmektedir. Yakınları tarafından mağdur edilmiş çocuklarda oluşan ihanet duygusu ise; güvensizliğe, kaygılara, kırılganlığa, kızgınlığa, samimi ilişkilerden korkmaya neden olabilmektedir. İsteği dışında eylemlerle karşılaşmış çocuk güçsüzlük hissine kapılmakta, buna bağlı olarak; kontrol becerisinin olup olmadığına ilişkin kafa karışıklığı, kendine güvensizlik, uygunsuz suçluluk duyguları yaşayabilmektedir. İstismara uğrayan çocukların çevreleri tarafından damgalanmaları; utanç ve suçluluk düşünceleri gibi olumsuz etkilere, bu etkilere ikincil olarak da çocuğun benlik saygısında düşmeye neden olabilir(112). Bununla birlikte mağdur çocukların yaklaşık üçte biri , istismar sonrası herhangi bir davranışsal değişim göstermezler(114). ‘Uyku etkisi’ olarak adlandırılan bu durum, istismar

sonrası uzun vadede psikolojik etkilerin görülmeyeceği anlamını taşımaz, nitekim bu çocukların %20 kadarı 12 ila 18 aylık takiplerde bile çeşitli psikiyatrik morbiditelerle karşı karşıya kalmaktadır(115). “Uyku etkisi” fenomeninin, daha az şiddetli cinsel istismar mağduru olan çocuklarda daha sık meydana geldiği bilinir(115).

Cinsel istismar sonrasında yaşanan ruhsal sorunlar yaşa göre incelendiğinde; 3-6 yaş arası çocuklarda istismara sonrasında uygunsuz cinsel davranış oranlarının arttığı, entelektüel yeteneklerinin istismar mağduru olmayan çocuklara göre daha düşük olduğu, travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşılama riskinin daha yüksek olduğu(116), depresyon ve kaygı problemlerinde, sosyal geri çekilme sorunlarında anlamlı olarak artış olduğu gösterilmiştir(66).

Okul çağındaki (7-12 yaş arası) mağdur çocuklarda istismar sonrasında; depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu sıklığının anlamlı oranda arttığı gösterilmiştir(117). Bunun yanında intihar düşüncesi ve cinsel saldırganlık riski de yükselir (118). Ayrıca bazı çalışmalar bu yaşlardaki mağdur çocukların vücut ve kilo memnuniyetsizliği ile diyet kısıtlamasının başlayabileceğini ve 12 yaşından önce cinsel istismara maruz kalanlarda yeme bozuklukları semptomlarını bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (119).

Çocukluk çağı cinsel istismarının ruhsal etkilerinin en sık araştırıldığı gelişim dönemi ergenlik dönemi olmuştur. Cinsel istismar mağduru ergenlerde; depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu artarken psikopatoloji varlığı, istismarların ciddiyeti ile güçlü biçimde ilişkili bulunmuştur(120). Ayrıca ergenlerde, küçük çocuklara kıyasla daha ciddi depresif semptomlar ve daha düşük benlik saygısı saptanmıştır. Mağdurların benliğine ilişkin olumsuz inanç ve duygularının, TSSB semptomları ve ciddiyeti ile yüksek derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle, öfke, utanç ve aşağılanma bilişleri doğrudan cinsel istismar ile ilişkilendirilir(121). Öte yandan bu dönemde, intihar düşüncesi ve tamamlanmış intiharların cinsel istismar mağdurları arasında arttığı, ayrıca mağdur erkeklerde kadınlardan daha fazla intihar eğilimi görüldüğü gösterilmiştir (117, 122). Ek olarak mağdur ergenler arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, madde bağımlılığı ve antisosyal özellikler gösterme riskinin daha yüksek olduğu (123, 124), örneğin alkol bağımlılığı olan ergenlerde cinsel istismar öyküsünün kontrollerden 21 kat daha fazla olduğu(124),

mağdur ergenlerin daha küçük yaşlarda rıza ile cinsel ilişki yaşadığı ve riskli cinsel ilişkide bulunma olasılığının, ergen hamileliği ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(125). Diğer yandan cinsel istismar mağduriyetinin, kız ergenlerde vücut ağırlığı ve beden algısı ile ilgili kaygılara neden olarak yeme bozukluklarına yatkınlık yarattığı (126), ayrıca ergenlik dönemindeki uyku sorunlarının, TSSB ya da depresyon gibi diğer faktörlerden bağımsız olarak cinsel istismar mağduriyeti ile ilişkili olduğu, istismar yaşantısı olmayan kontrollere kıyasla mağdurlarda uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü gösterilmiştir(127).

2.2.4.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Uzun Dönem Ruhsal Etkileri

Çocukluk çağı cinsel istismarı, çocukluk döneminin yanı sıra yetişkinlik döneminde de önemli işlev bozukluklarına yatkınlık oluşturabilir. Birçok araştırmada çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün stres fizyolojisi cevabına bağlı nörobiyolojik mekanizmalar ile strese duyarlılığı artırdığı, böylece yaşam boyu çoklu zihinsel-bedensel bozukluklar ve sağlık problemlerine sebebiyet verebildiği gösterilmiştir(128). İstismar yaşantısı, mağdur ile ilişkili patolojilerin yanı sıra artan sağlık hizmeti kullanımı nedeniyle toplumsal ekonomik maliyetlerle de ilişkilidir(129). Yetişkinlik döneminde saptanan ve çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü ile ilişkilendirilmiş psikopatolojiler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

2.2.4.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı, travmayı takiben 1 ay sonra konulabildiği gibi, belirtilerin geç dönemde oluşmasıyla da saptanabilir. TSSB ile ilişkili spesifik semptomlar; yeniden yaşantılamalar, intruzif düşünceler, aşırı uyarılma belirtileri, bilişsel çarpıtmalar, bir şekilde kötüye kullanımı hatırlatan durumlardan veya uyaranlardan kaçınmadır. TSSB, çocukluk çağı cinsel istismar mağduru olan yetişkinler arasında sık saptanan psikopatolojilerdendir(130). Çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin TSSB ile ilişkisini inceleyen çalışmalar, TSSB skorlarının çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olanlarda en yüksek olduğunu göstermiştir(131). Cinsel istismar öyküsü olan bireylerin diğer istismar türlerine göre, emosyonel regülasyonu sağlamakta zorlandıkları, dissosiyasyondan kaynaklanan

bilişsel kaçınmaları nedeniyle yeniden canlandırmaya daha yatkın oldukları öne sürülmüştür(132).

Yapılan çalışmalarda TSSB semptomatolojisi ile istismarın türü, şiddeti, süresi, fail özellikleri arasında anlamlı ilişkiler belirtilmiştir(130). Başka bir araştırmada, 16 yaşından önce cinsel istismar deneyimi olan kadın ve erkeklerin 30 yaşındaki TSSB düzeylerinin cinsel istismar öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve penetrasyon içeren istismara maruz kalanlarda TSSB puanları en yüksek olduğu gösterilmiştir (133). Ayrıca ÇÇCİ erişkin yaşamda, travma sonrası stres bozukluğuna ek olarak yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, panik bozukluk gibi diğer anksiyete bozuklukları ile de ilişkili olduğu bulunmuştur(134).

2.2.4.2.2. Depresyon

Çocukluk çağı cinsel istismarı yetişkinlerde depresyon için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Yetişkin çağda depresyon tanısı riski, ÇÇCİ öyküsü olan kadınlarda, istismar bildirmeyenlere göre 2-3 kat daha yüksektir(135). Araştırmalar, ÇÇCİ mağduru bireylerin % 30-40'ına yaşam boyu en az 1 kez depresyon tanısı konduğunu, bu oranın cinsel istismar öyküsü olmayan kişilerde %10-20 olduğunu göstermektedir(136).

Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalanlar arasından kimlerin depresyon geliştireceğini tahmin etmek amacıyla, depresif semptomatoloji gelişimi ile ilgili spesifik istismar özellikleri araştırılmıştır. İstismarın erken başlangıç yaşı, penetrasyon varlığı, ensest, fiziksel şiddet kullanımı, istismar süresi ve fail sayısı depresyon ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir(115, 137). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan depresif yetişkinler, daha erken semptom başlangıcı, daha uzun hastalık süresi ve intihar davranışı için daha büyük bir riske sahiptir (89, 138).

2.2.4.2.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Çocukluk çağı cinsel istismar deneyimleri, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı riskini artırmaktadır. Genel popülasyona dayalı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalmanın, yaşam boyu alkol bağımlılığı oranlarında 1.5-3 kat artışla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (139).

Alkol kullanımının, sıklıkla istismar sonucu deneyimlenen çaresizlik, kaygı, intruzif düşünceler, umutsuzluk ve stresten kaçınma için bir self medikasyon olarak başladığı düşünülmektedir(140). Öte yandan ebeveyn bakımının yetersizliği, cinsel istismar mağdurları arasında alkol sorunlarının gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Cinsel istismar sonrası yeterince ebeveyn desteği almayan çocuklarda, alanlara oranla yaşam boyu ağır alkol tüketimi riski artmaktadır (141).

Çocukluk çağı cinsel istismar mağdurlarında erişkin dönemde nikotin ve yasadışı madde kullanımı arasında da ilişki olduğu bildirilmiştir(142). ÇÇCİ deneyimi ile sigara kullanımının 2 ila 3,bağımlılığın ise 3.8 kat arttığı bulunmuştur(143). Sigara içme, strese karşı bir baş etme yöntemi olarak başlarken; bağımlılığa kadar da ilerleyebilmektedir(144).

Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan erkeklerle yapılmış 18 araştırmanın sistematik bir incelemesinde; daha erken başlangıçlı, daha çeşitli ve sık madde kullanımının cinsel istismar ile bağlantılı olduğu bulunmuştur(145). Ayrıca ÇÇCİ öyküsü olan madde bağımlılarının, daha şiddetli belirtilere sahip oldukları ve tedavi programlarında arınma sağlamada daha fazla zorluk çektikleri bildirilmiştir(146).

2.2.4.2.4. İntihar Davranışı

Çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü, yetişkinlerde intihar girişiminin önemli bir yordayıcısıdır(147). Diğer istismar türlerine kıyasla cinsel istismarın daha şiddetli ihanet hissi ve sosyal damgalanma ile sonuçlanabildiği, bu nedenle intihar davranışı üzerine doğrudan etkili olduğu bildirilir(148). İntihar girişimi için riskin, ÇÇCİ öyküsü olanlarda dört kat daha fazla olduğu gösterilmiştir(147). Ancak bu alanda yapılmış çalışmalar daha çok kadın cinsiyete odaklanmıştır. Çocukluk çağı cinsel istismarına uğramış kadınların bağlanma sorunları ve sosyal uyumsuzluk yaşama olasılığı yüksektir. Sosyal uyumsuzluk ise ölüm düşüncelerine yol açan ana nedenlerden birini oluşturur(147). Yapılan çalışmalarda, ÇÇCİ öyküsü olmayanlar ile karşılaştırıldığında, intihar girişimleri ÇÇCİ öyküsü olan kadınlarda 2-4 kat, erkeklerde 4-11 kat daha yüksek olarak bulunmuştur(122).

Çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalanlarda, anne eğitim düzeyi, istismar sonrası yeterli ebeveyn ve öğretmen desteği, okul güvenliği gibi faktörler intihar riskine karşı koruyucu faktörler olarak değerlendirilirken; tek ebeveyn ile yaşama, akran zorbalığı öyküsü, alkol kötüye kullanımı, borderline kişilik örüntüleri intihar girişimi riskini arttıran faktörler olarak saptanmıştır(149).

2.2.4.2.5. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluğa sahip bireylerde çocukluk çağı istismarı öyküsü, genel popülasyona kıyasla daha sık görülmektedir (150). Yapılan çalışmalarda bipolar hastaların yaklaşık yarısında çocukluk dönemi kötüye kullanım maruziyeti bildirilmiştir (151, 152).

Tüm istismar türleri, bipolar bozukluğun gelişme riski ve kötü prognozu ile ilişkili olmasına rağmen literatürde özellikle fiziksel ve cinsel istismar, bu ilişkinin en güçlü araçları olarak tanımlanmıştır(153). Bipolar bozukluğu olan kişilerde, ÇÇCİ yaygınlığı % 24 olarak bulunmuştur(154).

Öte yandan ÇÇCİ, bipolar bozukluk için daha erken başlangıç yaşı, daha hızlı döngü, daha şiddetli mani ve depresyon dönemleri, madde bağımlılığı dahil daha yüksek psikiyatrik komorbidite, daha fazla intihar girişimi, tedaviye daha kötü yanıt, daha yüksek fiziksel hastalık prevalansı ve daha belirgin bilişsel yıkım için risk faktörü olarak saptanmıştır(151, 154, 155). Yapılan çalışmalarda ÇÇCİ öyküsü olan bipolar hastalarda psikotik belirti sıklığı iki kat, işitsel varsanı sıklığı ise üç kat artmış bulunmuştur(156, 157)

Çocukluk çağı cinsel istismarının, özellikle hiperseksüalite, öfori ve hiperaktivite gibi manik semptomlar üretebileceği varsayılmaktadır. Bu durumun, istismarın yarattığı olumsuz duygu, düşünce ve anıları, daha olumlu deneyimler yaşayarak geçici olarak önlemek veya azaltmak için kullanılan duygusal başa çıkma stratejileri olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir(158). Ayrıca, çocuk istismarının, merkezi sinir sistemi devrelerini kalıcı olarak hassaslaştırdığı , beyin yapısında ve fonksiyonlarında kalıcı değişikliklere neden olabilecek nörobiyolojik olayları indüklediği, tüm bu etkilerin ise bipolar bozukluk geliştirme riskini artırabileceği belirtilmiştir(159, 160).

2.2.4.2.6. Kişilik Bozuklukları

Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmanın kişilik patolojileri için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir(161). Yapılan çalışmalar çocukluk çağı ihmali ile A kümesi kişilik bozuklukları arasında(162, 163), fiziksel istismar ile antisosyal kişilik bozukluğu arasında(161), duygusal istismar ile C kümesi kişilik bozuklukları(164) ve narsistik özellikler arasında(162) bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Çocukluk çağı cinsel istismar maruziyeti ise yetişkin dönemde borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanısı için risk faktörüdür(14, 165). Yapılan çalışmalarda BKB tanısı alan hastaların % 16.1-85.7'si çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildirmiştir(166, 167). ÇÇCİ mağdurları arasında ise BKB oranları % 1.8 ile % 29.3 arasında saptanmıştır(168, 169).

2.2.4.2.7. Yeme Bozuklukları

Çocuk istismarı, özellikle çocukluk çağı cinsel istismarı, yeme bozukluğu semptomlarının gelişimi için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (170). Cinsel istismar mağdurlarının bedenleriyle ilgili utanç duygularında artış yaşamasının, dürtüsellik, sınırda kişilik bozukluğu, dissosiyasyon, self-mutilasyon, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojiler açısından yüksek risk oluşturmasının, yeme bozukluğuna karşı kırılganlığı arttırdığı belirtilmiştir(171). Çocukluk çağı cinsel istismarına özellikle major depresif bozukluk gibi psikiyatrik durumlar eşlik ettiğinde, bulimia nervosa tanısı riskini artırdığı, kısıtlayıcı yeme davranışından ziyade tıknırcasına yeme ile daha güçlü şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır(172). Cinsel istismar ile tıknırcasına yeme arasındaki bu ilişkinin, her iki durumda da kullanılan dissosiyatif başa çıkma tutumları ile ilişkilendirilmiştir(173).

2.2.4.2.8. Uyku Sorunları

Literatürde çok sayıda çalışma çocuk istismarının yetişkin dönemde uyku bozuklukları ile ilişkisi incelemiştir(127, 174, 175). Uyku problemlerinin, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarda da görüldüğü bilinmekle birlikte, yetişkinler ile yapılan çalışmaların sonuçları; ÇÇCİ yaşantılarının ve uyku bozukluklarının, diğer ruhsal bozukluk semptomlarından bağımsız olarak ilişkili

olduğunu göstermektedir(176, 177). ÇÇCİ mağdurları arasında en sık çalışılan uyku bozuklukları; insomnia ve uyku paralizisidir. İnsomnia riskinin, istismar öyküsü olanlarda olmayanlara kıyasla daha fazla arttığı gösterilmiştir(177, 178). Yapılan çalışmalarda, ÇÇCİ ile uyku paralizisi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (179, 180). Cinsel istismar öyküsü bildiren katılımcılar, istismara uğramamış olanlara göre , daha sık ve daha fazla rahatsız edici uyku paralizisi atakları bildirmişlerdir(180). Öte yandan ÇÇCİ ve yetişkin dönem uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin, kadınlarda erkeklerden daha güçlü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(181).

2.3. Bildirim Kavramı

Çocukluk çağı cinsel istismar mağdurlarının çok az bir kısmı cinsel istismara özgü fiziksel semptomlara sahiptir. Cinsel istismarının gizli doğası ve mağdurlarda sıklıkla fiziksel bir kanıt bulunamaması nedeniyle mağdurların cinsel istismarı ifşa etmesi-bildirmesi; istismarı durdurmak, akut etkileri ele almak ve uzun vadeli olumsuz sonuç olasılığını azaltmak için yasal ve terapötik müdahalenin başlatılmasında en kritik ve gerekli süreçtir(182).

Çocukluk çağı cinsel istismarının gizli kalması, daha uzun süre istismara maruz kalma, yeniden mağdur olma ve gerekli tedaviyi görememe gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir, bu durum aynı zamanda başka çocukları da riske sokabilir (183-185). Mağdurlar istismarı bildirmediğinde, bildirilmesini engellediğinde ya da gerçekleştiğini reddettiğinde, istismar soruşturmaları engellenir. Resmi bir soruşturma sırasında net bir açıklama yapmamak, kötüye kullanılma şüphelerinin asılsız olduğunun düşünülmesine, soruşturmanın sona ermesine neden olabilir. Bu durumda mağdur artan istismar riski ile karşı karşıya kalır. Bildirim teşebbüsünün olumsuz sonuçları ile yüzleşme, çocuğun gelecek açıklama girişimlerinin olasılığını da azaltır(186). Nitekim mağdurların çoğunluğunun, istismar yaşantısını geç bildirdiği ya da hiç bildirimde bulunmadığı gösterilmiştir(7, 187, 188). Toplum ve klinik örneklemeler ile yapılmış araştırmalarda mağdurların %30 ila %80'inin yetişkinlikten önce istismarı bildirmediği saptanmıştır(67, 186). Bildirmeyi geciktirmenin yanı sıra mağdurlar, tıbbi bulgular, görgü tanıkları, video görüntüleri gibi istismar yaşantısını onaylayıcı kanıtlara rağmen bunu reddedebilir(189). Dahası, istismar olayı ile ilgili

bilgi sahibi olan katılımcıların dahi sadece üçte birinin tacizi yetkililere bildirdikleri belirtmiştir(186). Cinsel istismarda ‘bildirim’ teriminin, kullanım alanlarının çeşitlilik göstermesi ve spesifik olmaması nedeniyle basitçe herhangi birisine söyleme eylemi mi, yoksa resmi bir kuruma kötüye kullanımı ihbar etme eylemi mi olduğu konusunda bir netlik yoktur (190).

2.3.1. Bildirim Tipi

Literatür incelendiğinde dört farklı bildirim türünün tanımlandığı görülmektedir. Kendiliğinden-istemli (Spontaneous/purposeful) bildirim; istismar deneyimini gönüllü olarak herhangi birine söylemek olarak tanımlanır. Tetiklenmiş (Precipitant) bildirim; isteğe bağlı ancak genellikle planlanmamış, diğer uyarılara veya koşullara yanıt olarak (örneğin istismar ile ilgili haber, film izlemek gibi) yapılan bildirimdir. Sorgulanmış (Elicited/prompted) bildirim; mağdurun istismar deneyimini, ruhsal ve davranışsal değişimi fark edip çocuğa bu yönde soru soran birine söylemesidir. Son olarak istemsiz (involuntary) bildirim; istismarı başkasının anlatması, görgü tanıklarının ifadesi ya da bulunan fiziksel deliller ile mağdurun iradesi ve isteği dışında, üçüncü kişiler tarafından istismarın ortaya çıkmasıdır(191). Mağdurlar arasında kendiliğinden-istemli bildirim oranları %38 ile %96 arasında değişirken, bildirim yapan mağdurların büyük çoğunluğunun en sık bu bildirim tipini geciktirdiği gösterilmiştir (10, 192).

2.3.2. Bildirimde Bulunma Süresi

Literatür incelendiğinde; cinsel istismar bildirim sürelerine “olayın hemen ardından, 1 ay içinde, 1 ay ile 5 yıl içinde ve 5 yıldan uzun süre sonra” olmak üzere sınıflandırıldığı görülmektedir(188). Ancak bu süreçlere ilişkin standart bir sınıflama söz konusu değildir. Bazı araştırmacılar olayın hemen ardından gerçekleşen bildirimleri kısa-gecikmiş (hemen) bildirim olarak yorumlamışken (193), bazı araştırmacılar ise olayın ardından 1 aylık süre içinde yapılan bildirimleri kısa-gecikmiş bildirim olarak yorumlamıştır (194). Her iki araştırmada da 1 aydan daha uzun süre sonra gerçekleşmiş bildirimler uzun-gecikmiş bildirim olarak yorumlanmıştır.

Bildirim sürelerine ilişkin yapılan araştırmalarda mağdurların %21.2’sinin olayın hemen ardından, %21.3’ünün 1 ay ile 5 yıllık süre içinde %57.5’inin ise olayın

üzerinden 5 yıldan daha uzun süre geçtikten sonra bildirimde bulunduğunu gösterir (188). Gecikmiş bildirim üzerine yapılan çalışmalar, ortalama gecikme süresinin 3 ila 18 yıl arasında değiştiğini göstermektedir(7, 195).

2.3.3. Bildirim Yapılan Kişiler

Bildirim sürecinin önemli aşamalarından biri, mağdurun istismar yaşantısını paylaşacağı birini seçmesidir. Bu konuda yapılan çalışmalar, çocuk ve gençlerin daha sıklıkla kademeli bir bildirim modelini takip ettiğini, ebeveyn ya da profesyoneller gibi otorite sahibi birisine cinsel istismar deneyimini açıklamadan önce, gelecek tepkiyi test etmenin bir yolu olarak, akranlarına bildirimde bulduklarını göstermiştir. Literatürde, istismarın ebeveynlere, aile üyelerine, arkadaşlara, öğretmene, doktor, polis gibi kamu çalışanlarına bildirilme oranları ile ilgili farklı sonuçlar gösterilmiştir. Mağdurun bildirim yapacağı kişi olarak en sık akranlarını seçtiğini saptayan çalışmaların yanında(196-198), en sık ebeveynleri seçtiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur(199). Ergenlerin, istismar yaşantısını büyük oranda yetişkinlerden gizlediği, daha sık olarak akranlarına bildirimde bulunduğu gösterilmiştir(13, 200). Küçük çocuklar ise daha yüksek oranda yetişkinlere bildirimde bulunur(201). Cinsel istismar mağduru ergenlerle yapılmış bir çalışmada, bildirim oranında arkadaşlara, %38 oranında anneye yapıldığı, adli bildirim oranının ise %35 olduğu saptanmıştır. Bildirimin anneye yapıldığı vakalarda, adli bildirim oranı %55 iken arkadaşlara yapıldığı vakalarda adli bildirim oranı %17 olarak hesaplanmıştır. Akranların, en yaygın bildirim yapılan kişiler olmasına rağmen, bu mağdurların adli süreçlere yönlendirilme ihtimalinin en düşük olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada, anneye bildirim yapan mağdurların adli süreçlerinde failin tutuklanma oranı daha yüksek bulunmuştur(202).

2.3.4. Bildirim Sürecini Etkileyen Faktörler

Bildirim, istismarın sonlanması, tedaviye ulaşım ve yasal süreçlerin başlaması için anahtar rol oynamaktadır. Bildirimi etkileyen faktörlerin bilinmesi, istismarın olumsuz etkilerini azaltabilmek açısından önemlidir. Bildirimi engelleyen ve kolaylaştıran etkenler ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur. Bir araştırmada bildirim engelleyici tüm faktörler; içsel engeller, kişilerarası engeller ve sosyal-

çevresel engeller olarak kategorize edilmiştir(203). İçsel engeller; genellikle kendini suçlama, istismardan kendini sorumlu tutma ve bunun ile ilgili utanç duygusu, istismarın acı verici hatıraları ile tek başına başa çıkabileceğine inanmak ya da bu anıların tamamen bastırılarak unutulması, istismar sırasında olgunlaşmamış cinsellik anlayışı gibi etkenler olarak tanımlanmıştır. Kişilerarası engeller; aile üyeleri, bakım verenler, arkadaşlar, öğretmenler gibi yaşamdaki önemli kişilerle ilgili engellerdir. Güvenli olmayan ebeveyn çocuk ilişkisi ve aile içi şiddet, bildirimden sonra inanılmama ya da suçlanma korkusu nedeniyle, mağdurun sessiz kalmasına neden olmaktadır(204). Çoğu mağdur, bildirim sonrası insanların suçlama, öfkelenme, reddetme gibi tepkilerinden korktuklarını, polis veya diğer yetkililerin eylemlerinden kaçınmaya çalıştıklarını, yaklaşımlarını korkutucu bulduklarını ya da sonrasında ne olacağını bilmediklerinden bildirimde bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Bildirimi engelleyen sosyal-çevresel engeller ise; cinsellik ile ilgili kültürel tabular, istismar ile ilgili bilgilendirici hizmet eksiklikleri, damgalanma endişelerini içerir(203).

Cinsel istismar bildirimini etkileyen faktörlere yönelik çalışmalarda; yaş ve bilişsel düzey gibi mağdura ait özelliklerin bildirim üzerine etkileri araştırılmıştır. Bazı araştırmalarda, küçük çocukların daha büyük çocuklara kıyasla daha yüksek oranda bildirimde buldukları gösterilmişken(197), bazı araştırmalarda küçük yaştaki mağdurların istismarı bildirmeme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır(201, 205). Küçük çocuklar; toplumsal cinsel tabular hakkında sınırlı bilgiye sahiptirler, bu nedenle istismarın yanlış ve uygunsuz olduğunu tam olarak anlayamazlar(206). İstismar mağduru olduğunu fark edemeyen çocukların bunu bir yetişkine bildirme olasılığı da azalır(207). Bunun yanı sıra küçük çocuklar, istismarın kendileri veya başkaları için olası olumsuz sonuçlarını da kavrayamadıklarından, daha büyük çocukları kolayca utandıran bu konuları ve davranışları anlatmaya daha istekli olabilirler. Kısaca, küçük yaştaki çocukların istismarı bildirimini, anlamını fark etmeden yetişkinlere söyleme şeklindedir.

Çocukluk çağı cinsel istismarı bildirimini cinsiyet ile ilişkisine bakıldığında, yaşam boyu bildirim oranının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir(9, 208). Erkeklerin istismar bildirimini engelleyen faktörler arasında; failin erkek olduğu istismar yaşantıları sonrasında başkaları tarafından potansiyel bir suçlu olarak görülme ve eşcinsel olarak algılanma korkusu olduğu gösterilmiştir(9,

195). Bir kadın tarafından tacize uğrayan erkekler ise, bu durumun erkekler tarafından memnuniyetle karşılanması gerektiği algısı ile bildirimde bulunmadığını ya da geciktirdiğini belirtmişlerdir (209).

Bildirim sürecini etkileyen faktörlerden bir diğeri istismar faili ile çocuk arasındaki ilişkidir. Aile içi cinsel istismar mağdurlarının bildirimde bulunmaması ya da gecikmiş bildirim oranının, aile dışı cinsel istismar mağdurlarına göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (184, 210). Bu tür bir istismar toplumda yarattığı tepki açısından diğer türlere göre daha olumsuz sonuçlanabilir, çocuklar bu tür sonuçları önceden tahmin edebilir, aile içi cinsel istismar bildirim sonrası mağdurların kurum bakımına alınmaları nedeniyle mağdur ifadelerinde bir değişikliğe neden olabilir ve bildirimden kaçınabilirler(211). Çocuğun faile olan sevgisi ve failin korunmasına duyulan ihtiyaç, bu tür istismar bildirimleri engelleyen diğer faktörlerdir(212). Benzer biçimde istismarın türü ve şiddetinin, mağdurun bildirim konusundaki kararını etkileyebileceği gösterilmiştir. Ancak bu yöndeki sonuçlar arasında tutarsızlık göze çarpmaktadır. Örneğin, penetrasyon içeren cinsel istismarın, bildirim olasılığını arttırdığını (213), azalttığını (184) veya bunu etkilemediğini (214) gösteren farklı çalışmalar mevcuttur.

Literatür incelendiğinde, bildirim engelleyen faktörler olarak inanılmamaktan korkma, utanç, istismara ilişkin sorumluluk duygusu ya da istismardan kendini suçlama, kendileri veya başkaları için oluşabilecek sonuçlardan korkma, istismarcının tehditleri, etiketlenme endişesi, suçlanma korkusu, katı cinsiyet rolleri sıralanmıştır(185, 192, 215).

2.3.5. Bildirimin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Çocukluk çağı cinsel istismar mağdurlarının istismarı bildirmesi, istismarın sonlanması ve gerekli terapötik müdahalelerin başlatılması açısından kritik öneme sahiptir(216, 217). Bildirimde bulunulmaması ise daha uzun süreli, tekrarlanan kötüye kullanım ve başka çocukların mağdur olma riskinde artış ile sonuçlanabilir (9, 218). Bu nedenle, çocuğun güvenliği ve ruhsal iyiliği açısından bildirim gerekli olduğu, buna teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (186).

Literatürde, bildirim ile mağdur ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmalar, istismar deneyimini bildirmenin, ruh sağlığına

yönelik daha olumlu sonuçlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir(188, 219, 220). Gecikmiş bildirim ise erişkin dönemde özellikle depresyon riskinin artışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (221, 222). Buna karşın bazı çalışmalar, istismar bildirimının yetişkin dönemde psikiyatrik sorunların görülme riskini artırdığını göstermiştir. Bu sonuç, bildirim alıcılarının verdiği olumsuz tepkilerle açıklanmıştır(223, 224). Örneğin bildirim, yetişkin dönemde ruhsal sorun riskini artırmasında önemli bir değişkenin, çocuğun istismar yaşantısını ilk söylediği kişinin, mağdurun rızası olmadan başka bir kişiye bunu bildirmesi olduğu gösterilmiştir(223). Ayrıca istismarın sonlanması, uygun yardım ve tedavinin sağlanması için gerekli adımlar atılmadığı sürece cinsel istismar bildiriminin mağdur için zararlı olacağı belirtilmiştir(225).

Bildirim sonrası mağdurun deneyimleri, genel olarak iki farklı temelde şekillenir. İstenilen, olması beklenen senaryo; bildirim sonrası mağdura inanılması, destek olunması, resmî kurumlara başvurulması, fail hakkında yasal sürecin işlemesi ve çocuk için, gerekli ise, profesyonel hizmet ve tedavilerin başlatılmasıdır. Fakat ne yazık ki bildirim sonrası süreç, her zaman bu şekilde işlememektedir. Mağdur, bildirimden sonra yetişkinler tarafından yeterli destek göremeyebilmekte, bazen resmi bildirim yapılmamakta, istismarcıdan korunamamakta ve kötü muamele devam etmektedir(226). Yapılan bir çalışmada, bakım veren tarafından sağlanan sosyal desteğin, cinsel istismarın ve bildirimının potansiyel olumsuz etkilerini azaltabilecek en önemli değişkenler arasında olduğu bulunmuştur(227).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Evreni ve Tipi

Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi öğrencileri arasında cinsel istismar sıklığını, istismara ilişkin özellikleri, gençlerin bu eylemi biri ile paylaşma sıklığını, bildirimde bulunmak için geçirdikleri süreyi, paylaşımında bulunmadılar ise bunu etkileyen faktörleri belirlemek, bunlar ile gençlerin depresif belirti şiddetleri ve benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması amacı ile yürütülmüş toplum temelli kesitsel bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın örneklemini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında, Karadeniz Teknik Üniversitesi ana kampüs bünyesindeki tıp, sağlık bilimleri, orman, mühendislik, mimarlık, iktisadi ve idari bilimler, fen, edebiyat ve eczacılık fakültelerinde eğitim gören 18-24 yaş aralığındaki 1249 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü; Türkiye’de cinsel istismar sıklığını araştıran çalışmalardan elde edilen verilere dayanılarak hesaplanmıştır. Bu çalışmalarda cinsel istismar sıklığı %10.7-%26 arasında bildirilir (3, 4, 84). Planlanan araştırma için cinsel istismar prevalansı ortalama %15 olarak kabul edilmiş, örneklem sayısı formülüne göre, %15 prevalans, %2’lik sapma ve %95 güç ile 1225 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Fakülteler bazında alınması gereken katılımcı sayısı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 2018-2019 eğitim-öğretim yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi’ndeki belirtilen fakültelerde eğitim görüyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18- 24 yaş arasında olmak,
- Anket formlarının dağıtıldığı sırada ilgili derslikte bulunmak

3.4. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- 18 yaşından küçük veya 24 yaşından bk olmak

3.5. Araştırmanın Aşamaları

Bu araştırma Ocak 2019 – Mart 2019 tarihleri arasında verileri toplanan, toplum temelli anket çalışmasıdır. Katılımcılara, kendi dersliklerinde, ğretim üyelerinin izni ile derse başlamadan hemen önce ulaşılmıştır. Bu amaçla, öncelikle Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü’ne çalışma tasarımı ve çalışmanın amacına ilişkin bilgilendirme yazısı iletilmiş, çalışma için izin alınmıştır (Ek-1). Rektörlük onayının ardından Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuş ve 2019/42 sayılı onay alınmıştır (Ek-2).

Ankete başlamadan önce araştırmacı tarafından sözel olarak çalışma içeriği ve veri gizliliğine ilişkin olarak ön bilgi katılımcılara verilmiştir. Bu bilgilendirme ayrıca yazılı olarak, bu çalışma için literatürdeki benzer çalışmalardan yola çıkılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan “Bildirim Anketi” formunun ilk sayfasında gönüllülere sunulmuştur. Katılımcılardan öncelikle çocukluk dönemine ilişkin cinsel istismar mağduriyetlerini ve bu mağduriyete ilişkin bildirim süreci ve bildirimde bulunmadılar ise bunun nedenini belirlemeye yönelik anket formunu, sonrasında ise benlik saygısı ve depresyon düzeylerini saptamaya ilişkin ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Tüm fakültelerden hedeflenen kişi sayısına ulaşıldığında veri toplanmasına son verilmiştir. Toplamda 1306 gönüllüye ulaşılmış ve anket verileri toplanmıştır, fakat eksik doldurulan 57 anket çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Bildirim Anketi

Bildirim Anketi, araştırmacılar tarafından, literatürde bu alanda yapılmış çalışmalardan yararlanılarak oluşturulmuştur. Katılımcıların 18 yaşından önce

herhangi bir cinsel istismar yaşantısı olup olmadığı, istismara maruz kaldılar ise hangi tip istismar mağduru oldukları, bu mağdurların cinsel istismar bildiriminde bulunup bulunmadığı ve bildirimlerine engel olabilecek faktörleri kapsayan sorular içerir. Ayrıca anketin ilk sayfasında gençlere yönelik kısa bir bilgi notu yer almıştır. Bu notta çocuğa yönelik cinsel istismarın tanımı ve bu çalışmanın amacı özetlenmiş, katılımcılar için bir farkındalık eğitimi olması planlanmıştır.

Bu çalışmada cinsel istismar; çocukluk döneminde (18 yaş altında), henüz yeterli cinsel olgunluğa erişmemiş bir bireyin cinsel haz içeren eylemler içinde bulundurulması ya da buna zorlanması olarak tanımlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada cinsel istismar; “temas içermeyen tip”, “dokunma-dokundurtma tipi” ve “penetrasyon tipi” olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Temas içermeyen cinsel istismar tipi; sözlü istismar, teşhir, pornografik görüntü-video maruziyeti ve röntgencilik alt tiplerini içerir. “Temas içeren cinsel istismar” terimi ise, dokunma-dokundurtma ve penetrasyon tiplerini kapsamaktadır. Karşılaştırma analizlerinde istismar şiddeti, istismar deneyiminin temas içerip içermemesi ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Temas içermeyen, dokunma-dokundurtma ve penetrasyon tiplerinden en az 2’sini rapor eden katılımcılar, birden fazla tip cinsel istismar mağduru olarak kabul edilmiştir. Bunun yanında mağdurlar tarafından cinsel istismar faili olarak ebeveyn, kardeş ve/veya akraba işaretlenmiş ise “aile içi istismar” olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamında “bildirim” terimi, mağdurun cinsel istismar yaşantısını herhangi biri ile paylaşması anlamında kullanılmıştır. Mağdur, sağlık çalışanları, öğretmenler ve polis/savcı gibi resmi görevlilere bildirimde bulunmuşsa “resmi bildirim”, polis ve/veya savcılık makamına bildirimde bulunmuş ise “adli bildirim” olarak değerlendirilmiştir. Son olarak anket içeriğinde, mağdurların cinsel istismar bildiriminde bulunmasına engel olabilecek 28 faktör sıralanmıştır. Bu 28 faktör, Collin-Vézina ve ark.(203) çalışmasına benzer şekilde “bireysel”, “ailesel” ve “toplumsal” faktörler olmak üzere 3 boyutta kategorize edilmiştir. Bireysel engeller kategorisini “ Bu davranışın suç olduğunu bilmiyordum , Bu olayı önemsemedim, Bu olay ile ilişkili olarak kendimi sorumlu tuttum, benim hatam sandım, Bu davranış esnasında alkol/madde kullandığım için kendimi suçladım, Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım, Bu olayı kimseye anlatmazsam unuturum diye düşündüm, unutmak istedim, Bu davranışın yanlış/hatalı bir davranış olduğunu bilmiyordum, Bu

davranışın suç olduğunu biliyordum ve birine söylersem o da polise söyler diye endişelendim, Bu olayı anlatabileceğim kimsem yoktu’, ailesel engeller kategorisini ”Ailem bu olayı duyarsa bana kızar, beni sevmez diye endişelendim, Ailem ya da yakınlarım bu olayı öğrenirse bana şiddet uygular diye korktum, Ailemin bana inanmamasından korktum, Annem babam özgürlüğümü kısıtlar (dışarı çıkmama / arkadaşlarımla görüşmeme izin vermez vs.) diye endişelendim, Ailem bir daha beni okula göndermez diye endişelendim, Ailem beni evlendirir (bu davranışı yapan kişiyle ya da başka biriyle) diye endişelendim, Bu olayı birine anlatırsam ailemin dağılmasından korktum, Bu olay duyulursa ailemden uzaklaştırılırım ve çocuk yurduna alınırım diye korktum, Bu olayı birine söylersem ailemin başına kötü şeyler gelmesinden endişelendim” ve toplumsal engeller kategorisini ise “Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim, Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim, Bu davranışa maruz kaldığım duyulursa benim de başkalarına bu davranışta bulunabileceğim düşünülür diye endişelendim, Bu olayı birine söylersem eşcinsel olarak etiketlenmekten endişelendim, Beni seven insanları üzmemekten korktum, Bu olayı birine söylersem bana bu davranışı yapan kişi inkar eder diye korktum, Beni seven insanları hayal kırıklığına uğratmaktan korktum, Bu olayı birine söylersem olaya yeniden maruz kalırım diye korktum, Bu olayı kimseye söylememem için tehdit edildim.” faktörleri oluşturmuştur.

3.6.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bu ölçek, Çuhadaroğlu (228) tarafından 1986 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçek 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşur. Bu alt kategoriler; benlik saygısı, kendilik kavramı sürekliliği, eleştiriye duyarlılık, tartışmalara katılma, ailesel ilişkilerde tehdit hissetme, insanlara güven duyma, depresif duygulanım, hayalperestlik, ana-baba ilgisi, babayla ilişki, psikik izolasyon ve psikosomatik belirtilerdir. Bu çalışmada benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “10” maddesi kullanılmıştır. Her maddede “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” şeklinde cevap seçenekleri bulunur. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0–1 ise benlik

saygısının yüksek, 2–4 ise benlik saygısının orta, 5–6 ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir.

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından, depresyonda görülen bilişsel, duygusal, somatik ve motivasyonel belirtileri ölçmek, depresyon yönünden riski belirlemek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini saptamak amacıyla geliştirilmiştir(229). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından 1988 yılında yapılmış olup, geçerlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (230).

Beck depresyon ölçeği, depresif duygu durum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсуuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı olmak üzere depresyon belirtilerini değerlendiren 21 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Soruların her biri için 0-3 puan arasında dört seçenek vardır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçek için kesme puanı 17 olarak bildirilmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam 0-9 puan arasındaki değerler düşük, 10-16 puan arasındaki değerler ılımlı, 17-29 puan arasındaki değerler orta, 30-63 puan arasındaki değerler ise ağır depresyonu gösterir. Bu çalışmada, depresyon şiddetini temsilen toplam Beck depresyon ölçeği puanı değerlendirildiği gibi Arkar ve ark.(231). tarafından önerilen Beck depresyon bilişsel alt boyut ve Beck depresyon somatik-afektif alt boyut puanları da değerlendirmeye alınmıştır.

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından SPSS 22 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Dağılımın

normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, aynı gruptaki farklı ölçümlerin karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılmıştır. Post-hoc Wilcoxon testi ve Bonferroni düzeltilmesi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara Ait Bulgular

Çalışmaya katılan toplam 1249 katılımcının %59'u (n=737) kadın, %41'i (n=512) erkektir. Yaş ortalaması 20.36 ± 1.66 yıl olan katılımcıların %65.7'si (n=821) çocukluğunun büyük bir bölümünü şehir merkezinde, %22.8'i (n= 285) ilçede ve %11.4'ü (n=143) ise köyde geçirdiğini bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular

	N (M±SD)	%
Cinsiyet		
Kadın	737	59.0
Erkek	512	41.0
Yaş ortalaması	20.36 ± 1.66	
Büyüdüğü yer		
Köy	143	11.4
İlçe	285	22.8
Şehir Merkezi	821	65.7

Tüm katılımcıların %41.6'sı (n=520) ÇÇCİ'ye uğradığını bildirmiştir. En sık tanımlanan cinsel istismar tipi %39.9 (n=498) ile temas içermeyen cinsel istismar iken bunu %9.4 (n=117) ile dokunma-dokundurtma tipi ve %1.0 (n=12) ile penetrasyon tipi izlemiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcılara ait cinsel istismar öyküsü

	N (M±SD)	%
Cinsel istismar		
Var	520	41.6
Yok	729	58.4
İstismar tipi*		
Temas içermeyen	498	39.9
Sözel	371	29.7
Teşhircilik	144	11.5
Pornografik görüntü-video	234	18.7
Röntgencilik	45	3.6
Dokunma-dokundurtma	117	9.4
Dokunma	109	8.7
Dokundurtma	24	2
Penetrasyon	12	1.0

*: Bir katılımcı birden fazla istismar tipini işaretleyebilmiştir.

Cİ mağdurları ile diğer katılımcılar arasında yaş ortalamaları açısından fark saptanmamıştır ($p=0.316$, $Z=-1.00$).

ÇÇCİ mağduru olduğunu bildiren 520 katılımcının %56.3'ü ($n=293$) kadın, %43.7'si (227) erkektir. Diğer yandan tüm erkek katılımcıların %44.3'ünün, kadın katılımcıların ise %39.8'inin istismar mağduru olduğu saptanmıştır. Her ne kadar erkekler arasındaki istismar mağduriyetinin daha fazla olduğu saptanmış olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Cinsel istismar mağduriyeti ve cinsiyet ilişkisi

Cinsel istismar	Erkek (n=512)	Kadın (n=737)	Toplam (n=1249)	χ^2 df p
Var n (%)	227 (43.7)	293 (56.3)	520 (100.0)	2.608 1
yok n (%)	285 (39.1)	444 (60.9)	729 (100.0)	.106

İstismar tipine göre değerlendirildiğinde erkek katılımcıların %43.8'i ($n=224$) temas içermeyen, %6.4'ü ($n=33$) dokunma-dokundurtma, %0.8'i ($n=4$) ise penetrasyon tip cinsel istismar mağduriyeti bildirmiştir. Kadınlarda bu oranlar sırası ile %37.2 ($n=274$), % 11.4 ($n=84$) ve %1.1 ($n=8$) olarak saptanmıştır.

Cinsiyet ile istismar tipi arasındaki ilişkiye bakıldığında, temas içermeyen cinsel istismar mağdurlarının %55'i kadın, %46'si erkek; dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağdurlarının %71.8'i kadın, %28.8'i erkek; penetrasyon tipi istismar mağdurlarının ise %66.7'si kadın, %33.3'ü erkektir. Kadınlarda temas içermeyen tip ve dokunma-dokundurtma tipi mağduriyet anlamlı oranda daha yüksektir. Penetrasyon tipinde ise cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. İstismar tipi ve cinsiyet ilişkisi

	Erkek (n=512)	Kadın (n=737)	Toplam (n=1249)	χ^2 df p
Temas içermeyen n (%)	224 (46.0)	274 (55.0)	498(100.0)	5.443 1 .020*
Dokunma-dokundurtma n (%)	33 (28.2)	84(71.8)	117(100.0)	8.727 1 .003*
Penetrasyon n (%)	4 (33.3)	8(66.7)	12(100.0)	0.294 1 .771 ^a

^aFisher's Exact Chi Square

*p <0.05

Mağdurların % 28.8'i (n=150) istismara ilk maruz kalma yaşı ile ilgili olan soruyu cevaplamamıştır. Soruyu yanıtlayan erkek mağdurlarda ilk cinsel istismar mağduriyet yaşı 12.17 ± 3.02 iken, kadınlarda 12.66 ± 3.08 'dir. İlk mağduriyet yaşı ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. İstismara ilk maruz kalınan yaş ile cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsel istismar mağdurları				
	erkek M \pm SD	kadın M \pm SD	Z	p
İstismara ilk maruz kalma yaşı	12.17 \pm 3.02	12.66 \pm 3.08	-1.751	0.080

Mann-Whitney U testi

İstismar mağdurlarının %19'u (n=97) birden fazla tip, %1.9'u (n=10) ise üç tip cinsel istismara maruz kaldığını bildirmiştir.

İstismar mağdurlarının en az bir istismar tipinde tanımladığı failer incelendiğinde, en sık arkadaşlar (%43.7, n=227) fail olarak tanımlanmıştır. Ardından faillerinin % 40.6'sı (n=211) yabancı, %38.3'ü (n=199) tanıdık, %14.4 'ü (n=75)

akraba, %5.2'si (n=27) sevgili, %1'i (n=5) ebeveyn ve %1'i (n=5) kardeş olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsel istismar tipine göre failerin dağılımı

Failer*	Temas içermeyen n (%)	Dokunma-dokundurtma n (%)	Penetrasyon n (%)	Cinsel istismar n (%)
Ebeveyn	5 (1.0)	0 (0)	0 (0)	5 (1.0)
Kardeş	5 (1.0)	0 (0)	0 (0)	5 (1.0)
Akraba	66 (13.3)	24 (20.5)	6 (50.0)	75 (14.4)
Sevgili	24 (4.8)	7 (6)	2 (16.7)	27 (5.2)
Arkadaş	222 (44.6)	20 (17.1)	1 (8.3)	227 (43.7)
Tanıdık	179 (35.9)	41 (35.0)	2 (16.7)	199 (38.3)
Yabancı	194 (39.0)	38 (32.5)	1 (8.3)	211 (40.6)

*: Bir mağdur birden fazla istismara bağlı birden fazla fail tanımlayabilmıştır.

Mağdurların herhangi bir istismar tipini birine bildirme oranı %51.7'dir. İstismar bildiriminde bulunanların ise %69.9'u kadın, %30.1'i erkektir. Erkek cinsiyette istismar bildirimini anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 7).

Tablo 7. İstismar bildirim ve cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsel istismar bildirim	Erkek (n =227)	Kadın (n=293)	Toplam (n=520)	χ^2 df p
var n(%)	81 (30.1)	188 (69.9)	269 (100.0)	41.551 1
yok n(%)	146 (58.2)	105 (41.8)	251 (100.0)	.000*

*p < 0.001

Mağdurların resmi bildirimde bulunma oranı % 7.1(n=37), adli bildirimde bulunma oranı ise %4.6 (n=24) olarak hesaplanmıştır.

Herhangi birine bildirimde bulunan mağdurların %85.5'i aile dışı , %14.5'i ise aile içi istismar mağdurudur. Bildirimde bulunma ile failin aile içi olması arasında fark bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Failin aile içi olması ile bildirim sıklığı arasındaki ilişki

Cinsel istismar bildirim	Aile içi fail var (n=81)	Aile içi fail yok (n=439)	Toplam (n=520)	χ^2 df p
Var n(%)	39 (14.5)	230(85.5)	269 (100.0)	0.493 1
Yok n(%)	42 (16.7)	209 (83.3)	251 (100.0)	0.483

Cinsel istismar tiplerine göre incelendiğinde, temas içermeyen ve dokunma-dokundurtma tiplerinde aile dışı (sırası ile %88.3, %82.8), penetrasyon tipinde ise aile içi(%66.7) istismar mağdurlarının bildirimde bulunma oranı daha yüksek saptanmış ancak arada anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. İstismar tipine göre failin aile içi olması ile bildirim sıklığı arasındaki ilişki

	Aile içi fail var	Aile içi fail yok	Toplam	χ^2 df p
Temas içermeyen Bildirim Var n(%)	(n=72) 29 (11.7)	(n=426) 218 (88.3)	(n=498) 247 (100.0)	2.925 1 0.087
Dokunma-dokundurtma Bildirim Var n(%)	(n=24) 10 (17.2)	(n=93) 48 (82.8)	(n=117) 58 (100.0)	0.755 1 0.385
Penetrasyon Bildirim Var n(%)	(n=6) 4 (66.7)	(n=6) 2 (33.3)	(n=12) 6 (100.0)	1.333 1 0.248

Cinsel istismar deneyiminde bildirimde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurların, bu olayı bildirmeme nedenleri incelendiğinde; en sık işaretlenen nedenin ‘Bu olayı önemsemedim’ seçeneği olduğu, bunu ‘bu olayı birine

söylemek çok zor geldi, utandım' seçeneğinin izlediği saptanmıştır. Mağdurların bildirimde bulunmama ya da gecikme nedenleri Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Çocukluk çağı cinsel istismarında bildirmeme veya geç bildirme nedenleri

Bildirmeme veya geç bildirme nedenleri	Erkek mağdurlar (n=227)	Kadın mağdurlar (n=293)	Mağdur katılımcılar (n=520)
Bu olayı önemsemedim n (%)	186 (54.4)	156 (45.6)	342 (100)
Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım	36 (30)	84 (70)	120 (100)
Bu davranışın suç olduğunu bilmiyordum	52 (51)	50 (49)	102 (100)
Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim	29 (30.9)	65 (69.1)	94 (100)
Beni seven insanları üzmemekten korktum	25 (29.1)	61 (70.9)	86 (100)
Annem babam özgürlüğümü kısıtlar (dışarı çıkmama / arkadaşlarımla görüşmeme izin vermez vs.) diye endişelendim	27 (35.5)	49 (64.5)	76 (100)
Ailem bu olayı duyarsa bana kızar, beni sevmez diye endişelendim.	36 (48.6)	38 (51.4)	74 (100)
Bu olayı kimseye anlatmazsam unuturum diye düşündüm, unutmak istedim.	17 (25)	51 (75)	68 (100)
Bu davranışa maruz kalmanın zayıflık olduğunu düşündüm.	25 (37.9)	41 (62.1)	66 (100)
Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim.	25 (43.9)	32 (56.1)	57 (100)
Ailemin bana inanmamasından korktum.	10 (23.8)	32 (76.2)	42 (100)
Beni seven insanları hayal kırıklığına uğratmaktan korktum.	19 (46.3)	22 (53.7)	41 (100)
Bu olay ile ilişkili olarak kendimi sorumlu tuttum, benim hatam sandım.	13	24	37

	(35.1)	(64.9)	(100)
Bu olayı birine söylersem bana bu davranışı yapan kişi inkâr eder diye korktum.	8 (22.2)	28 (77.8)	36 (100)
Bu olayı birine anlatırsam ailemin dağılmasından korktum.	7 (22.6)	24 (77.4)	31 (100)
Bu davranışın yanlış/hatalı bir davranış olduğunu bilmiyordum.	9 (34.6)	17 (65.4)	26 (100)
Bu olayı birine söylersem ailemin başına kötü şeyler gelmesinden endişelendim.	1 (4.5)	21 (95.5)	22 (100)
Ailem ya da yakınlarım bu olayı öğrenirse bana şiddet uygular diye korktum.	7 (33.3)	14 (66.7)	21 (100)
Bu olayı birine söylersem eşcinsel olarak etiketlenmekten endişelendim.	15 (71.4)	6 (28.6)	21 (100)
Bu olayı anlatabileceğim kimsem yoktu.	8 (44.4)	10 (55.6)	18 (100)
Bu davranışa maruz kaldığım duyulursa benim de başkalarına bu davranışta bulunabileceğim düşünülür diye endişelendim.	6 (50)	6 (50)	12 (100)
Bu olayı kimseye söylememem için tehdit edildim.	2 (18.2)	9 (81.8)	11 (100)
Ailem bir daha beni okula göndermez diye endişelendim.	3 (30)	7 (70)	10 (100)
Bu olay duyulursa ailemden uzaklaştırılırım ve çocuk yurduna alınırım diye korktum.	4 (44.4)	5 (55.6)	9 (100)
Bu olayı birine söylersem olaya yeniden maruz kahrım diye korktum.	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (100)
Ailem beni evlendiririr (bu davranışı yapan kişiyle ya da başka biriyle) diye endişelendim.	0 (0)	5 (100)	5 (100)
Bu davranışın suç olduğunu biliyordum ve birine söylersem o da polise söyler diye endişelendim.	0 (0)	4 (100)	4 (100)
Bu davranış esnasında alkol/madde kullandığım için kendimi suçladım.	0 (0)	1 (100)	1 (100)

4.2. Temas İçermeyen Cinsel İstismar Mağdurlarına Ait Bulgular

Çocukluk çağında temas içermeyen cinsel istismara maruz kalan toplam 498 (%39.9) katılımcı saptanmıştır (Tablo 1). Bunların %74.5'ü (n=371) sözel istismar, %28.9'u (n=144) teşhircilik, %47'si (n=234) pornografik video/görüntü maruziyeti, %9'u (n=45) ise röntgencilik mağduru idi.

Temas içermeyen cinsel istismar maruziyeti, kadın cinsiyette anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur(Tablo 4). İstismar alt tiplerine göre değerlendirildiğinde , katılımcı kadınların %33.9'u (n=250) sözel istismara, %8.3'ü (n=61) teşhirciliğe, %9.1'i (n=67) pornografik görüntü-videoya ve %2.2'si (n=16) röntgencilik maruz kalmıştır. Katılımcı erkekler arasında ise bu oranlar sırası ile %23.6 (n=121), % 16.2 (n=83), % 32.6 (n=167) ve %5.7 (n=29)'dir. Sözel istismar kadınlarda, diğer alt tipler ise erkeklerde anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır (Tablo 11).

Mağdurların temas içermeyen cinsel istismara ilk maruz kalma yaşları her bir alt tip için sırasıyla 13.3±2.8, 12.1±3.4, 13.2±2.3, 11.6±3.3 olarak hesaplanmıştır. Tekrarlayan mağduriyet oranları ise her bir alt tip için sırasıyla %49.4 (n=246), %9.2 (n=46), %26.9 (n=134), %4.6 (n=23)'dir.

Tablo 11. Temas içermeyen cinsel istismar alt tip mağduriyetleri ile cinsiyet arasındaki ilişki

	Erkek n=512	Kadın n=737	Toplam n=1249	χ^2 df p
Sözel n (%)	121 (32.6)	250 (67.4)	371 (100.0)	15.316 1 .000**
Teşhircilik n (%)	83 (57.6)	61 (42.4)	144 (100.0)	18.646 1 .000**
Pornografik görüntü- video maruziyeti n (%)	167 (71.4)	67 (28.6)	234 (100.0)	109.831 1 .000**
Röntgencilik n (%)	29 (64.4)	16 (35.6)	45 (100.0)	10.614 1 .001*

*p < 0.005 **p < 0.001

Temas içermeyen cinsel istismar mağdurlarının %1'i (n=5) ebeveynini, %1'i (n=5) kardeşini, %13.3'ü (n=66) bir akrabasını, %4.8'i (n=24) sevgilisini, %44.6'sı (n=222) arkadaşını, %35.9'u (n=179) bir tanıdığını ve %38.8'i (n=193) bir yabancıyı faili olarak belirtmiştir (Tablo 6). Failler , mağdurların cinsiyetine göre değerlendirildiğinde, erkekler en sık arkadaşlarını, kadınlar ise yabancıları temas içermeyen tip cinsel istismar faili olarak belirtmiştir(Tablo 12).

Tablo 12. Temas içermeyen tip cinsel istismarda mağdurun cinsiyetine göre failerin dağılımı

Failler*	Temas içermeyen cinsel istismar Erkek mağdurlar n (%)	Temas içermeyen cinsel istismar Kadın mağdurlar n (%)
Ebeveyn	2 (0.9)	3 (1.1)
Kardeş	5 (2.2)	0 (0.0)
Akraba	29 (12.9)	37 (13.5)
Sevgili	14 (6.3)	10 (3.6)
Arkadaş	155 (69.2)	67 (24.5)
Tanıdık	103 (46)	76 (27.7)
Yabancı	24 (10.7)	170 (62.0)

*Bir mağdur birden fazla fail işaretleyebilmiştir

İstismar yaşantısı sırasında mağdurların %2.8'i (n=14) fiziksel şiddet ya da zorlamaya maruz kalmış, %1.2'si (n=6) ise eylem anında alkol ya da madde etkisinde olduğunu belirtmiştir.

Temas içermeyen tip mağdurlarının %49.6'sı (n=247) bildirimde bulunduğunu belirtmiştir. Bildirim yapılan kişilerin en sık arkadaş, sonrasında anne-baba, en az ise sağlık çalışanları olduğu saptanmıştır(Tablo 13).

Bildirimde bulunma zamanına göre, ilk 24 saat içinde bildirimde bulunan mağdurların en sık arkadaşına, en az oranda ise sağlık çalışanlarına bildirimde bulunduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Temas içermeyen cinsel istismar mağdurları arasında resmi bildirimde bulunma oranı %6.6 (n=33)'dir.

Adli bildirimde bulunan 22 mağdurun %54.5'i (n=12), adli bildirim için biri tarafından cesaretlendirildiğini, %45.5'i (n=10) kendi isteği ile bildirimde bulunduğunu belirtmiştir.

Tablo 13. Temas içermeyen cinsel istismar bildirimde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurların, bu olayı bildirmeme nedenleri

Bildirimde bulunulan kişi	İlk 24 saat içinde n (%)	1 ay içinde n (%)	≥1 ay n (%)	Toplam n (%)
Arkadaş	91 (18.3)	31 (6.2)	44 (8.8)	166 (33.3)
Ebeveyn	73 (14.7)	15 (3)	8 (1.6)	96 (19.3)
Kardeş	23 (4.6)	8 (1.6)	8 (1.6)	39 (7.8)
Akraba	11 (2.2)	6 (1.2)	5 (1)	22 (4.4)
Sağlık çalışanı	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.4)	4 (0.8)
Öğretmen	6 (1.2)	6 (1.2)	4 (0.8)	16 (3.2)
Adli bildirim	16 (3.2)	4 (0.8)	2 (0.4)	22 (4.4)

*bir mağdur birden fazla kişiye bildirimde bulunabilmiştir.

Temas içermeyen cinsel istismar deneyiminde bildirimde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurların, bu olayı bildirmeme nedenleri incelendiğinde; en sık işaretlenen nedenin ‘Bu olayı önemsemedim’ seçeneği olduğu, bunu ‘bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım’ seçeneğinin izlediği saptanmıştır(Tablo 14).

Tablo 14. Temas içermeyen cinsel istismarda bildirmeme veya geç bildirme nedenleri

Bildirmeme veya geç bildirme nedenleri	n (%)
Bu olayı önemsemedim	333 (66.9)
Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım.	99 (19.9)
Bu davranışın suç olduğunu bilmiyordum	90 (18.1)
Beni seven insanları üzmetten korktum.	71 (14.3)
Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim	70 (14.1)
Annem babam özgürlüğümü kısıtlar (dışarı çıkmama / arkadaşlarımla görüşmeme izin vermez vs.) diye endişelendim.	67 (13.5)
Ailem bu olayı duyarsa bana kızar, beni sevmez diye endişelendim.	65 (13.1)
Bu davranışa maruz kalmanın zayıflık olduğunu düşündüm.	51 (10.2)
Bu olayı kimseye anlatmazsam unutturum diye düşündüm, unutmak istedim.	51 (10.2)
Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim.	44 (8.8)
Bu olay ile ilişkili olarak kendimi sorumlu tuttum, benim hatam sandım.	35 (7)
Beni seven insanları hayal kırıklığına uğratmaktan korktum.	33 (6.6)
Ailemin bana inanmamasından korktum.	28 (5.6)

Bu olayı birine söylersem bana bu davranışı yapan kişi inkâr eder diye korktum.	28 (5.6)
Bu olayı birine anlatırsam ailemin dağılmasından korktum.	23 (4.6)
Bu davranışın yanlış/hatalı bir davranış olduğunu bilmiyordum.	21 (4.2)
Bu olayı birine söylersem ailemin başına kötü şeyler gelmesinden endişelendim.	19 (3.8)
Ailem ya da yakınlarım bu olayı öğrenirse bana şiddet uygular diye korktum.	17 (3.4)
Bu olayı birine söylersem eşcinsel olarak etiketlenmekten endişelendim.	15 (3)
Bu olayı anlatabileceğim kimsem yoktu.	14 (2.8)
Ailem bir daha beni okula göndermez diye endişelendim.	10 (2)
Bu davranışa maruz kaldığım duyulursa benim de başkalarına bu davranışta bulunabileceğim düşünülür diye endişelendim.	9 (1.8)
Bu olayı kimseye söylememem için tehdit edildim.	8 (1.6)
Bu olay duyulursa ailemden uzaklaştırılırım ve çocuk yurduna alınırım diye korktum.	6 (1.2)
Bu olayı birine söylersem olaya yeniden maruz kalırım diye korktum.	6 (1.2)
Ailem beni evlendiririr (bu davranışı yapan kişiyle ya da başka biriyle) diye endişelendim.	4 (0.8)
Bu davranışın suç olduğunu biliyordum ve birine söylersem o da polise söyler diye endişelendim.	3 (0.6)
Bu davranış esnasında alkol/madde kullandığım için kendimi suçladım.	1 (0.2)

4.3. Dokunma-Dokundurtma Tipi Cinsel İstismar Mağdurlarına Ait Bulgular

Çocukluk çağında dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismara maruz kalan toplam 117 (%9.4) katılımcı saptanmıştır. Bunların %93.2'si (n=109) dokunma, %20.5'i (n=24) dokundurtma tipi cinsel istismar mağduru idi.

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar maruziyeti, kadınlarda anlamlı oranda daha yüksektir (Tablo 4). Alt tiplere göre değerlendirildiğinde, katılımcı kadınların %10.7'si (n=79) dokunma, %2.3'ü (n=17) dokundurtma tipi istismara maruz kalmıştır. Katılımcı erkekler arasında ise bu oranlar sırası ile % 5.6 (n=30) ve %1.4 (n=7)'tür.

Dokunma tipi istismar mağdurlarının % 72.5'i kadın, %27.5'i erkek; dokundurtma tipi istismar mağdurlarının ise % 70.8'i kadın, % 29.1'i erkektir. Dokunma tipi istismar kadınlarda anlamlı oranda yüksek iken, dokundurtma tipinde cinsiyetler arası farklılık bulunmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismarın alt tipleri ile cinsiyet arasındaki ilişki

	Erkek n=512	Kadın n=737	Toplam n=1249	χ^2 df p
Dokunma n (%)	30 (27.5)	79 (72.5)	109 (100.0)	8.958 1 .003*
Dokundurtma n (%)	7 (29.1)	17 (70.8)	24 (100.0)	1.415 1 .234

p < 0.005* , ikiden fazla seçenek işaretleyebilmişlerdir

Mağdurların dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismara ilk maruz kalma yaşları her bir alt tip için sırasıyla 12.08±3.5 ve 12.5±3.2 olarak hesaplanmıştır. Tekrarlayan mağduriyet oranları ise sırasıyla %29.1(n=34) ve %6.0 (n=7) idi.

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağdurlarının %20.5'i (n=24) bir akrabasını, %6'sı (n=7) sevgilisini, %17.1'i (n=20) arkadaşını, %35.0'i (n=41) bir tanıdığını ve %32.5'i (n=38) bir yabancıyı fail olarak bildirmiştir (Tablo 6). Failler, mağdur cinsiyetine göre değerlendirildiğinde, erkekler en sık tanıdıklarını, kadınlar ise yabancıları dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar faili olarak belirtmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Dokunma-dokundurtma tip cinsel istismarda mağdurun cinsiyetine göre faillerin dağılımı

Failler*	Dokunma-dokundurtma tip Erkek mağdurlar n (%)	Dokunma-dokundurtma tip Kadın mağdurlar n (%)
Ebeveyn	0 (0.0)	0 (0.0)
Kardeş	0 (0.0)	0 (0.0)
Akraba	2 (6.1)	22 (26.2)
Sevgili	3 (9.1)	4 (4.8)
Arkadaş	12 (36.4)	8 (9.5)
Tanıdık	13 (39.4)	28 (33.3)
Yabancı	7 (21.2)	31 (36.9)

*Bir mağdur birden fazla fail işaretleyebilmiştir

Dokunma-dokundurtma tip mağdurların %7.7'si (n=9) eylem sırasında fiziksel şiddet ya da zorlamaya maruz kalmış, %2.6'sı (n=3) ise alkol ya da madde etkisinde olduğunu belirtmiştir.

Dokunma-dokundurtma tip mağdurların %49.6 (n=58)'sı bildirimde bulunduğunu belirtmiştir. Bildirim yapılan kişilerin en sık arkadaş, sonrasında ebeveyn, en az ise sağlık çalışanları olduğu ancak ilk 24 saat içindeki bildirimlerin en sık ebeveynlere yapıldığı saptanmıştır(Tablo 17).

Tablo 17. Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar bildirim ile ilişkili bulgular

Bildirimde bulunan kişi	İlk 24 saat içinde n (%)	1 ay içinde n (%)	≥1 ay n (%)	Toplam n (%)
Arkadaş	12 (10.3)	8 (6.8)	17 (14.5)	37 (31.6)
Ebeveyn	13 (11.1)	4 (3.4)	5 (4.3)	22 (18.8)
Kardeş	4 (3.4)	1 (0.9)	1 (0.9)	6 (5.1)
Akraba	4 (3.4)	3 (2.6)	1 (0.9)	8 (6.8)
Sağlık çalışanı	0 (0.0)	1(0.9)	2 (1.7)	3 (2.6)
Öğretmen	2 (1.7)	2 (1.7)	1 (0.9)	5 (4.3)
Adli bildirim	4 (3.4)	2 (1.7)	1 (0.9)	7 (6.0)

*bir mağdur birden fazla kişiye bildirimde bulunabilmiştir.

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismarda resmi bildirim oranı %8.5 (n=10)'dur.

Adli bildirimde bulunan 7 mağdurun %42.9'u (n=3), adli bildirim için biri tarafından cesaretlendirildiği, %57.1'i (n=4) kendi isteği ile bildirimde bulunduğu saptanmıştır.

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar deneyiminde bildirimde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurlarının, bu olayı bildirmeme nedenleri incelendiğinde; en sık işaretlenen nedenin 'Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım' seçeneği olduğu, bunu 'Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim' ve 'Bu olayı önemsemedim' seçeneklerinin izlediği saptanmıştır(Tablo 18).

Tablo 18. Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismarda bildirmeme veya geç bildirme nedenleri

Bildirmeme veya geç bildirme nedenleri	n (%)
Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım.	49 (41.9)
Bu olayı önemsemedim	39 (33.3)
Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim	39 (33.3)
Beni seven insanları üzmetten korktum.	32 (27.4)
Bu olayı kimseye anlatmazsam unutturum diye düşündüm, unutmak istedim.	29 (24.8)
Annem babam özgürlüğümü kısıtlar (dışarı çıkmama / arkadaşlarımla görüşmeme izin vermez vs.) diye endişelendim.	24 (20.5)
Bu davranışa maruz kalmanın zayıflık olduğunu düşündüm.	24 (20.5)
Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim.	22 (18.8)
Bu davranışın suç olduğunu bilmiyordum	20 (17.1)
Ailem bu olayı duyarsa bana kızar, beni sevmez diye endişelendim.	20 (17.1)
Ailemin bana inanmamasından korktum.	19 (16.2)
Bu olayı birine söylersem bana bu davranışı yapan kişi inkâr eder diye korktum.	19 (16.2)
Beni seven insanları hayal kırıklığına uğratmaktan korktum.	17 (14.5)
Bu olayı birine anlatırsam ailemin dağılmasından korktum.	15 (12.8)
Bu olayı birine söylersem eşcinsel olarak etiketlenmekten endişelendim.	11 (9.4)
Ailem ya da yakınlarım bu olayı öğrenirse bana şiddet uygular diye korktum.	10 (8.6)
Bu olay ile ilişkili olarak kendimi sorumlu tuttum, benim hatam sandım.	9 (7.7)
Bu olayı birine söylersem ailemin başına kötü şeyler gelmesinden endişelendim.	9 (7.7)
Bu olayı birine söylersem olaya yeniden maruz kalırım diye korktum.	6 (5.1)
Bu olayı kimseye söylememem için tehdit edildim.	6 (5.1)
Bu davranışa maruz kaldığım duyulursa benim de başkalarına bu davranışta bulunabileceğim düşünülür diye endişelendim	5 (4.3)
Bu olayı anlatabileceğim kimsem yoktu.	5 (4.3)
Bu davranışın yanlış/hatalı bir davranış olduğunu bilmiyordum.	6 (5.1)
Bu olay duyulursa ailemden uzaklaştırılırım ve çocuk yurduna alınırım diye korktum.	4 (3.4)
Ailem bir daha beni okula göndermez diye endişelendim.	4 (3.4)
Ailem beni evlendiririr (bu davranışı yapan kişiyle ya da başka biriyle) diye endişelendim.	2 (1.7)
Bu davranış esnasında alkol/madde kullandığım için kendimi suçladım.	1 (0.9)
Bu davranışın suç olduğunu biliyordum ve birine söylersem o da polise söyler diye endişelendim.	2 (1.7)

4.4. Penetrasyon Tipi Cinsel İstismar Mağdurlarına Ait Bulgular

Katılımcıların %1 (n=12)'i penetrasyon tip cinsel istismar mağdurudur. Penetrasyon tipine ilk maruz kalma yaşı 12 ± 3.8 'dir. Tekrarlayan mağduriyet sadece 1 katılımcı tarafından bildirilmiştir.

Penetrasyon mağdurlarının %50'si (n=6) bir akrabasını, %16.7'si (n=2) sevgilisini, %8.3'ü (n=1) arkadaşını, %16.7'si (n=2) bir tanıdığını ve %8.3'ü (n=1) bir yabancıyı fail olarak bildirmiştir (Tablo 6). Failler, mağdur cinsiyetine göre değerlendirildiğinde hem erkekler hem de kadınlar fail olarak en sık akrabalarını belirtmişlerdir (Tablo 19).

Tablo 19. Penetrasyon tipi cinsel istismarda mağdurun cinsiyetine göre faillerin dağılımı

Failler*	Penetrasyon tipi Erkek mağdurlar n (%)	Penetrasyon tipi Kadın mağdurlar n (%)
Ebeveyn	0 (0.0)	0 (0.0)
Kardeş	0 (0.0)	0 (0.0)
Akraba	3 (75.0)	3 (37.5)
Sevgili	0 (0.0)	2 (25.00)
Arkadaş	1 (25.0)	0 (0.0)
Tanıdık	0 (0.0)	2 (25.00)
Yabancı	0 (0.0)	1 (12.5)

*Bir mağdur birden fazla fail işaretleyebilmiştir

İstismar yaşantısı sırasında mağdurların %66.7'si (n=8) fiziksel şiddet ya da zorlamaya maruz kalmış, %8.3'ü (n=1) ise eylem anında alkol ya da madde etkisinde olduğunu belirtmiştir.

Penetrasyon mağdurlarının %50.0 (n=6)'si bildirimde bulunduğunu belirtmiştir. Bildirim yapılan kişilerin en sık arkadaş, sonrasında öğretmen ve polis-savcı olduğu, ilk 24 saat içinde bildirimde bulunulmadığı saptanmıştır (Tablo 20).

Penetrasyon mağdurlarında resmi bildirimde bulunma oranı %16.7 (n=2)'dur. Bu iki katılımcı da adli bildirimde bulunmuştur. Sağlık çalışanı ya da öğretmene bildirimde bulunan penetrasyon mağduru yoktur.

Tablo 20. Penetrasyon tipi cinsel istismar bildirim ile ilişkili bulgular

Bildirimde bulunan kişi	İlk 24 saat içinde n (%)	1 ay içinde n (%)	≥1 ay n (%)	Toplam n (%) *
Arkadaş	0 (0.0)	1 (8.3)	4 (33.3)	5 (41.7)
Ebeveyn	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Kardeş	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)
Akraba	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Sağlık çalışanı	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Öğretmen	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	2 (16.7)
Adli bildirim	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	2 (16.7)

*bir mağdur birden fazla kişiye bildirimde bulunabilmiştir.

Adli bildirimde bulunan 2 mağdurun %50'si (n=1) adli bildirim için biri tarafından cesaretlendirildiğini, %50'si (n=1) kendi isteği ile bildirimde bulunduğunu belirtmiştir.

Penetrasyon yaşantısı olan, bildirimde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurlarının, bu olayı bildirmeme nedenleri incelendiğinde; en sık işaretlenen nedenin 'Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim' seçeneği olduğu, bunu 'Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim' ve 'Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım' seçeneklerinin izlediği saptanmıştır(Tablo 21)

Tablo 21. Penetrasyon tipi cinsel istismarda bildirmeme veya geç bildirme nedenleri

Bildirmeme veya geç bildirme nedenleri	n (%)
Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim.	9 (75.0)
Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim	8 (66.7)
Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım.	8 (66.7)
Bu olayı birine anlatsam ailemin dağılmasından korktum.	7 (58.3)
Beni seven insanları üzmetten korktum.	7 (58.3)
Ailem bu olayı duyarsa bana kızar, beni sevmez diye endişelendim.	6 (50.0)
Bu davranışa maruz kalmanın zayıflık olduğumu düşündüm.	6 (50.0)
Bu olay ile ilişkili olarak kendimi sorumlu tuttum, benim hatam sandım.	5 (41.7)

Bu olayı birine söylersem bana bu davranışı yapan kişi inkâr eder diye korktum.	5 (41.7)
Ailem ya da yakınlarım bu olayı öğrenirse bana şiddet uygular diye korktum.	4 (33.3)
Ailemin bana inanmamasından korktum.	4 (33.3)
Bu olay duyulursa ailemden uzaklaştırılırim ve çocuk yurduna alınırım diye korktum.	4 (33.3)
Beni seven insanları hayal kırıklığına uğratmaktan korktum.	4 (33.3)
Bu olayı birine söylersem olaya yeniden maruz kalırım diye korktum.	4 (33.3)
Bu olayı kimseye söylememem için tehdit edildim.	4 (33.3)
Bu olayı birine söylersem ailemin başına kötü şeyler gelmesinden endişelendim.	4 (33.3)
Annem babam özgürlüğümü kısıtlar (dışarı çıkmama / arkadaşlarımla görüşmeme izin vermez vs.) diye endişelendim.	3 (25.0)
Bu olayı kimseye anlatmazsam unutturum diye düşündüm, unutmak istedim.	3 (25.0)
Bu olayı önemsemedim	2 (16.7)
Bu olayı birine söylersem eşcinsel olarak etiketlenmekten endişelendim.	2 (16.7)
Bu olayı anlatabileceğim kimsem yoktu.	2 (16.7)
Bu davranışın suç olduğunu bilmiyordum	1 (8.3)
Ailem beni evlendiririr (bu davranışı yapan kişiyle ya da başka biriyle) diye endişelendim.	1 (8.3)
Bu davranış esnasında alkol/madde kullandığım için kendimi suçladım.	1 (8.3)
Bu davranışın yanlış/hatalı bir davranış olduğunu bilmiyordum.	1 (8.3)
Ailem bir daha beni okula göndermez diye endişelendim.	0 (0.0)
Bu davranışa maruz kaldığım duyulursa benim de başkalarına bu davranışta bulunabileceğim düşünülür diye endişelendim	0 (0.0)
Bu davranışın suç olduğunu biliyordum ve birine söylersem o da polise söyler diye endişelendim.	0(0.0)

4.5. Katılımcıların Ölçek Puanlarına Ait Bulgular

Katılımcıların %0.32'sinin (n=4) Beck depresyon ölçeğini, %0.16'sının (n=2) Rosenberg benlik saygısı ölçeğini doldurmadığı saptanmıştır. Bunun yanında Beck depresyon ölçeğini doldurduğu saptanan 1245 öğrencinin %0.64 (n=8)'ünün , ölçeğin yalnızca "libido kaybı" ile ilgili maddesini doldurmadığı saptanmıştır.

Tüm katılımcıların Beck depresyon ölçeği puan ortalaması 12.97 ± 9.46 iken cinsel mağdurlarında bu oran 14.23 ± 9.42 bulunmuştur. Akar ve ark. tarafından önerilen Beck depresyon alt boyutlarına göre tüm katılımcıların bilişsel alt boyut ortalaması 6.89 ± 5.91 , afektif-somatik alt boyut ortalaması 6.07 ± 4.27 iken mağdurlarda ise bu puanlar sırası ile 7.63 ± 5.98 ve 6.57 ± 4.21 saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Cinsel istismar tipine göre Beck depresyon toplam puan, bilişsel ve afektif-somatik alt boyut puanları

	Bilişsel alt boyut ortalaması	Afektif-somatik altboyut ortalaması	Toplam beck depresyon ölçek ortalaması
Temas içermeyen	7.56±5.93	6.55±4.19	14.14±9.35
Sözel	7.81±5.94	6.95±4.21	14.80±9.35
Teşhircilik	8.13±6.51	6.80±4.32	14.94±10.24
Pornografik görüntü-video	7.95±5.98	6.48±4.23	14.43±9.50
Röntgencilik	8.82±7.18	7.06±4.75	15.88±11.37
Dokunma-dokundurtma tipi	8.47±5.83	6.96±4.48	15.43±9.56
Dokunma	8.15±5.68	6.89±4.46	15.05±9.43
Dokundurtma	10.04±6.77	7.29±4.38	17.33±10.53
Penetrasyon	9.00±6.57	7.83±4.26	16.83±9.87

Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanına göre tüm katılımcıların %8.2'si (n=102) düşük, %32.7'sin (n=409) orta, %58.9'un (n=736) yüksek benlik saygısına sahiptir. Cinsel istismar mağdurlarında ise bu oranlar sırası ile %10.6 (n=55), %37.1 (n=193) ve %52.3 (n=272)'tür.

Mağdurların istismar tipine göre benlik saygısı düzeyleri Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Mağdurların istismar tipine göre benlik saygısı düzeyleri

	Düşük benlik saygısı n (%)	Ortabenlik saygısı n (%)	Yüksek benlik saygısı n (%)
Temas içermeyen	53 (10.6)	181 (36.3)	264 (53.0)
Sözel	41 (11.1)	141 (38.0)	189(50.9)
Teşhircilik	22 (15.3)	53 (36.8)	69 (47.9)
Pornografik görüntü-video	25 (10.7)	89 (38.0)	120 (51.3)
Röntgencilik	3 (6.7)	18 (40.0)	24 (53.3)
Dokunma-dokundurtma tipi	16 (13.7)	49 (41.9)	52 (44.4)
Dokunma	13 (11.9)	47 (43.1)	49 (45.0)
Dokundurtma	7 (29.2)	8 (33.3)	9 (37.5)
Penetrasyon	3 (25)	4 (33.3)	5 (41.7)

Katılımcıların cinsiyetine göre, ölçek puanları değerlendirildiğinde, erkeklerin Beck depresyon ölçeği toplam puanı 11.70 ± 9.08 , Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanı 6.00 ± 1.45 iken kadınlarda toplam puanlar sırası ile 13.86 ± 9.62 ve 1.67 ± 1.60 'dır. Kadınlarda depresyon puanları anlamlı yüksek, benlik saygısı ise anlamlı olarak düşük saptanmıştır(Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcılarda cinsiyetin ölçek puanlarına etkisi

	Erkek katılımcılar	Kadın katılımcılar	Z	p
	M \pm SD	M \pm SD		
Bilişsel alt boyut ortalaması	6.35 \pm 5.66	7.26 \pm 6.05	-2.74	0.006*
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	5.35 \pm 4.07	6.58 \pm 4.34	-5.11	0.000**
Beck depresyon toplam ölçek ortalaması	11.70 \pm 9.08	13.86 \pm 9.62	-4.23	0.000**
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.45 \pm 1.52	1.67 \pm 1.60	-2.63	0.008*

Mann-Whitney U testi *p <0.005 ** p <0.001

Mağduriyetin depresyon ve benlik saygısına olan etkisini incelemek için, mağdur katılımcılar ile diğerlerinin ölçek puanları karşılaştırıldığında, mağdurların Beck depresyon, bilişsel alt boyut, somatik-afektif alt boyut ve Rosenberg benlik saygısı puanlarında , mağdur olmayanlara göre anlamlı farklılık saptanmıştır. Mağdurların depresyon puanları daha yüksek, benlik saygıları daha düşüktür(Tablo 25).

Mağdurların bilişsel alt boyut ile somatik alt boyut puan yüzdeleri karşılaştırıldığında, istismar mağduriyeti, bilişsel semptomlara kıyasla somatik-afektif semptom puanlarını anlamlı olarak daha fazla yükseltmiştir(Tablo 26).

Tablo 25. İstismar mağduriyeti ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	Cinsel istismar		Z	P
	Var M ± SD	Yok M ± SD		
Bilişsel alt boyut ortalaması	7.63 ± 5.98	6.36 ± 5.80	-4.45	0.000*
Afektif-somatik altboyut ortalaması	6.57 ± 4.21	5.72 ± 4.28	-4.02	0.000*
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	14.23± 9.42	12.08 ± 9.39	-4.60	0.000*
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.83 ± 1.64	1.40 ± 1.50	-4.96	0.000*

Mann-Whitney U testi * p<0.001

Tablo 26. Mağdurlarda Beck depresyon alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Bilişsel alt boyut puan yüzdesi M ± SD	Somatik alt boyut puan yüzdesi M ± SD	Z p
İstismar mağdurları	21.25 ± 16.64	24.36 ± 15.59	-5.97 0.000*

Wilcoxon testi * p<0.001

Mağduriyet bildirmeyen katılımcıların Beck depresyon ölçeği alt boyut puan yüzdeleri karşılaştırıldığında, bilişsel semptomlara kıyasla somatik-afektif semptom puanları anlamlı olarak daha yüksektir (Z= -7.95, p=0.000).

Cinsiyete göre mağduriyetin, bilişsel ve somatik semptomlara etkisi değerlendirildiğinde, mağduriyet hem kadın hem de erkeklerde, somatik alt boyut puanlarını bilişsel puanlara göre anlamlı olarak daha fazla yükseltmiştir(Tablo 27).

Mağduriyet bildirmeyen katılımcıların, cinsiyetlerine göre Beck depresyon ölçeği alt boyut puan yüzdeleri karşılaştırıldığında hem erkeklerde hem de kadınlarda bilişsel semptomlara kıyasla somatik-afektif semptom puanları anlamlı olarak daha yüksektir (sırası ile Z= -3.55, p=0.000 ; Z= -7.25, p=0.000).

Tablo 27. Mağdurlarda cinsiyete göre Beck depresyon alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Bilişsel alt boyut puan yüzdesi M ± SD	Somatik alt boyut puan yüzdesi M ± SD	Z p
Erkek mağdurlar	19.89 ± 16.34	22.17 ± 15.18	-3.018 0.003*
Kadın mağdurlar	22.29 ± 16.82	26.05 ± 15.7	-5.19 0.000**

Wilcoxon testi * p<0.05 ** p<0.001

Cinsel istismarın depresif semptom ve benlik saygısına etkisi, cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde, mağdur kadınlarda Beck depresyon, afektif-somatik alt boyut ve Rosenberg benlik saygısı ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Bilişsel alt boyut puanlarında ise cinsiyetler arası anlamlı farklılık saptanmamıştır(Tablo 28).

Tablo 28. Mağdurlarda cinsiyetin ölçek puanlarına etkisi

	Mağdur erkekler M ± SD	Mağdur kadınlar M ± SD	Z	P
Bilişsel alt boyut ortalaması	7.13 ±5.88	8.01 ±6.04	-1.81	0.069
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	5.98 ±4.09	7.03 ±4.24	-2.85	0.004*
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	13.14 ±9.27	15.06 ±9.46	-2.45	0.014*
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.67 ±1.60	1.95 ±1.67	-2.09	0.037*

Mann-Whitney U testi * p<0.05

İstismar bildiriminde bulunmanın ölçek puanlarına etkisi incelendiğinde, bildirimde bulunanlar ile diğerlerinin puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 29). Bildirimde bulunmak, depresif belirti ve benlik saygısı puanlarını anlamlı oranda etkilememiştir.

Tablo 29. Bildirimde bulunmanın ölçek puanlarına etkisi

	İstismar bildirimi var M ± SD	İstismar bildirimi yok M ± SD	Z	P
Bilişsel alt boyut ortalaması	7.40 ±5.59	7.88 ±6.38	-0.34	0.731
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	6.81 ±4.23	6.32 ±4.18	-1.35	0.176
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	14.21 ±9.08	14.24 ±9.79	-0.43	0.667
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.79 ±1.62	1.87 ±1.67	-0.48	0.629

Mann-Whitney U testi

Bildirim, cinsiyete göre ölçek puanlarına olan etkisi ayrı ayrı incelendiğinde, bildirimde bulunan kadınlar ile bulunmayan kadınların ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo 30).

Tablo 30. Kadınlarda bildirim ölçek puanlarına etkisi

	Bildirimde bulunan kadınlar M ± SD	Bildirimde bulunmayan kadınlar M ± SD	Z	P
Bilişsel alt boyut ortalaması	7.84 ± 5.70	8.32 ±6,62	-0.142	0.887
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	7.20 ± 4.21	6.73 ±4,,9	-0.896	0.370
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	15.04 ±9.23	15.09 ±9.92	-0.167	0.868
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.87 ± 1.66	2.10 ±1.68	-0.270	0.204

Mann-Whitney U testi

Mağdur erkeklerde istismar bildiriminde bulunmanın ölçek puanlarına etkisi incelendiğinde, erkeklerde bildirimde bulunmanın, depresif belirti ve benlik saygısı puanlarına anlamlı etkisi saptanmamıştır(Tablo 31).

Tablo 31. Erkeklerde bildirimde bulunmanın ölçek puanlarına etkisi

	Bildirimde bulunan erkekler	Bildirimde bulunmayan erkekler	Z	P
	M ± SD	M ± SD		
Bilişsel alt boyut ortalaması	6.39 ± 5.22	7.55 ± 6.20	-1.177	0.239
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	5.91 ± 4.14	6.02 ± 4.08	-0.105	0.916
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	14.30 ± 8.48	13.62 ± 9.69	-0.572	0.572
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.60 ± 1.52	1.71 ± 1.65	-0.233	0.815

Mann-Whitney U testi

Temas içeren tip istismar (dokunma-dokundurtma tipi + penetrasyon ± temas içermeyen) mağdurlarının ölçek puanları, sadece temas içermeyen tipin mağdurlarına göre daha yüksek hesaplanmıştır. Cinsel istismar şiddeti arttıkça benlik saygısı anlamlı olarak düşmüş, depresyonun bilişsel semptomları anlamlı olarak daha fazla görülmüştür(Tablo 32).

Tablo 32. İstismarın şiddeti ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	Temas içermeyen İstismar maruziyeti	Temas içeren istismar maruziyeti	Z	p
	M ± SD	M ± SD		
Bilişsel alt boyut ortalaması	7.41 ± 6.01	8.38 ± 5.83	-2,073	0.038*
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	6.46 ± 4.13	6.96 ± 4.44	-0.893	0.372
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	13.89 ± 9.38	15.34 ± 9.51	-1,616	0.106
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.75 ± 1.62	2.10 ± 1.70	-2.042	0.041*

Mann-Whitney U testi * p<0.05

Cinsel istismar mağdurlarında, maruz kalınan istismar tip sayısının depresyon ve benlik saygısı üzerine etkisi incelendiğinde, birden fazla tip istismar mağdurlarının diğerlerine kıyasla depresyon puanları daha yüksek, benlik saygısı daha düşük saptanmış fakat anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo 33).

Tablo 33. İstismar tip sayısı ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	Tek tip istismar M ± SD	Birden fazla tip istismar M ± SD	Z	P
Bilişsel alt boyut ortalaması	7.50 ± 6.06	8.21 ± 5.58	-1.715	0.086
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	6.50 ± 4.15	6.92 ± 4.43	-0.708	0.479
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	14.02 ± 9.46	15.14 ± 9.23	-1.323	0.186
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	1.78 ± 1.62	2.07 ± 1.73	-1.490	0.136

Mann-Whitney U testi

Mağdur katılımcılarda, failin aile içi olması ile depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde, aile içi istismar mağdurlarının diğerlerine oranla tüm ölçek puanları daha yüksektir, fakat anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo 34).

Tablo 34. Failin aile içi olması ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	Aile içi fail var M ± SD	Aile içi fail yok M ± SD	Z	P
Bilişsel alt boyut ortalaması	8.40 ± 5.82	7.49 ± 6.00	-1.61	0.107
Afektif-somatik alt boyut ortalaması	6.96 ± 4.03	6.50 ± 4.24	-1.130	0.258
Toplam beck depresyon ölçek ortalaması	15.36 ± 9.11	14.02 ± 9.47	-1.44	0.149
Rosenberg benlik saygısı ölçek ortalaması	2.16 ± 1.72	1.77 ± 1.62	-1.91	0.056

Mann-Whitney U testi

4.6. Bildirimde Bulunmayı Engelleyen Faktörler ile İlgili

Bulgular

Çocukluk çağı cinsel istismar deneyimini bildirmeyen ya da hemen(ilk 24 saat) bildirmeyen katılımcıların işaretledikleri, istismar bildirimine engel olabilecek 28 madde ve bu maddelerden oluşturulan, bireysel, ailesel ve toplumsal engelleri içeren alt kategoriler incelenmiştir.

Mağdurların bildirimde bulunmama nedeni olarak belirttiği engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=249.31$, $p=0.000$). Post hoc analizlerde, bu farkın bireysel engellerden kaynaklandığı görülmüştür. Diğer yandan toplumsal engeller, ailesel engellerden daha yüksek oranda bildirilmesine rağmen iki kategori arası anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 35).

Tablo 35. İstismar mağdurlarının engel kategorileri arasındaki ilişkiler

	Engel kategorileri		z	p*
	M ± SD			
İstismar mağdurları	Bireysel engeller 0.16 ± 0.11	Ailesel engeller 0.07 ± 0.12	-14.08	0.000**
	Bireysel engeller 0.16 ± 0.11	Toplumsal engeller 0.08 ± 0.12	-11.62	0.000**
	Toplumsal engeller 0.08 ± 0.12	Ailesel engeller 0.07 ± 0.12	-2.28	0.230

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Mağdur erkeklerin bildirimde bulunmama nedeni olarak belirttiği engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=138.99$, $p=0.000$). Post hoc analizlerde en yüksek oranda bireysel engellerin, sonrasında toplumsal engellerin ve en düşük oranda da ailesel engellerin işaretlendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Tablo 36).

Tablo 36. Erkek mağdurların engel kategorileri arasındaki ilişkiler

Engel kategorileri			z	p*
M ± SD				
Erkek mağdurlar	Bireysel engeller 0.16 ± 0.10	Ailesel engeller 0.05 ± 0.11	-11.068	0.000**
	Bireysel engeller 0.16 ± 0.10	Toplumsal engeller 0.08 ± 0.13	-8.090	0.000**
	Toplumsal engeller 0.08 ± 0.13	Ailesel engeller 0.05 ± 0.11	-3.795	0.000**

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Mağdur kadınların bildirimde bulunmama nedeni olarak belirttiği engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=116.96$, p=0.000). Post hoc analizlerde, bu farkın bireysel engellerden kaynaklandığı görülmüştür. Diğer yandan ailesel engeller, toplumsal engellerden daha yüksek oranda bildirilmesine rağmen iki kategori arası anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Kadın mağdurların engel kategorileri arasındaki ilişkiler

Engel kategorileri			z	p*
M ± SD				
Kadın mağdurlar	Bireysel engeller 0.16 ± 0.12	Ailesel engeller 0.08 ± 0.13	-9.052	0.000**
	Bireysel engeller 0.16 ± 0.12	Toplumsal engeller 0.08 ± 0.11	-8.397	0.000**
	Ailesel engeller 0.08 ± 0.13	Toplumsal engeller 0.08 ± 0.11	-0.235	0.814

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Temas içermeyen cinsel istismar bildiriminde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurların, bu olayı bildirmeme nedenleri Tablo 11’de gösterilmiştir. Bu nedenler cinsiyete göre değerlendirildiğinde, en sık nedenin

erkeklerde %82.1, kadınlarda %54.4 ile ‘Bu olayı önemsemedim’ olduğu saptanmıştır. İkinci sırada erkeklerde %22.3 ile ‘Bu davranışın suç olduğunu bilmiyordum’, kadınlarda ise %23.7 ile ‘Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım’ seçenekleri yer almıştır.

Temas içermeyen cinsel istismar mağdurlarının, bildirimde bulunmama nedeni olarak belirttikleri engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır($\chi^2=262.08$, $p=0.000$). Post hoc analizlerde, bu farkın bireysel engellerden kaynaklandığı görülmüştür. Diğer yandan toplumsal engeller, ailesel engellerden daha yüksek oranda bildirilmesine rağmen iki kategori arası anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 38).

Tablo 38. Temas içermeyen cinsel istismar mağdurlarında engel kategorileri arasındaki ilişkiler

		Engel kategorileri		z	p*
		M ± SD			
Temas içermeyen cinsel istismar mağdurları	Bireysel engeller	Ailesel engeller	-14.11	0.000**	
	0.16 ± 0.12	0.06 ± 0.13			
	Bireysel engeller	Toplumsal engeller	-11.50	0.000**	
	0.16 ± 0.12	0.07 ± 0.12			
	Toplumsal engeller	Ailesel engeller	-1.54	0.123	
	0.07 ± 0.12	0.06 ± 0.13			

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Temas içermeyen cinsel istismar mağdurlarının bildirimde bulunmama nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde ; erkeklerin belirttiği engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır($\chi^2=150.26$, $p=0.000$). Post hoc analizlerde en yüksek oranda bireysel engellerin, sonrasında toplumsal engellerin ve en düşük oranda da ailesel engellerin işaretlendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 39).

Tablo 39. Temas içermeyen cinsel istismar mağduru erkeklerin engel kategorileri arasındaki ilişkiler

	Engel kategorileri M ± SD		z	p*
Temas içermeyen cinsel istismar mağduru erkekler	Bireysel engeller 0.16 ± 0.10	Ailesel engeller 0.05 ± 0.10	-11.068	0.000**
	Bireysel engeller 0.16 ± 0.10	Toplumsal engeller 0.07 ± 0.12	-8.090	0.000**
	Toplumsal engeller 0.07 ± 0.12	Ailesel engeller 0.05 ± 0.10	-3.795	0.000**

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Temas içermeyen cinsel istismar mağduru kadınların belirttiği engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır($\chi^2=118.09$, p=0.000). Post hoc analizlerde, bu farkın bireysel engellerden kaynaklandığı görülmüştür. Diğer yandan ailesel engeller, toplumsal engellerden daha yüksek oranda bildirilmesine rağmen iki kategori arası anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 40).

Tablo 40. Temas içermeyen cinsel istismar mağduru kadınların engel kategorileri arasındaki ilişkiler

	Engel kategorileri M ± SD		z	p*
Temas içermeyen cinsel istismar mağduru kadınlar	Bireysel engeller 0.16 ± 0.13	Ailesel engeller 0.08 ± 0.14	-8.83	0.000**
	Bireysel engeller 0.16 ± 0.13	Toplumsal engeller 0.07 ± 0.12	-7.74	0.000**
	Ailesel engeller 0.08 ± 0.14	Toplumsal engeller 0.07 ± 0.12	-0.74	0.458

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar bildiriminde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurların, bu olayı bildirmeme nedenleri Tablo 14'te gösterilmiştir. Bu nedenler cinsiyete göre değerlendirildiğinde, en sık nedenin, erkeklerde %63.6 ile 'Bu olayı önemsemedim', kadınlarda %51.2 ile 'Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım' olduğu saptanmıştır. İkinci sırada erkek ve kadınlarda sırası ile %30.3 ve %34.5 ile 'Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim' seçeneği yer almıştır.

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağdurlarının, bildirimde bulunmama nedeni olarak belirttikleri engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12.00$, $p=0.002$). Post hoc analizlerde, bu farkın bireysel engellerden kaynaklandığı görülmüştür. Ailesel engel ile toplumsal engel kategorileri arası anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 41).

Tablo 41. Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağdurlarının engel kategorileri arasındaki ilişkiler

		Engel kategorileri		Z	P*
		M ± SD			
Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağdurları	Bireysel engeller	Ailesel engeller	-3.472	0.001*	
	0.18 ± 0.14	0.13 ± 0.18			
	Bireysel engeller	Toplumsal engeller	-2.953	0.003*	
	0.18 ± 0.14	0.13 ± 0.15			
	Toplumsal engeller	Ailesel engeller	-0.043	0.966	
	0.13 ± 0.15	0.13 ± 0.18			

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağdurlarının bildirimde bulunmama nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde ; erkeklerin belirttiği engel kategorileri Friedman testi ile karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12.51$, $p=0.002$). Post hoc analizlerde bu farkın yalnızca bireysel ve ailesel engel kategorilerinden kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 42).

Tablo 42. Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağduru erkeklerin engel kategorileri arasındaki ilişkiler

	Engel kategorileri M ± SD		Z	P*
Dokunma- dokundurtma tipi cinsel istismar mağduru erkekler	Bireysel engeller 0.16 ± 0.13	Ailesel engeller 0.08 ± 0.18	-2.971	0.003**
	Bireysel engeller 0.16 ± 0.13	Toplumsal engeller 0.12 ± 0.18	-1.448	0.148
	Toplumsal engeller 0.12 ± 0.18	Ailesel engeller 0.08 ± 0.18	-1.245	0.213

Post-hoc wilcoxon testleri, *p değeri için benferroni düzeltmesi yapılmıştır. **p<0.016

Dokunma-dokundurtma tipi cinsel istismar mağduru kadınların belirttiği engel kategorileri arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=4.19$, $p=0.123$).

Penetrasyon tipi cinsel istismar bildiriminde bulunmayan ya da gecikmiş bildirimde bulunan mağdurların, bu olayı bildirmeme nedenleri Tablo 16'da gösterilmiştir. Bu nedenler cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerde en sık %75 oran ile 'Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim' ve 'Ailemin bana inanmamasından korktum' seçeneklerinin işaretlendiği görülmüştür. Kadınlarda ise %75 oran ile en sık 'Bu olay duyulursa çevremdekilerin beni dışlamasından, benimle konuşmamasından endişelendim', 'Bu davranışa maruz kaldığımı öğrenen insanların benim hakkımda kötü sözler söylemesinden endişelendim', 'Bu olayı birine söylemek çok zor geldi, utandım' ve 'Beni seven insanları üzmetten korktum' seçeneklerinin işaretlendiği saptanmıştır.

4.7. Korelasyon Analizleri

İstismara ilk maruz kalma yaşı ile maruz kalınan tip sayısı ve Rosenberg benlik saygısı puanı arasında anlamlı düzeyde, negatif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır. Aynı zamanda istismarla ilk karşılaşma yaşı düştükçe, bildirimde bulunmama nedeni olarak ailesel ve toplumsal engelleri belirtme oranı anlamlı düzeyde artmaktadır.

Maruz kalınan istismar tip sayısı, tüm engel kategorileri ortalama puanları ve tüm ölçek puanları ile anlamlı düzeyde pozitif yönde korele olarak bulunmuştur (Tablo 43).



Tablo 43. Korelasyon analizi

			İstismara maruz kalınan ilk yaş	Maruz kalınan İstismar tip sayısı	Bireysel engeller ortalaması	Ailesel engeller ortalaması	Toplumsal engeller ortalaması	Beck depresyon puanı	Bilişsel alt boyut puanı	Afektif-somatik alt boyut puanı	Rosenberg ölçek puanı
İstismara maruz kalınan ilk yaş	cc P		1.000								
Maruz kalınan İstismar tip sayısı	cc P		-0.232** 0.000	1.000							
Bireysel engeller ortalaması	cc P		-0.079 0.144	0.183** 0.000	1.000						
Ailesel engeller ortalaması	cc P		-0.181** 0.001	0.316** 0.000	0.296** 0.000	1.000					
Toplumsal engeller ortalaması	cc P		-0.196** 0.000	0.257** 0.000	0.300** 0.000	0.473** 0.000	1.000				
Beck depresyon puanı	cc P		0.003 0.957	0.136** 0.000	0.098* 0.032	0.211** 0.000	0.111* 0.015	1.000			
Bilişsel alt boyut puanı	cc P		-0.026 0.619	0.134** 0.000	0.089 0.052	0.205** 0.000	0.091* 0.047	0.935** 0.000	1.000		
Afektif-somatik alt boyut puanı	cc P		0.033 0.528	0.117** 0.000	0.089 0.052	0.187** 0.000	0.122 0.008	0.909** 0.000	0.713** 0.000	1.000	
Rosenberg ölçek puanı	cc P		-0.114* 0.028	0.147** 0.000	0.042 0.354	0.241** 0.000	0.074 0.104	0.546** 0.000	0.569** 0.000	0.424** 0.000	1.000

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda çocukluk çağı cinsel istismar prevalansı % 41.9 olarak bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaksızın, ÇÇCİ prevalansı erkeklerde %44.3 , kadınlarda %39.8'dir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, 2013 yılında Dünya Sağlık Örgütü için Türkiye'deki 5 farklı bölgeden seçilen, aralarında Karadeniz Teknik Üniversitesi'nin de bulunduğu 5 üniversiteden toplam 2257 öğrencinin katılımı ile yapılan bir çalışmada ÇÇCİ prevalansı %7.9 olarak bulunmuş, bu oran erkek ve kadınlarda sırası ile % 8.7 ve %7.2 olarak bildirilmiştir(79). 530 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %18.1'i ÇÇCİ bildirmiş ve istismar puanları erkek cinsiyet yönünde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(232). 1262 üniversite öğrencisi ile yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %28.1'i (84), yapılan başka bir çalışmada ise 842 üniversite öğrencisinin %10.8'i 18 yaşından önce en az bir Cİ yaşadığını belirtmiştir(82). Ülkemizde lise öğrencileri arasında yapılan iki ayrı çalışmada Cİ oranları %13.4(4) ve % 10.7(3) hesaplanmıştır. Yaşları 20 ila 50 arasında değişen 222 evli kadın katılımcı ile yapılan toplum temelli bir çalışmada ise ÇÇCİ yaygınlığı %12.2 olarak rapor edilmiştir(233). Çalışmalarda, cinsel istismar alt tiplerinin aynı şekilde kategorilendirilmemesi, katılımcı gruplar arası farklar, bölgesel ve kültürlerarası farklar, ölçme yöntemlerinin çeşitliliği gibi nedenlere bağlı olarak çok farklı yaygınlık oranları görülebilmektedir. Bizim çalışmamızdaki Cİ prevalansı diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Ancak çalışmamızda, diğerlerinden farklı olarak temas içermeyen alt tipler de sorgulanmış ve en sık bildirilen Cİ tipi olduğu saptanmıştır. Bu durum, diğerleri ile karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki yüksek Cİ oranları açıklayabilir. Çalışmamıza benzer şekilde, temas içermeyen cinsel istismarın bazı alt tiplerini de sorgulayan, Üniversite öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmadaki ÇÇCİ prevalansı , bulgularımızla uyumlu olarak %44.5 oranında rapor edilmiştir(81). Bunun yanında çalışmamızdaki temas içeren tip Cİ prevalansımız %9.5'dir ve bu bulgu, ÇÇCİ'yi temas içeren deneyimleri kapsayarak araştıran çalışmalarla uyumludur(4, 79).

Çalışmamızda ÇÇCİ, temas içermeyen, dokunma-dokundurtma ve penetrasyon tipi olmak üzere 3 ana kategoride değerlendirilmiştir. Yaygınlık oranları

sırası ile kadınlarda %37.2, %11.4, %1.1, erkeklerde %43.8, %6.4, %0.8'dir. Dünya genelinde 55 araştırmamanın gözden geçirildiği bir derlemede ise yaygınlık oranları aynı sıra ile kadınlarda % 31, % 13, %9, erkeklerde ise % 17, % 6, %3 olarak bulunmuştur(75). Bulgular karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki erkeklerin temas içermeyen Cİ oranı oldukça dikkat çekicidir ve erkeklere yönelik Cİ literatürüne önemli bir katkı sağlamaktadır. Çalışmamızda farklı olarak, temas içermeyen tipin, sözel istismar, teşhircilik, pornografik görüntü-video maruziyeti ve röntgencilik olmak üzere 4 farklı alt tipi de sorgulanmış, erkekler en yüksek oranda % 32.6 ile pornografik görüntü-video maruziyetini, faili en sık arkadaş olarak belirtmişlerdir. Gençlerin, akranları ile cinsel meraklarını gidermek için pornografik görüntü-videoları kullanmalarını temas içermeyen tip Cİ olarak rapor etmesi, çalışmamızdaki oranları arttırmış olabilir.

UNICEF tarafından ülkemiz için hazırlanan raporda en sık görülen cinsel istismar tipi cinsel içerikli konuşma olarak belirtilmiştir(78). Buna uyumlu olarak , çalışmamızdaki mağdurlar arasında da en sık rapor edilen cinsel istismar alt tipi %29.7 ile sözel istismardır. Sözel ve dokunma tipi istismar kadınlarda anlamlı oranda yüksek görülürken , erkeklerde pornografik görüntü-video maruziyeti, teşhircilik ve röntgencilik anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Dokundurtma tipi ve penetrasyon tipi cinsel istismarda ise cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. 3131 üniversite öğrencisi ile Jimenez-Borja ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada penetrasyon tipi Cİ kadınlarda %3.0 , erkeklerde %2.8 oranında saptanmış ve bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmamıştır(234). Bu bulguların aksine penetrasyon tipi Cİ , Tang ve ark. yüksek katılımcı sayısı ile üniversite öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada erkeklerde(235), Mohler-Kuo ve ark. yaptığı başka bir çalışmada ise kadınlarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (198). Çalışmamızdaki penetrasyon tipi Cİ mağdur sayılarının azlığı, cinsiyetler arası anlamlı farkın oluşmasına engel olmuş olabilir.

ÇÇCİ mağdurları ile yapılan çalışmalarda kız çocuklarının, erkeklere göre daha küçük yaşta istismara maruz kaldıkları rapor edilmiştir(79, 116). Çalışmamızda ise cinsel istismara ilk maruz kalma yaşları açısından cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde ÇÇCİ'yi ergenlik öncesi yaşlarda daha yüksek oranda saptayan çalışmaların aksine(86),bizim çalışmamızdaki mağdurların ise önemli bir

kısmı ilk istismarını ergenlikte yaşamıştır. Bu sonuç, çalışma popülasyonumuz ile ilgili olabilir. Bunun yanında, katılımcılarımız genç yetişkinlerdir ve çocuklara kıyasla, küçük yaştaki ilk istismarlarını hatırlamaları daha zordur.

Çalışmamızda çocukluk çağı cinsel istismarlarının tüm tipleri için mağdurların en sık tanımladığı failer %43.7 ile arkadaşları olurken, ikinci sırada %40.6 ile yabancılar, üçüncü sırada ise %38.3 ile tanıdıklarıdır. Bu sonuçlar, çoğu failin mağdurlar tarafından tanındığını öne süren araştırmalarla tutarlıdır(236-239). Aynı zamanda bu bulgular, akranlar arası cinsel istismar davranışlarına dikkat çekilmesi açısından değerlidir.

Çalışmamız, cinsel istismar tipleri ile mağdur cinsiyeti ve failer arasındaki ilişkiyi gösteren, ülkemiz için yeni bulgular sunmaktadır. Mağdurlar temas içermeyen tipte en sık %44.6 ile arkadaşlarını, dokunma-dokundurtma tipinde %35 ile tanıdıklarını, penetrasyon tipinde ise %50 ile akrabalarını fail olarak belirtmişlerdir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, arkadaş tarafından istismara uğrama erkeklerde, yabancılar tarafından istismara uğrama ise kadınlarda daha yüksek orandadır. Kadınlar temas içermeyen ve dokunma-dokundurtma tipi istismara en sık yabancılar tarafından maruz kalmıştır. Erkekler, temas içermeyen tipte en sık arkadaşlarını, dokunma-dokundurtma tipinde tanıdıklarını bildirmiştir. Penetrasyon tipinde ise her iki cinsiyet için en sık fail akrabalarıdır. Tang ve ark. yaptığı bir çalışmada temas içermeyen tip , penetrasyon olmadan temas içeren tip ve penetrasyon tipi istismarların failerini incelenmiş, erkek mağdurların faileri her tip için sırası ile arkadaş/tanidik, arkadaş/tanidik, sevgili; kadınların ise arkadaş/tanidik, sevgili, sevgili olarak belirttikleri saptanmıştır(235). Bulgular karşılaştırıldığında, çalışmamızla uyumlu olarak yabancılar tarafından cinsel istismara uğrama oranı kadınlarda daha yüksektir. Ancak çalışmalar arası sevgili tarafından istismara uğrama oranları arasındaki farklar dikkat çekicidir ve bu durumun, çevresel ve kültürel farklılıklarla açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda aile içi cinsel istismar yaygınlığı tüm katılımcılar arasında %6.5, cinsel istismar mağdurları arasında %15.6 olarak saptanmıştır. Aile içi cinsel istismar vakalarının prevalansı çalışmaya alınan katılımcıların özelliklerine, kültürel faktörlere, coğrafi konuma, bildirimde bulunma prevalansına göre değişkenlik

göstermektedir. Literatür incelendiğinde, aile içi cinsel istismar prevalansı çalışmamızla uyumlu olarak , ülkemizde ÇÇCİ mağduru çocuklarla yapılan çalışmalarda %4 – 33.4, toplum temelli çalışmalarda ise %1.1- 13.9 arasında rapor edilmiştir(212).

ÇÇCİ mağdurları ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda, Cİ deneyimlerinin çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikte sonraki mağduriyet için riski artırdığı gösterilmiştir. Pittinger ve ark. yaptığı bir derleme çalışmasında, çocuk ve ergen mağdurlarda % 20-39 arasında yeniden kötüye kullanım oranları belirlenmiştir(240). Kız ergenlerle ilgili yapılan başka bir çalışmada ise yeniden mağdur olma oranı % 52.7 olarak saptanmıştır(241). Çalışmalardaki cinsel istismar tanımlarına göre tekrarlama oranları da değişiklik göstermektedir. Bizim çalışmamızda tekrarlayan mağduriyet oranları, cinsel istismar alt tiplerine göre ayrı ayrı hesaplanmıştır. En sık tekrarlanan cinsel istismar tipi %49.4 ile sözel , %29.1 ile dokunma alt tipidir. Diğer tipler için tekrarlama oranları sırası ile, pornografik görüntü-video maruziyeti için %26.9, penetrasyon için %12.5, teşhircilik için %9.2, dokundurma için %6 röntgencilik için %4.6'dır.

Son yıllarda ÇÇCİ ile ilgili yapılan çalışmalar, istismar bildirim alanına yoğunlaşmıştır. Literatür incelendiğinde, çalışmaların bazıları halihazırda bildirimde bulunmuş ve klinik ya da adli ortamlarda değerlendirilmiş çocukları içermektedir. Bunların yanında, bizim çalışmamıza benzer olarak, daha önce bildirimde bulunmamış mağdurlara ulaşabilme avantajı sağlayan toplum temelli çalışmalar da mevcuttur. Ek olarak, çalışmalardaki ÇÇCİ ve bildirim tanımları da değişiklik göstermektedir. Bu metodolojik farklılıklar, sonuçlar arası uyumsuzluk oluşturmakta ve sonuçların karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Bizim çalışmamızda en az bir istismar deneyimini bildirme oranı %51.7'dir. Bu oran, ergen yaş grubu ile yapılan iki farklı retrospektif çalışmada bildirilen %78 ve %80 oranlarından daha düşüktür(13, 187). Bu sonuç, ergenlere oranla, yetişkinlerin yaşadıkları istismarı birine söyleyip söylemediklerini hatırlamasındaki zorluktan kaynaklanabilir. Benzer gelişim dönemindeki katılımcılarla yapılan ve bildirim oranının %33 - %45 arasında saptayan yetişkin retrospektif çalışmalarıyla karşılaştırıldığında ise(8), çalışmamızdaki oran daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu, çalışmamızdaki cinsel istismar tanımının daha geniş olarak ele alınmasının sonucu olarak düşünülebilir Aynı zamanda üniversite

öğrencilerinin genel popülasyona kıyasla daha eğitilmiş olması ve istismar farkındalıkları, daha yüksek bildirim oranları sağlamış olabilir.

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, erkeklerin istismar bildirim, kızlara göre anlamlı oranda daha düşük saptanmıştır(242, 243). Erkek cinsiyet ile ilgili güçlü olmak, kendilerini ve çevresindekileri korumak, kırılman olmamak, duyguları hakkında konuşmamak gibi toplumsal normlar, sosyal damgalanma ve homofobik kaygılar, erkek vücudunun cinsel uyarılmaya karşı verebileceği olumlu tepkiler nedeniyle daha fazla suçluluk duygusu, başkaları tarafından potansiyel suçlu görülme korkusu gibi faktörler, erkeklerin istismarını gizlemesine katkıda bulunmaktadır(216).

Literatür incelendiğinde, mağdurların bildirim yaptığı kişiler, çalışma örneğine ve türüne göre farklılık göstermektedir. Adli veya klinik örnekleme yapılan çalışmalarda mağdurların bildirim oranları daha sık olarak yetişkinlere yaptığı, toplum temelli çalışmalarda ise bildirim alıcısı olarak sıklıkla akranların seçildiği gösterilmiştir(191). Aynı zamanda küçük yaş grubundaki çocuklar bildirimlerini daha çok yetişkinlere yaparken, ergenler istismar yaşantılarını akranları ile paylaşmaktadırlar(201, 244, 245). Literatür ile uyumlu olarak, çalışmamızdaki mağdurlar cinsel istismar bildirimlerini, bütün istismar tiplerinde en sık akranlarına yapmışlardır. Temas içermeyen tipte %33.3, dokunma-dokundurma tipinde %31.6 ve penetrasyon tipi cinsel istismarda ise %41.7 oranında akran bildirim rapor edilmiştir. Arkadaşların, özellikle ergenlik döneminde, mağdura verilmesi gereken duygusal destek ve mağdurun yardım almaya teşvik edilmesi açısından önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir(13). Bu açıdan akran bildirim oranlarının yaygın olması sevindirici olarak düşünülebilir. Fakat yapılan çalışmalarda; yetişkinlere ve yetkililere düşük bildirim oranlarının, faillerin istismara devam etmesine neden olabileceği, yetişkin müdahalesi olmadan mağdurların yardım alma olasılığının düşük olduğu, yetkililerin devreye girme olasılığını azalttığı belirtilmiştir(246). Çalışmamızda resmi bildirim rapor eden mağdurların oranı yalnızca %7.1 olarak hesaplanmıştır. Bu oran temas içermeyen tipte %6.6, dokunma-dokundurma tipinde %8.5, penetrasyon tipinde ise %16.7'dir. İstismarın şiddeti azaldıkça resmi bildirim azalmıştır. Mağdur tarafından önemsenmeyen, daha az şiddetli istismar tiplerinin bildirilmemesi, faillerin belirlenmemesine, suç işlemeye devam etmelerine ve muhtemelen daha şiddetli istismar eylemleri için faillere daha güvenli bir ortam yaratılmasına neden olabilir.

Çalışmamızda, sağlık çalışanları ve öğretmenlerin de içinde bulunduğu resmi bildirim oranı %7.1 iken adli makamlara bildirim oranı %4.6 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgumuz, bildirim alıcısı olan sağlık çalışanları ve öğretmenlerin, mağdurların hepsi için adli bildirimini sağlayamadıklarının göstergesi olarak dikkat çekici bir bulgudur.

Adli bildirimde bulunan mağdurlara, bunu kolaylaştırıcı nedenler sorulduğunda en sık ‘arkadaş/öğretmen/doktor tarafından cesaretlendirilmek’ seçeneği işaretlenmiştir. ‘Bildirmem gerektiğini biliyordum’ seçeneği ise sadece %2.1 mağdur tarafından bildirilmiştir. Bu oran benzer çalışmalarla kıyaslandığında oldukça düşüktür. Örneğin, Kellogg ve ark. çalışmasında istismar bildirimini ile ilişkili olarak ‘Doğru olan buydu’ seçeneğinin %13 oranında(244), McGuire ve ark. çalışmasında ise ‘Söylemem gerektiği öğretildi’ seçeneğinin %20 oranında işaretlendiği saptanmıştır(67). Çalışmamızdaki kendiliğinden bildirim oranının düşüklüğü düşündürücü bir bulgudur. Bunun yanında hiçbir mağdur tarafından işaretlenmeyen ‘okulda düzenlenen konferans/eğitim bildirim için beni cesaretlendirdi’ ve ‘izlediğim bir video/tv programı beni cesaretlendirdi’ seçenekleri de çarpıcıdır. Bu bulgular, çalışmanın yapıldığı bölgede ve hatta ülkemizde ÇÇCİ ve bildirim ile ilgili farkındalığın yetersiz olması, bu konudaki eğitim ve müdahalelerin artırılması gerektiğine dikkat çekmektedir.

ÇÇCİ bildirimini ile ilgili literatürün büyük bir kısmı bildirim engelleyen faktörlere odaklanmaktadır. Bu konuda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, mağdur çocukların, korku, utanç, kendini suçlama, destek görememek, inanılmamak, etiketlenmek vb birçok engelle karşılaştıkları, ve bu temaların yapılan diğer çalışmalarda da tekrarlandığı belirtilmiştir(247). Yakın tarihli bir çalışmada, mağdurların bildirim en sık korktukları için geciktirdikleri saptanmıştır(244). Mağdurlar için bildirim engelleyen korkuların kaynağı çok farklı olabilir. Bazen, bildirim sonrası kendisi için oluşabilecek, duygusal olarak daha fazla incinme, ailelerin istenmeyen tepkileri gibi olumsuz durumlardan korkarken, bazen aile bütünlüğünün bozulması, sevdiği insanların üzülmeleri gibi başkalarına yönelik korkular yaşamakta, bazen de tehdit edildikleri için istismarın tekrarlamasından çekinmektedirler(203). Bizim çalışmamızda da mağdur katılımcıların %16.5’i, bildirime engel olarak sevdiği insanların üzülmelerinden korktuklarını belirtmişlerdir.

İnanılmama endişesi, cinsel istismarın açıklanması kararında çocuklar için önemli olan bir diğer faktördür. Yapılan çalışmalarda, arkadaş, komşu ya da aile üyeleri tarafından inanılmama endişesinin, ve inanılmadığında oluşabilecek olumsuz tepkilerden çekinmenin, mağdurlarda bildirim için caydırıcı faktörler olduğu gösterilmiştir(9, 203). Literatürde, mağdurların %58'i ve %11.8'inin inanılmamaktan korktuğu için bildirimini engellediğini gösteren çalışmalar mevcuttur(67, 245). Bizim çalışmamızda ise, bildirim engeli olarak 'ailemin inanmamasından korktum' seçeneğini işaretleyen mağdur oranı %16.5'tir.

Utanç ve kendini suçlama, ççci mağdurları tarafından sıklıkla bildirilir(66). Kötüye kullanımın durdurulmaması, bildirim geciktirilmesi ve kötüye kullanımın devam etmesine izin verilmesi ya da kötüye kullanımın açıklanmasını takip eden olumsuz olaylardan kendini sorumlu hissetme gibi nedenlerle, mağdurlar istismardan sorumlu olarak kendilerini görebilirler. Yapılan çalışmalarda , istismardan dolayı kendini suçlayan çocukların, suçlamayanlara oranla istismar bildirimini 2.7 kat daha az bildirdiği gösterilmiştir(244). Yakın tarihli yapılan bir çalışmada, mağdurlar bildirmeme nedeni olarak %17.6 oranında utandıklarını, %17.7 oranında ise kendilerini suçladıklarını rapor etmişlerdir(67). Bizim çalışmamızda, mağdurların %7'si kendini suçlamasının , %23'ü de utanmasının bildirimini engellediğini belirtmiştir .

Literatür incelendiğinde, kadın ve erkek katılımcıların bildirim kalıplarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, cinsiyetler arasında çelişkili bulgular göze çarpmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada hem erkekler hem de kadınlar suçlanmaktan veya inanılmaktan korktuklarını belirtmiş, kadınlarda, istismar deneyiminden kimin sorumlu olduğu ile ilgili düşüncelerin daha ağır bastığı, suçlanma ve inanılmama endişesinin daha yaygın ve bu faktörlerin kadınların bildirimini erkeklere oranla daha sık engellediği saptanmıştır. Erkeklerde ise belirgin olarak, özellikle eşcinsel olarak görülme korkusu, mağdur olarak görülme korkusu, erkek çocuklarının nadiren mağdur edildiği inancından dolayı damgalanma-dışlanma endişeleri ve istismarcı olarak görülme korkusu kadınlardan daha yaygındı (195). Bizim çalışmamızda da bildirimini engelleyici olarak inanılmama korkusu ve utanç seçeneği kadınlarda, eşcinsel olarak etiketlenme korkusu ise erkeklerde anlamlı olarak daha fazla işaretlenmiştir.

Literatürde inanılmama korkusu, bildirim sonuçlarından korkma, suçluluk hissi, utanç gibi faktörler daha sık gündeme gelse de , mağdurların istismar deneyimini tanımlayabilme kapasiteleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan alışmalar incelendiğinde, mağdurların , istismara uğradığının farkında olmaması nedeniyle bildirimde bulunmadığı rapor etme oranları farklılık göstermiştir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada mağdur katılımcılar, bildirmeme nedeni olarak en sık %82.4 oranla, bu deneyimlerinin istismar olduğunu fark etmediklerini belirtmiş(67), başka bir çalışmada ise bu oran %51 bulunmuştur(248). Buna ek olarak, yapılan çalışmalarda kendini mağdur olarak algılamayan bireylerin bildirimde bulunma oranının daha düşük olduğu saptanmıştır(246). Çalışmamızda ‘bu davranışın suç olduğunu- yanlış/hatalı bir davranış olduğunu bilmiyordum’ seçenekleri mağdurların %21.9’u tarafından işaretlenmiştir. Temas içermeyen, dokunmadokundurtma ve penetrasyon tipleri için oranlar sırası ile %20.5, %17.9 ve %8.3’tür. Yakın tarihli yapılan başka bir çalışmada ise ‘suç olduğunu bilmiyordum’ seçeneğini işaretleyen mağdur oranı %3.4 bulunmuştur(244). Bizim alışmamızda sözel istismar gibi daha düşük şiddetli istismar kategorilerinin de sorgulanmış olması, suç olduğunu bilmeyen katılımcı sayılarını arttırmış olabilir. Katılımcıların yaş ortalamaları, gelişim dönemleri ya da büyüdüğü çevreye bağılı olarak istismar algıları farklılık göstermiş olabilir.

ÇÇCİ bildiri mi üzerindeki kültürel etkiler, diğerlerine oranla daha az incelenmiştir, bu alandaki araştırmalar yeni ve sınırlıdır(249). Bununla birlikte, çocukların bildirimde bulunmayı düşündükleri tüm durumlarda kültürün belirgin bir faktör olduğu düşünülmektedir. Kültürel normlar, aynı zamanda ,mağdur ailelerinin istismarları yetkililere bildiri p bildirmeyeceğini de etkilemektedir. Birçok kültürdeki temel inanç sistemlerinin, çocukların istismardan kurtulmalarını engelleyecek aile düzenini teşvik ettiği belirtilmiştir(250). Cinsellik ile ilgili tabular, bekarite verilen önem, ataerkil tutumlar, bildiri mi engelleyen kültürel faktörler arasındadır. Yapılan çalışmalarda, mağduriyet durumunda aile onuruna verilen zarar ve kalıcı utanç düşüncesinin, bazı kültürlerde bildiri min güçlü inhibitörleri olduğu gösterilmiştir(251). Bu kültürlerde bildiri me verilen tepkiler, mağdurun kendini koruyamadığı için kısıtlanmasından, şiddet görmesinden, fail ile evlendirilmeye, hatta namus cinayetleri ile anılan öldürücü sonlara kadar varabilmektedir(252). Bizim

çalışmamızda da benzer şekilde, bildirim için caydırıcı olarak, ailesi tarafından özgürlüğünün kısıtlanacağı, okula gönderilmeyeceği, evlendirileceği veya şiddet göreceği endişeleri rapor edilmiştir ve bu engelleri rapor edenlerin, sırası ile, %64.5, %70, %100 ve %66.7'si kadındır.

Çalışmamızda mağdurlar tarafından en sık belirtilen bildirmeme nedeni ise %65.7 ile 'bu olayı önemsemedim' seçeneğidir. Bulgularımız ile uyumlu olarak, ortaokul ve lise öğrencileri arasında yapılan toplum temelli bir çalışmada, bildirim engelleyen en yaygın neden %41 oran ile istismar deneyiminin bildirim için yeterince ciddi olarak değerlendirilmemesiydi(187). Beklenildiği gibi, çalışmamızda Cİ şiddeti arttıkça, engel olarak 'bu olayı önemsemedim' seçeneğini işaretleme oranı düşmektedir. Temas içermeyen tipte %66.9'la en sık neden iken, dokunma-dokundurma tipinde %33.3 ile ikinci sıklıkla belirtilen nedendir. Penetrasyon mağduru 12 katılımcının ise %16.6'sı bu nedeni işaretlemişlerdir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, daha düşük şiddetli cinsel istismarların daha az önemsenmemesinin, bildirimde bulunmayı engelleyebileceğini ve böylelikle daha sık tekrarlanmalarına yol açabileceğini düşündürmektedir.

ÇÇCİ bildirim ile ilgili yapılan çalışmalarda, son yıllarda bildirim karmaşık sürecine daha fazla ışık tutması için sosyo-ekolojik bir bakış açısı benimsenmeye başlanmıştır(203, 253). Bu bakış açısı , son zamanlarda geliştirilen yasal politikalar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün şiddet önleme programı gibi dünya çapındaki projelerde giderek daha fazla ilgi görmektedir(249). Sosyo-ekolojik modelde, bildirim engelleyen faktör kategorileri tanımlanmaya çalışılmaktadır. Bildirim engelleyen faktörleri her düzeyde analiz etmek, çocuklara ve gençlere bildirim için daha güvenilir alanlar yaratabilme şansını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, her biri birkaç alt temadan oluşan, bireysel engeller, kişilerarası engeller ve toplumsal engeller olmak üzere, üç geniş engel kategorisi belirlenmiştir (203). Bu çalışmadan yola çıkılarak çalışmamızda sorgulanan 28 bildirim engeli, 3 ayrı kategoriye ayrılmış, literatüre ek olarak engel kategorileri arasında da karşılaştırma yapılmıştır. Önemsememek, suçluluk hissi, utanç ve zayıflık duygusu, kötüye kullanımı kavrayabilme yetersizliği gibi bireysel engeller, çalışmamızdaki istismar mağdurlarında, istatistiksel olarak anlamlı oranda en sık işaretlenen kategoridir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde de, hem kadın hem erkek mağdurlar, en yüksek

oranda bireysel engelleri belirtmiştir. Erkekler için ikinci yüksek oranda seçilen kategori ise etiketlenme ve cinsellik ile ilişkili tabuları, aile dışı diğer toplum üyelerinin olumsuz tepkilerini, kültürel ve sosyal engelleri içeren toplumsal engel kategorisidir. Kadınlarda ise ikinci sırada, aile içinde şiddetin varlığını, zayıf iletişim modellerini, sevdiklerini koruma arzusunu, söyleyecek kimseyi bulamamayı, bildirim yönüne beklenen aile veya yakın çevreden olumsuz tepkileri içeren, ailesel engel kategorisi belirtilmiştir. Kadın ve erkekler için saptanan bu bulgular, temas içermeyen ve dokunma-dokundurma tipleri için de tekrarlanmıştır. Penetrasyon alt tipinde ise mağdur katılımcı sayısının azlığı nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Literatür incelendiğinde, ÇÇCİ ile psikiyatrik semptomatoloji arasında güçlü bir ilişki olduğu belgelenmiş, ÇÇCİ'nin, depresif belirtilerin varlığı için önemli bir risk faktörü olduğu, benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür(14, 254-256). Cinsel istismar mağdurları ile mağdur olmayanların karşılaştırıldığı daha önceki birçok çalışmada, mağdurların depresyon ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur(257, 258). Bizim çalışmamızda da mağdur katılımcıların Beck depresyon ve Rosenberg benlik saygısı ölçek puanları, mağdur olmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Literatür ile uyumlu olarak, mağdurlar anlamlı düzeyde hem daha fazla depresif belirti rapor etmişlerdir hem de benlik saygıları mağdur olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise, mağdur kadınların depresyon puanları, erkeklere göre anlamlı olarak yüksek hesaplanmıştır. Buna ek olarak, mağdur kadınların benlik saygıları da mağdur erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu bulgu, cinsiyetin, ççci maruziyetinden sonra dışsallaştırma veya içselleştirme davranışının gelişimini etkilediği, Ççci maruz kalan kadınlarda içselleştirici bozuklukların daha sık görüldüğünü bildiren literatür ile uyumludur(259, 260). Çalışmamız sonuçlarına paralel olarak, ülkemizde yapılan, istismar mağdurlarında cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı bir çalışmada, majör depresif bozukluk tanısının mağdur kızlarda yüksek olduğu bildirilmiştir(261). Başka bir çalışma da mağdur kızların depresyon puanları erkeklere göre daha yüksek olarak saptanmıştır(262).

İstismar mağdurlarının somatik alt boyut puanları, bilişsel alt boyut puanlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki ÇÇCİ

mağdurları erişkin çağda; yorgunluk, bitkinlik, cinsel istekte azalma, uyku- iştah düzensizlikleri gibi somatik depresif belirtileri, kötümserlik, kendini suçlama, suçluluk duygusu gibi bilişsel belirtilerden anlamlı düzeyde daha sık bildirmiştir. Buna ek olarak yapılan çalışmalarda, ÇÇCİ mağdurlarında görülen bu somatik şikayetlerin , istismar nedeniyle fiziksel kendilikteki bozulmaya bağlı olabileceği, bu şikayetlerin depresyon varlığında daha da artabileceği bildirilmiştir(263). Bu nedenle istismar konusunda sadece ruh sağlığı profesyonellerinin değil, somatik belirtiler nedeniyle başvurulabilecek diğer sağlık çalışanlarının da farkındalık ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir.

Bildirimin, mağdurların ruh sağlığı üzerine etkisi ile ilgili bulgular karmaşıktır. Bazı çalışmalar bildirimin, olumlu sonuçlar ile ilişkili olduğunu gösterirken(180, 214, 215) bazıları da yetişkin dönemde psikiyatrik sorunların görülme riskini artırdığını göstermiştir(218, 219). Bildirimin ruh sağlığına olan istenmeyen etkileri, bildirim alıcılarının verdiği olumsuz tepkilerle açıklanabilir. Bizim çalışmamızda bildirimde bulunma ile depresyon ve benlik saygısı düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda en yaygın bildirim alıcılarının arkadaşlar olduğu bulgusu göz önünde bulundurulduğunda, bildirimde bulunan mağdurların destekleyici tutumlarla karşılaşmış olabileceği düşünülmektedir.

Bazı cinsel istismar türlerinin psikiyatrik etkiler açısından daha ciddi sonuçları olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda penetrasyon varlığında ruhsal semptomlar daha belirgin olarak saptanmıştır(120, 264). Literatürle paralel olarak, çalışmamızda dokunma-dokundurma ve penetrasyon tipi mağdurlarının, temas içermeyen tipin mağdurlarına oranla depresyon ve benlik saygısı ölçek puanları daha yüksektir. Bu yükseklik, bilişsel alt boyut ve Rosenberg benlik saygısı ölçeğinde ise anlamlı bulunmuştur. Fail ile temas yaşayan mağdurlarda, temas yaşamayanlara göre karamsarlık, değersizlik hissi, suçluluk hissetme, intihar düşünceleri, ilgi azalması, konsantrasyon bozukluğu gibi bilişsel belirtiler anlamlı oranda daha sık saptanmıştır.

Çalışmamızda aile içi cinsel istismar mağduru olanlarla, olmayan mağdurların depresyon ve benlik sayısı açısından karşılaştırılması yapılmış, tüm ölçek puanları aile içi istismar mağdurlarında yüksek saptanmış fakat anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür ile uyumsuz olan bu sonuç, çalışmamızdaki aile içi istismar

mağduru katılımcı sayısının, istatistik için yeterli büyüklükte olmamasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda istismara ilk maruz kalma yaşı düştükçe, benlik saygısı düşmektedir. Buna ek olarak, istismara erken maruz kalan mağdurların, ilerleyen dönemde farklı tip istismar yaşama olasılığı artmaktadır. Bu bulgular, küçük yaştaki mağdurların belirlenmesinin, tekrarlayan ve daha şiddetli istismar mağduriyetlerin önüne geçilmesi açısından önemli olduğunu göstermektedir.

KISITLILIKLAR

İlk olarak, retrospektif anket çalışmalarının sonuçları, doğası gereği hafızadaki yanılgılardan etkilenebilmeleridir. Çalışmamızın erken yetişkin-geç ergenlik yaş grubu ile yapılmış olması, unutma nedeniyle oluşabilecek hataları aza indirmeye yardımcı olmuş olabilir.

İkincisi, anket sorularına verilen cevabın güvenilirliği net değildir. Katılımcıların özel hayatları ile ilgili bu tür soruları cevaplaması zor olabilir, istismarın eksik rapor edilmesine neden olmuş olabilir. Tam tersi olarak, aynı yaştaki akranları ile rızaya dayalı cinsel faaliyetlerini, istismar olarak bildirmiş olabilirler.

Üçüncü kısıtlılık, çalışmamız üniversite öğrencilerine uygulanmış olması nedeniyle tüm popülasyona genellenemez. ÇÇCİ mağdurlarının , mağdur olmayanlara göre örgün eğitime devam etmeme riskinin yüksek olması, üniversite öğrencilerinin bilişsel becerilerinin genel popülasyondan farklılık göstermesi ve bildirim modellerinin farklı olması ihtimali nedeniyle sonuçlar tüm nüfusu temsil etmeyebilir.

Dördüncüsü, çalışmamızda internet üzerinden maruz kalınabilecek cinsel istismar sorgulanması yapılmamıştır. Son yıllarda ergenler arasında internet ve cep telefonlarının kullanımının artması ile, yapılacak yeni çalışmalarda yaygınlık oranları daha çarpıcı boyutlara yükselebilir.

Beşincisi, geniş örneklem sayımıza rağmen, katılımcıların çoğu çocukluğunun büyük bir bölümünü şehir merkezinde geçiren üniversite öğrencileridir. Bu nedenle çalışma sonuçları Türkiye'deki genç nüfusa genellenemez.

Son olarak cinsel istismarın heterojen doğası gereği, sosyoekonomik düzey, aile içi ilişkiler, toplumsal kurallar, stresli yaşam olayları gibi faktörlerin, ÇÇCİ mağdurlarında görülen psikiyatrik belirtilere etkileri değerlendirilememiştir.

Bu kısıtlılıklara rağmen, çalışmamız, 1249 katılımcı ile ÇÇCİ ve bildiri ile ilgili ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlamaktadır ve özellikle ulusal alanda yeni veriler ortaya koymaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve önerilerimiz aşağıdaki maddelerle özetlenebilir.

- Çalışmamızdaki cinsel istismar prevalansı %41.9 olarak saptanmıştır. ÇÇCİ mağduriyeti açısından cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, kız çocuklarının daha yüksek oranda istismara uğradığı gibi yanlış inanışların azalmasına katkı sağlayabilir. Erkek çocuklarda da cinsel istismara karşı koruyucu önlemleri artırılmasının önemini vurgulamaktadır.
- Mağdur katılımcılar en yüksek oranda temas içermeyen tip cinsel istismar maruziyeti rapor etmişlerdir. Sözel istismar ise en sık görülen cinsel istismar alt tipidir. Çalışmamız, literatürde diğer istismar tiplerinin gölgesinde kalmış bu istismar tipinin yaygınlığına dikkat çekmektedir. Temas içermeyen tipin, mağdurlar tarafından ‘önemsenmediği’ için bildirilmediği, daha sık tekrarladığı saptanmıştır. Çocukların ve gençlerin daha sık maruz kaldığı fakat daha az farkındalık sahibi olduğu cinsel istismarlar tiplerinin de önemini kavrayabilmeleri, suç olduğu hakkında bilgilendirilmeleri önemlidir.
- Çalışmamızda, ÇÇCİ failleri her tip için en sık arkadaşlar olarak belirtilmiştir. Bu sonuç gençler arasındaki cinsel istismar oranlarının yüksekliğinin sorgulanması, azaltılması için stratejiler geliştirilmesi ve başka çalışmalar ile desteklenmesi açısından önemli bir bulgudur.
- Cinsel istismar bildirimini erkeklerde anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu bulgu, erkeklerin cinsel istismar sıklığını vurgulayan farkındalık eğitimlerinin sağlanmasını, erkek cinsel istismarını çevreleyen damgalamayı azaltmaya ve ihtiyaç duyulan sosyal desteklerin sağlanmasına yardımcı olunmasını, bildirimini engelleyen faktörleri ele alan çalışmaların artırılması gerektiğini göstermektedir.

- Cinsel istismar bildirimının alıcısı en sık arkadaşlardır. Mağdur katılımcılar arasında resmi bildirim oranı %7.1, adli bildirim oranı ise % 4.6'dır. Resmi bildirim ile adli bildirim oranları arasındaki farklılık dikkat çekicidir. Sağlık çalışanları ve öğretmenlerin, kendilerine yapılan açıklamaların tümünü adli mercilere yönlendirmediği görülmektedir. Bildirim oranlarının, özellikle adli bildirimleri de içeren resmi bildirim oranlarının artırılmasına yönelik uygun stratejiler geliştirilmeli, gelecekte mağdur ya da bildirim alıcısı olarak karşımıza çıkabilecek çocuk ve gençlere uygun eğitim müdahaleleri planlanmalıdır.
- Bildirimde bulunmuş katılımcıların hiçbiri “okulda düzenlenen konferans/eğitim bildirim için beni cesaretlendirdi” ve “izlediğim bir video/tv programı beni cesaretlendirdi” seçeneklerini işaretlememişlerdir. Bu bulgu, cinsel istismara ilişkin okul ve toplum temelli eğitimlerimizin yetersiz olduğuna dikkat çekmektedir. Çalışmamızın retrospektif verilere dayandığı göz önünde bulundurulduğunda, son yıllardaki ülke genelindeki cinsel eğitim programlarının verimliliğinin değerlendirilmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Çalışmamız, son yıllarda artan, bildirimi engelleyen faktörlerin ekolojik modelde açıklanması konusuna da katkı sağlamaktadır. Mağdurlar tarafından en yüksek oranda bireysel engeller belirtilmiştir. İkinci sırada ise erkeklerde toplumsal, kadınlarda ise ailesel engel kategorileri işaretlenmiştir.
- İstismar mağduru katılımcılarda somatik depresif belirtilerin sıklığı, bilişsel depresif belirtilere göre anlamlı oranda yüksektir. Bu sonuç, sadece ruh sağlığı profesyonellerinin değil, aynı zamanda somatik belirtiler ile başvurulabilecek diğer sağlık çalışanlarının da cinsel istismar ve etkileri açısından uyanık olmaları gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

- Temas içeren tip istismar mağdurlarında bilişsel depresif belirtiler, temas içermeyen tipin mağdurlarına kıyasla anlamlı oranda daha yüksektir. Bu sonuç, bilişsel davranışçı müdahalelerle, bu deneyimlerine ilişkin bazı zihinsel sağlık semptomlarının azaltılabileceğini göstermektedir.
- İstismara ilk maruziyet yaşı düştükçe, benlik saygısının düştüğü, depresyon puanlarının anlamlı olarak yükseldiği ve maruz kalınan istismar tipi sayısının arttığı saptanmıştır. Çalışmamız, cinsel istismarı önlemek ya da olumsuz etkisini azaltmak için yapılacak psikososyal müdahalelerin küçük yaşlardan itibaren başlaması gerektiğini vurgulamaktadır.



7. KAYNAKLAR

1. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
2. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*. 2015;24(1):37-50.
3. Zoroğlu S, Tüzün U, Şar V, Öztürk M, Kara M, Alyanak B. Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2):69-78.
4. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(3):247-55.
5. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1(2):95-119.
6. Beyazıt U. Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye'de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2015.
7. Alaggia R. Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child abuse & neglect*. 2004;28(11):1213-27.
8. London K, Bruck M, Wright DB, Ceci SJ. Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*. 2008;16(1):29-47.
9. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019;20(2):260-83.
10. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child abuse & neglect*. 2007;31(2):111-23.
11. Leander L. Police interviews with child sexual abuse victims: Patterns of reporting, avoidance and denial. *Child Abuse & Neglect*. 2010;34(3):192-205.
12. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child abuse & neglect*. 2011;35(5):343-52.
13. 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.
14. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-9.
15. Fass PS. Children and globalization. *Journal of Social History*. 2003;36(4):963-77.
16. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar I. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007.
17. Altaş E. Çocukların cinsel istismarı suçu: DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2009.
18. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004;35(2):82-6.

19. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi. 2007;34(1):70-4.
20. Butchart A, Harvey A. WHO and ISPCAN: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland; 2006.
21. Slep AMS, Heyman RE, Foran HM. Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. Family Process. 2015;54(1):17-32.
22. Sicher P, Lewis O, Sargent J, Chaffin M. Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000;39(5):660-7.
23. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. Child abuse & neglect. 2005;29(4):325-34.
24. Palusci VJ. Child protection and the development of child abuse pediatrics in New York City. Journal of forensic and legal medicine. 2017;52:159-67.
25. Hesketh T, Hong ZS, Lynch MA. Child abuse in China: the views and experiences of child health professionals. Child abuse & neglect. 2000;24(6):867-72.
26. Organization WH. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006.
27. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12):51-65.
28. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. Van Tıp Dergisi. 2010;17(3):108-13.
29. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. 2006.
30. Pierce L, Bozalek V. Child abuse in South Africa: An examination of how child abuse and neglect are defined. Child Abuse & Neglect. 2004;28(8):817-32.
31. Theoklitou D, Kabitsis N, Kabitsi A. Physical and emotional abuse of primary school children by teachers. Child abuse & neglect. 2012;36(1):64-70.
32. Gilbert R, Widom CS. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The lancet. 2009;373(9657):68-81.
33. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2013;48(3):345-55.
34. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK. Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. Child abuse & neglect. 2010;34(9):647-58.
35. Shanahan ME, Runyan DK, Martin SL, Kotch JB. The within poverty differences in the occurrence of physical neglect. Children and youth services review. 2017;75:1-6.
36. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avci A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(4):591-614.
37. Şahin F. Çocuk İstismarına ve İhmaline Yaklaşım. Temel Bilgiler. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.

38. Hornor G. Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care*. 2014;28(2):186-92.
39. Dubowitz H. Tackling child neglect: A role for pediatricians. *Pediatric Clinics of North America*. 2009;56(2):363-78.
40. Chapple CL, Tyler K, Bersani BE. Child neglect and adolescent violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. *Sociology Department, Faculty Publications*. 2005:67.
41. Birliği AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev. Ertuğrul Köroğlu.(Hekimler Yayın Birliği, Ankara); 2013.
42. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*. 2002;26(6-7):697-714.
43. Runyan D, Wattam C. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002.
44. Sibert JR, Payne E. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child abuse & neglect*. 2002;26(3):267-76.
45. Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016;38(2):18-27.
46. Cecil CA, Viding E, Fearon P, Glaser D, McCrory EJ. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 2017;63:106-19.
47. Chamberland C, Fallon B, Black T, Trocmé N. Emotional maltreatment in Canada: Prevalence, reporting and child welfare responses (CIS2). *Child abuse & neglect*. 2011;35(10):841-54.
48. Crow T, Cross D, Powers A, Bradley B. Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(10):1590-8.
49. Schulz P, Beblo T, Ribbert H, Kater L, Spannhorst S, Driessen M, et al. How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child abuse & neglect*. 2017;72:98-109.
50. Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Frontiers in human neuroscience*. 2012;6:52.
51. Yates TM. The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*. 2007;7(2):9-34.
52. HOUSSEIN S, BERATLI N. Awareness About The Physical Child Abuse Among The Nursing Staff In North Cyprus. *Journal of International Social Research*. 2019;12(65).
53. Caneira L, Myrick KM. Diagnosing child abuse: the role of the nurse practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2015;11(6):640-6.
54. McCray N. Child health care coverage and reductions in child physical abuse. *Heliyon*. 2018;4(11):e00945.
55. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American journal of preventive medicine*. 2015;48(3):345-9.
56. Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and

clustering of metabolic risk markers. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2009;163(12):1135-43.

57. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Türkbay T, İşeri E. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı,1.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.

58. Mesman GR, Harper SL, Edge NA, Brandt TW, Pemberton JL. Problematic Sexual Behavior in Children. Journal of Pediatric Health Care. 2019;33(3):323-31.

59. Er T. Cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin anksiyete, depresyon ve benlik algısı açısından karşılaştırılması [tez]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2010.

60. Hébert M, Lavoie F, Blais M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. Ciencia & saude coletiva. 2014;19:685-94.

61. Avcı A, Tahiroğlu A. Cinsel İstismar. A A, YI T, editors. İstanbul: Golden Print; 2007.

62. Fırat S, İltaş Y, Yılmaz I. Ruhsal ve Hukuki Yönleriyle Çocuk İstismarı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016.

63. Yuksel B, Kilic S, Su FA, Tasdemir N, Uzunlar Ö, Mollamahmutoglu L. What should the management of incest pregnancies be? An ethical view presented via three cases. Reproductive biomedicine online. 2008;17:52-4.

64. Emre R, Canturk KM, Komur I, Dogan M, Demirel H, Baspınar B. Evaluation of incest cases of Turkey in terms of DNA profiling difficulties. Journal of forensic and legal medicine. 2015;36:16-21.

65. Stroebel SS, O'keefe SL, Beard KW, Kuo S-Y, Swindell SV, Kommor MJ. Father-daughter incest: Data from an anonymous computerized survey. Journal of Child Sexual Abuse. 2012;21(2):176-99.

66. Jenny C. SD-Child Abuse and Neglect E-Book: Diagnosis, Treatment and Evidence-Expert Consult: Online and Print: Elsevier Health Sciences; 2010.

67. McGuire K, London K. A retrospective approach to examining child abuse disclosure. Child Abuse & Neglect. 2020;99:104263.

68. Karayianni E, Fanti KA, Diakidoy I-A, Hadjicharalambous M-Z, Katsimicha E. Prevalence, contexts, and correlates of child sexual abuse in Cyprus. Child abuse & neglect. 2017;66:41-52.

69. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. Clinical psychology review. 2009;29(4):328-38.

70. Tang CS-k. Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. Child Abuse & Neglect. 2002;26(1):23-37.

71. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child abuse & neglect. 2009;33(6):331-42.

72. Pérez-Fuentes G, Olsson 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.

73. Ji K, Finkelhor D, Dunne M. Child sexual abuse in China: A meta-analysis of 27 studies. Child Abuse & Neglect. 2013;37(9):613-22.

74. Dunne MP, Purdie DM, Cook MD, Boyle FM, Najman JM. Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(2):141-52.
75. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*. 2013;58(3):469-83.
76. Bilginer Ç, Hesapçioğlu ST, Kandil S. Sexual abuse in childhood: a multi-dimensional look from the view point of victims and perpetrators. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(1):55-64.
77. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *Journal of clinical Forensic medicine*. 2006;13(6-8):300-3.
78. UNICEF. Türkiye’de Çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması Özet Raporu 2010 [Available from: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>].
79. Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D. Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey. 2014.
80. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2):69-78.
81. Atamer A. Characteristics of childhood sexual abuse among Turkish University students. İstanbul: Boğaziçi üniversitesi; 1998.
82. Koç E. Bir tıp fakültesinde dönem bir öğrencilerinin çocukluk dönemlerinde fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete uğrama sıklıklarının saptanması. Ankara: Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2012.
83. Şimşek E. Icast – R: Uluslararası çocuk istismarını sorgulama- retrospektif yöntemi ile 2014- 2015 Eğitim- Öğretim yılında, Tıp Fakültesi dönem i öğrencilerinde çocuk istismarının ve ihmalinin geriye dönük sorgulanması. İzmir: Dukuz Eylül Üniversitesi; 2015.
84. 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.
85. Cant RL, O’Donnell M, Sims S, Harries M. Overcrowded housing: one of a constellation of vulnerabilities for child sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2019;93:239-48.
86. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*. 2005;10(1):5-25.
87. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006;118(3):933-42.
88. Black DA, Heyman RE, Slep AMS. Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and violent behavior*. 2001;6(2-3):203-29.
89. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin M-P. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1417-25.

90. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1453-60.
91. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *Journal of forensic and legal medicine*. 2013;20(3):146-50.
92. Whetten K, Leserman J, Lowe K, Stangl D, Thielman N, Swartz M, et al. Prevalence of childhood sexual abuse and physical trauma in an HIV-positive sample from the deep south. *American journal of public health*. 2006;96(6):1028-30.
93. Stuart-Smith S. Adult sequelae of childhood sexual abuse. *Core psychiatry*: Elsevier; 2012. p. 369-80.
94. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2014;23(2):321-37.
95. Butler AC. Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child abuse & neglect*. 2013;37(9):643-52.
96. Mansbach-Kleinfeld I, Ifrah A, Apter A, Farbstein I. Child sexual abuse as reported by Israeli adolescents: Social and health related correlates. *Child abuse & neglect*. 2015;40:68-80.
97. MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(1):14-21.
98. Laaksonen T, Sariola H, Johansson A, Jern P, Varjonen M, von der Pahlen B, et al. Changes in the prevalence of child sexual abuse, its risk factors, and their associations as a function of age cohort in a Finnish population sample. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35(7):480-90.
99. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child abuse & neglect*. 2003;27(12):1409-25.
100. Doidge JC, Higgins DJ, Delfabbro P, Segal L. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child abuse & neglect*. 2017;64:47-60.
101. Fanslow JL, Robinson EM, Crengle S, Perese L. Prevalence of child sexual abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child abuse & neglect*. 2007;31(9):935-45.
102. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019;20(1):67-80.
103. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child abuse & neglect*. 2007;31(5):479-502.
104. Koçtürk N. Tekrarlanan Cinsel İstismar Mağduriyeti ve Okul Ortamında Yapılması Gerekenler. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2019;8(2):965-90.
105. Fluke JD, Hollinshead D. Child maltreatment recurrence. report prepared for the National Resource Center on Child Maltreatment (Duluth, Ga: NRCCM,

- 2003)(www.nrccps.org/PDF/MaltreatmentRecurrence.pdf)[accessed April 1, 2009]. 2002.
106. Fluke JD, Shusterman GR, Hollinshead DM, Yuan Y-YT. Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization: Multistate analysis of associated factors. *Child maltreatment*. 2008;13(1):76-88.
107. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269-78.
108. Lev-Wiesel R. Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review*. 2008;30(6):665-73.
109. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe tıp dergisi*. 2014;15(2):194-201.
110. Higgins DJ. Differentiating between child maltreatment experiences. *Family Matters*. 2004(69):50.
111. Şimşek Ş, Gençoğlu S. Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*. 2014;41(1).
112. Hornor G. Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010;24(6):358-64.
113. Zajac K, Ralston ME, Smith DW. Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child abuse & neglect*. 2015;44:66-75.
114. Narang J, Schwannauer M, Quayle E, Chouliara Z. Therapeutic interventions with child and adolescent survivors of sexual abuse: A critical narrative review. *Children and Youth Services Review*. 2019;107:104559.
115. Trickett PK, Noll JG, Reiffman A, Putnam FW. Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short-and long-term development. *Development and psychopathology*. 2001;13(4):1001-19.
116. Collin-Vézina D, Daigneault I, Hébert M. Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):22.
117. Tyler KA. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*. 2002;7(6):567-89.
118. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(7):1034-9.
119. Preti A, Incani E, Camboni MV, Petretto DR, Masala C. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(6):475-81.
120. Guerra C, Farkas C, Moncada L. Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child abuse & neglect*. 2018;76:310-20.
121. Negrao C, Bonanno GA, Noll JG, Putnam FW, Trickett PK. Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: Distinct contributions and emotional coherence. *Child maltreatment*. 2005;10(4):350-63.

122. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological medicine*. 2001;31(6):965-77.
123. Braga T, Cunha O, Maia Â. The enduring effect of maltreatment on antisocial behavior: A meta-analysis of longitudinal studies. *Aggression and violent behavior*. 2018;40:91-100.
124. Kaplow JB, Hall E, Koenen KC, Dodge KA, Amaya-Jackson L. Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32(2):261-75.
125. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003;18(12):1452-71.
126. Spinner S, Rudolph BD. Screening for Body Image Concerns, Eating Disorders, and Sexual Abuse in Adolescents: Concurrent Assessment to Support Early Intervention and Preventative Treatment. *Adolescent Health Screening: an Update in the Age of Big Data*: Elsevier; 2019. p. 151-63.
127. Noll JG, Trickett PK, Susman EJ, Putnam FW. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of pediatric psychology*. 2005;31(5):469-80.
128. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2018;99:129-41.
129. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child abuse & neglect*. 2018;79:413-22.
130. McTavish JR, Sverdlichenko I, MacMillan HL, Wekerle C. Child sexual abuse, disclosure and PTSD: a systematic and critical review. *Child abuse & neglect*. 2019;92:196-208.
131. Van Den Bosch LM, Verheul R, Langeland W, Van Den Brink W. Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2003;37(5):549-55.
132. Batten SV, Follette VM, Aban IB. Experiential avoidance and high-risk sexual behavior in survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2002;10(2):101-20.
133. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*. 2013;37(9):664-74.
134. Cantón-Cortés D, Cortés MR, Cantón J. Pathways from childhood sexual abuse to trait anxiety. *Child abuse & neglect*. 2019;97:104148.
135. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*. 2001;91(5):753.
136. Musliner KL, Singer JB. Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2014;38(8):1331-40.
137. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(7):951-64.

138. Andover MS, Zlotnick C, Miller IW. Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(4):467-74.
139. Dinwiddie S, Heath AC, Dunne MP, Bucholz KK, Madden PA, Slutske WS, et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychological medicine*. 2000;30(1):41-52.
140. Simpson TL. Childhood sexual abuse, PTSD, and the functional roles of alcohol use among women drinkers. *Substance Use & Misuse*. 2003;38(2):249-70.
141. Jasinski JL, Williams LM, Siegel J. Childhood physical and sexual abuse as risk factors for heavy drinking among African-American women: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(8):1061-71.
142. Nelson EC, Heath AC, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PA, Statham DJ, et al. Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological medicine*. 2006;36(10):1473-83.
143. Nichols H, Harlow BL. Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004;58(5):402-6.
144. Kristman-Valente AN, Brown EC, Herrenkohl TI. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(4):533-8.
145. Butt S, Chou S, Browne K. A rapid systematic review on the association between childhood physical and sexual abuse and illicit drug use among males. *Child Abuse Review*. 2011;20(1):6-38.
146. Pirard S, Sharon E, Kang SK, Angarita GA, Gastfriend DR. Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005;78(1):57-64.
147. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Krasowska A, Kopera M, Sławińska-Ceran A, Brower K, et al. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child abuse & neglect*. 2014;38(9):1560-8.
148. Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Wang S, Limosin F, et al. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015.
149. Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick MD. Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of pediatrics*. 2007;151(5):482-7.
150. Leclerc E, Mansur RB, Grassi-Oliveira R, Cordeiro Q, Kapczinski F, McIntyre RS, et al. The differential association between history of childhood sexual abuse and body mass index in early and late stages of bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2018;227:214-8.
151. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):121-5.
152. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological psychiatry*. 2002;51(4):288-97.

153. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*. 2016;4(1):2.
154. Maniglio R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review. *Clinical psychology review*. 2013;33(4):561-73.
155. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(6):427-34.
156. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(5):380-3.
157. Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall RP. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(6):543-7.
158. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the development of psychopathology. *Advances in psychology research*. 2011;81:1-34.
159. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*. 2001;49(12):1023-39.
160. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*. 2002.
161. Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010;24(3):285-95.
162. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, et al. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(6):814-22.
163. Berenbaum H, Valera EM, Kerns JG. Psychological trauma and schizotypal symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 2003;29(1):143-52.
164. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive psychiatry*. 2001;42(1):16-23.
165. Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2016;44:13-24.
166. Merza K, Papp G, Kuritárné Szabó I. The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*. 2015;29(2):105-18.
167. de Aquino Ferreira LF, Pereira FHQ, Benevides AMLN, Melo MCA. Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry research*. 2018;262:70-7.

168. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005;193(4):258-64.
169. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child abuse & neglect*. 2010;34(11):813-22.
170. Afifi TO, Sareen J, Fortier J, Taillieu T, Turner S, Cheung K, et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International journal of eating disorders*. 2017;50(11):1281-96.
171. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, et al. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*. 2001;30(4):401-12.
172. Léonard S, Steiger H, Kao A. Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33(4):397-405.
173. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;31(2):136-50.
174. Bader K, Schäfer V, Schenkel M, Nissen L, Schwander J. Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of sleep research*. 2007;16(3):285-96.
175. Steine IM, Skogen JC, Krystal JH, Winje D, Milde AM, Grønli J, et al. Insomnia symptom trajectories among adult survivors of childhood sexual abuse: a longitudinal study. *Child abuse & neglect*. 2019;93:263-76.
176. Chapman DP, Liu Y, Presley-Cantrell LR, Edwards VJ, Wheaton AG, Perry GS, et al. Adverse childhood experiences and frequent insufficient sleep in 5 US States, 2009: a retrospective cohort study. *BMC public health*. 2013;13(1):3.
177. Kajeepeta S, Gelaye B, Jackson CL, Williams MA. Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep medicine*. 2015;16(3):320-30.
178. Lind MJ, Aggen SH, Kendler KS, York TP, Amstadter AB. An epidemiologic study of childhood sexual abuse and adult sleep disturbances. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2016;8(2):198.
179. McNally RJ, Clancy SA. Sleep paralysis in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005;19(5):595-602.
180. Abrams MP, Mulligan AD, Carleton RN, Asmundson GJ. Prevalence and correlates of sleep paralysis in adults reporting childhood sexual abuse. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(8):1535-41.
181. Koskenvuo K, Hublin C, Partinen M, Paunio T, Koskenvuo M. Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: A population-based study of 26,000 Finns. *Sleep medicine*. 2010;11(1):17-22.
182. Faller KC. The child sexual abuse disclosure controversy: new perspectives on an abiding problem. *Child abuse and neglect*. 2019;99:e104285-e.

183. Alaggia R. An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: Considerations for child and adolescent mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;19(1):32.
184. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, Gordon DS. Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2003;27(5):525-40.
185. McElvaney R, Greene S, Hogan D. To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*. 2014;29(5):928-47.
186. Paine ML, Hansen DJ. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical psychology review*. 2002;22(2):271-95.
187. Lahtinen H-M, Laitila A, Korkman J, Ellonen N. Children's disclosures of sexual abuse in a population-based sample. *Child Abuse & Neglect*. 2018;76:84-94.
188. Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(9):631-6.
189. Sjöberg RL, Lindblad F. Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(2):312-4.
190. Jones D. Editorial: Disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(2):269-71.
191. Manay N, Collin-Vézina D. Recipients of children's and adolescents' disclosures of childhood sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*. 2019:104192.
192. Jensen TK, Gulbrandsen W, Mossige S, Reichelt S, Tjersland OA. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child abuse & neglect*. 2005;29(12):1395-413.
193. Arata CM. To tell or not to tell: Current functioning of child sexual abuse survivors who disclosed their victimization. *Child Maltreatment*. 1998;3(1):63-71.
194. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child abuse & neglect*. 2000;24(2):273-87.
195. Alaggia R. Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of loss and trauma*. 2005;10(5):453-70.
196. Vincent S, Daniel B. An analysis of children and young people's calls to ChildLine about abuse and neglect: a study for the Scottish Child Protection Review. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*. 2004;13(2):158-71.
197. Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of child sexual abuse by adolescents: A qualitative in-depth study. *Journal of interpersonal violence*. 2012;27(17):3486-513.
198. Mohler-Kuo M, Landolt MA, Maier T, Meidert U, Schönbucher V, Schnyder U. Child sexual abuse revisited: A population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(3):304-11. e1.

199. Magnusson M, Ernberg E, Landström S. Preschoolers' disclosures of child sexual abuse: Examining corroborated cases from Swedish courts. *Child abuse & neglect*. 2017;70:199-209.
200. Ungar M, Barter K, McConnell SM, Tutty LM, Fairholm J. Patterns of abuse disclosure among youth. *Qualitative Social Work*. 2009;8(3):341-56.
201. Kogan SM. Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child abuse & neglect*. 2004;28(2):147-65.
202. Stein RE, Nofziger SD. Adolescent sexual victimization: Choice of confidant and the failure of authorities. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 2008;6(2):158-77.
203. Collin-Vézina D, De La Sablonnière-Griffin M, Palmer AM, Milne L. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2015;43:123-34.
204. Tashjian SM, Goldfarb D, Goodman GS, Quas JA, Edelstein R. Delay in disclosure of non-parental child sexual abuse in the context of emotional and physical maltreatment: A pilot study. *Child abuse & neglect*. 2016;58:149-59.
205. Leach C, Powell MB, Sharman SJ, Anglim J. The relationship between children's age and disclosures of sexual abuse during forensic interviews. *Child maltreatment*. 2017;22(1):79-88.
206. Goldman R, Goldman J. *Children's Sexual Thinking: A Comparative Study of Children Aged 5 to 15 Years in Australia, North America, Britain and Sweden*: ERIC; 1982.
207. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*. 2005;11(1):194.
208. Ullman SE, Filipas HH. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child abuse & neglect*. 2005;29(7):767-82.
209. Teram E, Stalker C, Hovey A, Schachter C, Lasiuk G. Towards malecentric communication: Sensitizing health professionals to the realities of male childhood sexual abuse survivors. *Issues in mental health nursing*. 2006;27(5):499-517.
210. Hershkowitz I, Horowitz D, Lamb ME. Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. *Child abuse & neglect*. 2005;29(11):1203-14.
211. Koçtürk N, Bilginer Ç. Negative reactions to the sexually abused victims, withdrawing the complaint and outcomes of the litigation: the first data from Turkey. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2019;30(1):152-66.
212. Koçtürk N, Yüksel F. Characteristics of victims and perpetrators of intrafamilial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2019;96:104122.
213. Hershkowitz I. Delayed disclosure of alleged child abuse victims in Israel. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006;76(4):444-50.
214. Sjöberg R, Lindblad F. Delayed disclosure and disrupted communication during forensic investigation of child sexual abuse: A study of 47 corroborated cases. *Acta Paediatrica*. 2002;91(12):1391-6.
215. Jackson S, Newall E, Backett-Milburn K. Children's narratives of sexual abuse. *Child & Family Social Work*. 2015;20(3):322-32.

216. Sivagurunathan M, Orchard T, MacDermid JC, Evans M. Barriers and facilitators affecting self-disclosure among male survivors of child sexual abuse: The service providers' perspective. *Child abuse & neglect*. 2019;88:455-65.
217. Easton SD. Disclosure of child sexual abuse: directions for breaking new ground. *Child abuse and neglect*. 2019;99:e104287-e.
218. Sorsoli L, Kia-Keating M, Grossman FK. " I keep that hush-hush": Male survivors of sexual abuse and the challenges of disclosure. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55(3):333.
219. Ruggiero KJ, Smith DW, Hanson RF, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG, et al. Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the National Women's Study. *Child maltreatment*. 2004;9(1):62-77.
220. Romano E, Moorman J, Ressel M, Lyons J. Men with childhood sexual abuse histories: disclosure experiences and links with mental health. *Child abuse & neglect*. 2019;89:212-24.
221. Easton SD. Disclosure of child sexual abuse among adult male survivors. *Clinical Social Work Journal*. 2013;41(4):344-55.
222. Ullman SE. Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of child sexual abuse*. 2007;16(1):19-36.
223. O'Leary PJ, Gould N. Exploring coping factors amongst men who were sexually abused in childhood. *British Journal of Social Work*. 2010;40(8):2669-86.
224. Ullman SE, Foyes MM, Tang SSS. Benefits and barriers to disclosing sexual trauma: A contextual approach. Taylor & Francis; 2010.
225. Swingle JM, Tursich M, Cleveland JM, Gold SN, Tolliver SF, Michaels L, et al. Childhood disclosure of sexual abuse: Necessary but not necessarily sufficient. *Child abuse & neglect*. 2016;62:10-8.
226. Wamser-Nanney R, Sager JC. Predictors of maternal support following children's sexual abuse disclosures. *Child abuse & neglect*. 2018;81:39-47.
227. Domhardt M, Münzer A, Fegert JM, Goldbeck L. Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015;16(4):476-93.
228. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı [tez]*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1986.
229. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
230. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;7(23):3-13.
231. Arkar H, Şafak C. Klinik bir örnekte Beck depresyon envanterinin boyutlarının araştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2004;19(53):117-23.
232. Yöyen EG. Childhood trauma and self-respect. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2017;3(1):267-82.
233. Atmaca S, Gençöz T. Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child abuse & neglect*. 2016;52:85-93.

234. Jiménez-Borja M, Jiménez-Borja V, Borja-Alvarez T, Jiménez-Mosquera CaJ, Murgueitio J. Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. *Child Abuse & Neglect*. 2020;99:104230.
235. Tang K, Qu X, Li C, Tan S. Childhood sexual abuse, risky sexual behaviors and adverse reproductive health outcomes among Chinese college students. *Child abuse & neglect*. 2018;84:123-30.
236. Levine JA, Dandamudi K. Prevention of child sexual abuse by targeting pre-offenders before first offense. *Journal of child sexual abuse*. 2016;25(7):719-37.
237. Fis NP, Arman A, Kalaca S, Berkem M. Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey. *Children and Youth Services Review*. 2010;32(10):1285-90.
238. Jiménez-Borja M, Jiménez-Borja V, Borja-Alvarez T, Murgueitio J. Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. *Child abuse & neglect*. 2020;99:104230.
239. Peterson C, Liu Y, Merrick M, Basile KC, Simon TR. Lifetime number of perpetrators and victim-offender relationship status per US victim of intimate partner, sexual violence, or stalking. *Journal of interpersonal violence*. 2019;0886260518824648.
240. Pittenger SL, Huit TZ, Hansen DJ. Applying ecological systems theory to sexual revictimization of youth: A review with implications for research and practice. *Aggression and violent behavior*. 2016;26:35-45.
241. Walsh K, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(9):935-42.
242. Azzopardi C, Eirich R, Rash CL, MacDonald S, Madigan S. A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child abuse & neglect*. 2019;93:291-304.
243. Gagnier C, Collin-Vézina D. The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of child sexual abuse*. 2016;25(2):221-41.
244. Kellogg ND, Koek W, Nienow SM. Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2020;101:104360.
245. McElvaney R, Moore K, O'Reilly K, Turner R, Walsh B, Guerin S. Child sexual abuse disclosures: does age make a difference? *Child Abuse & Neglect*. 2020;99:104121.
246. Bottoms BL, Peter-Hagene LC, Epstein MA, Wiley TR, Reynolds CE, Rudnicki AG. Abuse characteristics and individual differences related to disclosing childhood sexual, physical, and emotional abuse and witnessed domestic violence. *Journal of interpersonal violence*. 2016;31(7):1308-39.
247. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*. 2017;70:39-52.

248. Helweg-Larsen K, Larsen HB. The prevalence of unwanted and unlawful sexual experiences reported by Danish adolescents: Results from a national youth survey in 2002. *Acta Paediatrica*. 2006;95(10):1270-6.
249. Alaggia R, Collin-Vézina D. Child sexual abuse and youth sexual assault: Environmental impacts on disclosure and response to disclosures. *Child Abuse & Neglect*. 2020:104284.
250. Fontes LA, Plummer C. Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2010;19(5):491-518.
251. Abu-Baker K. Arab parents' reactions to child sexual abuse: A review of clinical records. *Journal of child sexual abuse*. 2013;22(1):52-71.
252. Mathews B. A taxonomy of duties to report child sexual abuse: Legal developments offer new ways to facilitate disclosure. *Child Abuse & Neglect*. 2019;88:337-47.
253. Easton SD. Disclosure of child sexual abuse: Directions for breaking new ground. *Child Abuse & Neglect*. 2020;99:104287.
254. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(9):664-74.
255. Easton SD, Kong J, Gregas MC, Shen C, Shafer K. Child Sexual Abuse and Depression in Late Life for Men: A Population-Based, Longitudinal Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2017;74(5):842-52.
256. Easton SD, Kong J. Mental health indicators fifty years later: A population-based study of men with histories of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2017;63:273-83.
257. Er T. Cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin anksiyete, depresyon ve benlik algısı açısından karşılaştırılması: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
258. Atabay E, Arman AR. Oxidative Stress in Children with Sexual Abuse May Be Elevated and Correlate with History of Psychiatric Treatment: A Cross-Sectional Case-Control Study. 2019.
259. 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.
260. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, Augustyn M, McCarthy KJ, Ford JD. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(10):1132-40.
261. Soylu N, Ayaz M, Gökten ES, Alpaslan AH, Dönmez YE, Özcan ÖÖ, et al. Gender differences in sexually abused children and adolescents: a multicenter study in Turkey. *Journal of child sexual abuse*. 2016;25(4):415-27.
262. Kılıçoğlu AG. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin travmaya tepkileri ile anne-babaların tepkilerinin karşılıklı incelenmesi. 2010.
263. Newman MG, Clayton L, Zuellig A, Cashman L, Arnow B, Dea R, et al. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological Medicine*. 2000;30(5):1063-77.

264. Alshekaili M, Alkalbani Y, Hassan W, Alsulimani F, Alkasbi S, Chan MF, et al. Characteristic and psychosocial consequences of sexually abused children referred to a tertiary care facility in Oman: Sentinel study. *Heliyon*. 2020;6(1):e03150.



8. EKLER

Ek-1. Rektörlük Çalışma İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİK
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 76127911/
Konu : Araştırmanın Yürütülmesi hk.

17/08/2018

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 16/08/2018 tarih ve E.8788 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza konu Çocuk- Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı Başkanlığı tarafından Üniversite öğrencileri arasında "çocukluk çağı cinsel istismar sıklığı, cinsel istismar bildirim sıklığı ve bildirim ile ilişkili faktörler" konulu araştırma yapma isteğiniz Rektörlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Asım ÖREM
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 24 39

Faks: +90(462) 325 79 73

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Mehmet ÖZTÜRK
mehmet.ozturk@ktu.edu.tr

Sayfa
1 / 1

belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 42
Konu: Etik Kurul onay belgesi

14.01.2019

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Samiye Çilem BİLGİNER
Çocuk - Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

“Üniversite Öğrencileri Arasında Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Sıklığı, Cinsel İstismar Bildirim Sıklığı ve Bildirim ile İlişkili Faktörler” başlıklı etik kurul 2018/306 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

Ek-2'nin devamı

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Üniversite Öğrencileri Arasında Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Sıklığı, Cinsel İstismar Bildirim Sıklığı ve Bildirim ile İlişkili Faktörler”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 306		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Samiye Çilem BİLGİNER		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk - Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Damla Bulut ŞAHİN, Dr.Öğr.Üyesi Serkan KARADENİZ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

Sayfa 1

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11	Tarih: 07.01.2019
	Dr.Öğr.Üyesi Samiye Çilem BİLGİNER'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Damla Bulut ŞAHİN'e ait "Üniversite Öğrencileri Arasında Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Sıklığı, Cinsel İstismar Bildirim Sıklığı ve Bildirim ile İlişkili Faktörler" başlıklı 2018/306 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma