



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE ERGENLERİN CİNSEL İSTİSMARI SONRASINDA AKUT
STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

DR. MAHMUT DEMİR

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2008



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE ERGENLERİN CİNSEL İSTİSMARI SONRASINDA AKUT
STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

DR. MAHMUT DEMİR

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2008

ÖZET

ÇOCUK VE ERGENLERİN CİNSEL İSTİSMARI SONRASINDA AKUT STRES BOZUKLUĞU VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Mahmut DEMİR

Bu çalışmada cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerinin incelenmesinin yanı sıra depresyon ve anksiyete belirtileri ile benlik algısı düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. Çalışmamıza 6'sı erkek, 24'ü kız olan ve 14'ü 9-13 yaş, 16'sı 13-18 yaş arasında dağılım gösteren toplam 30 çocuk ve ergen alındı. Çalışmaya katılan mağdurlar, Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, Kovaks Depresyon Ölçeği, Durumluluk ve Süreklilik anksiyete (STAI-t ve STAI-s) Ölçekleri, Offer Benlik İmgesi Ölçeği ve bu çalışma için hazırlanan Cinsel İstismar Görüşme Formu (CİGF) ile değerlendirildi. İstatistiksel analizi SPSS ile yapıldı. Olay öncesinde mağdurların %90'ının cinsellikle, %93,3'ünün cinsel istismarla, %96,7'sinin cinsel istismardan korunmayla ilgili konularda bilgilendirilmemiş oldukları saptandı. Mağdurların %90'nın Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı ölçütlerini karşıladıkları saptanmıştır ($p<0,01$). Sürekli anksiyete ölçek puanı %73,3'ünde patolojik düzeyde saptandı ($p<0,05$). Depresyon ölçek puanı %50'sinde patolojik düzeyde saptandı ($p>0,05$). Benlik imgesi ise %70'inde uyumlu, %30'unda uyumsuz olarak bulundu ($p<0,05$). Bu araştırmanın sonucunda, mağduru çocuk ve ergenlerin çoğunun olay öncesinde cinsellik, cinsel istismar ve cinsel istismardan korunmayla ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilmemiş oldukları ve cinsel istismarın mağdurlar üzerinde cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey farkı gözetmeksizin ciddi psikiyatrik sonuçlar doğurduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: cinsel istismar, mağdur, travma sonrası stres bozukluğu, çocuk psikiyatri, çocuk ve ergen.

Summary

Evaluation of Akut Stress Reaction and Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents after Sexual Abuse

Mahmut DEMİR

In this study, the primary aim was to examine the symptoms of Posttraumatic Stress Disorder on sexually abused children and adolescents. In addition, depression and anxiety symptoms and self image levels are determined. The survey was conducted on 30 children and adolescents (8 males and 22 females) of the victims; 14 were aged between 9-13 and 16 of them were aged between 13-18 years. Participants were evaluated via Sexual Abuse Form (prepared for this study), Child Posttraumatic Stress Reaction Index, Covacks Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory Scales and Offer Self Image Questionnaire. SPSS 13.0 software was employed for the analysis. It was found that before the abuse 90% of the victims were not informed about sexuality, 93.3% of the victims were not informed about sexual abuse and 96.7% of the victims did not know how to protect themselves from sexual abuse. 90% of the victims provided Posttraumatic Stress Disorder diagnosis criteria. Trait Anxiety scale scores of 73.3% and depression scale scores of 50% were at pathological level. Self image was found to be dissonant in 30 % of the victims. The results of the study reflect that, before the abuse most of the victims were not sufficiently informed about sexuality, sexual abuse and protection from sexual abuse. In addition, it was found that sexual abuse generates serious psychological results that do not differ according to sex, age or socio-economic level, of the victims.

Key Words: Sexual abuse, victim, posttraumatic stress disorder, child psychiatry, child and adolescent.

GİRİŞ

CİNSEL İSTİSMAR

Çocuk cinsel istismarı, mağdurun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik sınıfı ya da coğrafi konumu ne olursa olsun, yüksek yaygınlığı ve mağdur üzerine olan kısa ve uzun dönemdeki yıkıcı etkilerinin yanında aile üzerine de olumsuz etkileri nedeniyle büyük bir toplumsal problemdir (1). Cinsel istismar, bir yetişkin ve cinsel olarak olgunlaşmamış bir çocuk arasındaki, yetişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla ve güç, tehdit ya da kandırma yolu ile gerçekleşen cinsel eylemdir. Bu eylem cinsel dokunma, yetişkin ve çocuk arasında cinsel ilişki, çocukları pornografik amaçlı kullanmayı ya da pornografik görüntülere maruz bırakmayı içerir (2, 3).

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir:

1. Temas içermeyen cinsel istismarlar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik),
2. Cinsel dokunma,
3. Oral-Genital seks,
4. İnterfemoral ilişki,
5. Sexüel penetrasyon (parmak ile penetrasyon, obje ile penetrasyon, vaginal ilişki, anal ilişki),
6. Cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu) (4).

İstismardan söz edebilmek için kurbanla istismarcı arasında en az 5 yaş farkının olması gerektiğini düşünen yazarlarda vardır (5). Çocuklar arasındaki cinsel eylemlerde, çocuğun süt çocukluğundan ergenliğe kadar olan dönemlere özgü psikososyal davranış özellikleri bilinmelidir. Cinsel istismar ile cinsel oyunlar birbirinden ayrılmalıdır. Aynı gelişimsel düzeydeki çocukların merak ederek birbirlerinin genital organlarına bakması veya ellemesi, cinsel ilişki olmadıkça normal olarak kabul edilebilir. Eğer çocuk kendi yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar gösteriyorsa, kendisinin

istismara uğramış olabileceğinden şüphelenmek gerekir. Örneğin altı yaşında bir çocuk üç yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunuyorsa bu normal dışı bir davranış şeklidir. Bu olay kanunen istismar kabul edilmese bile değerlendirilmesi gerekir (4,6).

Epidemiyoloji

Çocukta cinsel istismar yüzyıllardır bilinen bir konu olduğu halde, yüzyılımızın son çeyreğine kadar üzerinde fazlaca durulmamıştır (7). Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte çoğunlukla gizli kalmaktadır. Cinsel istismara uğrayan vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (8). Araştırmacılar, çocuklukta ve ergenlikte cinsel kötüye kullanımın nadir olmadığını düşünmektedir. Bununla beraber son yıllarda bildirilen çocukluk cinsel istismarında bir artış söz konusudur. Geniş ölçekli bir araştırmada 18 yaşına gelene kadar kız çocukların %12-25'inin, erkek çocukların ise %8-10'unun cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (9). On onaltı yaş arasındaki 2000 kız-erkek ile yapılan bir araştırmada çocukların %10,5'unun cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (10). Cenevre'deki okulda, 568'ini kızların, 548'ini ise erkeklerin oluşturduğu toplam 1116 ergen üzerinde yapılan bir araştırmada kızların %33,8'nin, erkeklerin %10,9'nin en az bir kere cinsel istismar olayıyla karşılaştığı saptanmıştır (11). ABD'de 1999 yılında çocuk ve ergenlerin binde 1.3'ünün cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (12). Çocuk cinsel istismarının prevalansı Kuzey Avrupa ülkelerinden Norveç'te %17, İsveç'te % 13 iken (13), İngiltere ve İsviçre'de %20, Almanya'da %20.1 ve İspanya'da %22 olarak bildirilmiştir (14, 15, 16). Macaristan'da cinsel istismarın düzeyi ulusal nedenlerden dolayı açığa çıkartılamamıştır (17). Başka ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da benzer oranlardan söz edilmektedir (18).

Ülkemizde Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel istismarın %1,4 oranında olduğu bulunmuştur (19). Zoroğlu ve arkadaşlarının İstanbul'daki 839 lise öğrencisi (326 erkek, 513 kız) ile yaptıkları bir araştırmada deneklerin %16.5'i ihmal, %15.8'i duygusal istismar, %13.5'i

fiziksel istismar ve %10.7'si cinsel istismar (ensest dahil) belirtmişlerdir (20). Bunların gerçek oranları tahminlerden daha yüksektir; çünkü bunların tanınmaları zor olmakta, aile veya çocuk tarafından çeşitli nedenlerle gizlenmekte olduğu düşünülmektedir. Bu çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmı suçluluk duyguları, utanma, ailelerinin dağılması korkusu, kötüye kullanıcının tehdidi ve katı yasalar gibi nedenlerle uğradıkları istismarı açıklayamamaktadır. Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanımın ülkemizde de sanıldığından aksine daha yüksek oranlarda olduğu tahmin edilmektedir (19).

Etiyoloji

Cinsel istismara uğrama riskini, çocuk ve gencin zihinsel ve bedensel engelli olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi faktörler artırır. Bu gibi durumlarda, çocuklar maruz kaldıkları durumun kötülüğünü değerlendiremeyebilirler (21). İşlev düzeyinin düşük, çatışmaların ve ekonomik sorunların çok olduğu aileden gelen çocuklar daha fazla istismar riski taşırlar. Aile bireylerinde ruhsal hastalık, alkol-madde kullanımının bulunmasının yanı sıra, annenin çalışıyor olması, çocuğun anneden uzun süre ayrı kalması da önemli risklerdir. Ayrıca çocuğa verilen cinsel eğitimin yetersizliği ve eğitimin katı, cezacı bir tutumla verilmesi, çocuğun kendini koruma becerisinin az olması ile sonuçlanabilir (22).

Çocuklarda cinsel istismar genellikle aile içinden birisi, yakın akrabalar ya da daha önce tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir (13). İstismarcılar için bazı kişilik özellikleri arasında; aile içinde ve sosyal teması sınırlı içe kapanık kişilik, eşi ya da ailesi ile sıcak ilişki kuramayan psikopatik kişilik, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar eden pedofilik kişilik sayılabilir (23).

Johan ve arkadaşlarının Innsbruck Üniversitesi'nde, 18-30 yaş arasındaki 202 kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada 44'ünün (%21,8) cinsel istismar kurbanı olduğu ve bu kurbanların %82'sinin tipik olarak yakın ya da geniş aile üyeleri tarafından tekrarlanan cinsel istismara maruz kaldığını saptamışlardır (24).

Macaristan'da yapılan bir çalışmada 1986 ile 2001 yılları arasında 18 yaşın altında cinsel istismara maruz kalan 209 kız çocuk değerlendirilmeye alınmış. %12'si 10 yaş altı, %47'si 11-14 yaş arası, % 41'i ise 14 yaşın üstündeymiş. %4'ü okul öncesi, %76'sı okul düzeyinde %8'i işçi, %11'i işsiz, %1'i ise zihinsel engelliymiş. İstismara maruz kalan çocukların %11'i kız evlat, % 10'u gelin, %2'si kuzen, %1'i torun, %0.5'i kız yeğen, %0.5'i diğer akraba, %41'i tanıdık ve %34'ü yabancı imiş. Olayı anlatma sürelerine bakıldığı zaman %48'i hemen, %17'si 3 gün içinde, %35'i 3 günden daha uzun bir süre sonra anlatmış. İstismare, %21'i birden fazla maruz kalırken, %79'u sadece bir defa maruz kalmış. %80'i koitus, %20'si cinsel sapkınlık şeklindeymiş ve % 32'sinde fiziksel zarar vermede saptanmış. Yüzde onsekizinde sperm örneği bulunurken, %0,5'inde (bir kişi) gebelik meydana gelmiş (25).

2004 yılında Crisma ve arkadaşlarının İtalya'daki, 35 kızın ve 1 erkeğin katıldığı toplam 36 kişi ile yaptıkları bir çalışmaya cinsel istismara uğramış ergen ve ergenliğinde cinsel istismara uğramış genç yetişkinler alınmış. Bu araştırmanın sonucunda; a) İstismarcıların tümünün erkek olduğu görülmüş. İstismarın tipi, biri (gözetlenmek) hariç diğerleri fiziksel temas şeklindeymiş. Çoğu istismarcı akraba veya ergenler tarafından bilinen biriymiş. Aile içi olan tüm vakaların bir yıldan daha uzun sürdüğü saptanmış. b) Bu kişilerde en sık ortaya çıkan problemlerin; eşleri ile ilişkiye girmekte zorlanma, utanç, suçluluk, iş veya okulda zorluk, sexüel problemler, gebelik riski ve depresyon olduğu görülmüş. c) İstismare uğrayan ergenlerden 7 tanesi bu olaya hiç kimseye açıklamazken, 7 ergen arkadaşına/eşine açıklamış ve kalan diğer kişiler olayı birkaç kişiye açıklamış ve ilk açıklama

genelde arkadaşa yapılmış. d) Ergenlerin 2/3'ünden fazlası bu olayı ailelerine, güvensizlik, genel korku, suçlanacakları, kendilerine inanılmayacağı ve bu durumun herkes tarafından bilinebileceğini düşünme gibi nedenler ile anlatmamışlar. e) Hastalardan 10 tanesinin istismarının devam ettiği, diğer ergenlerde ise istismarın tesadüfen durduğu (istismarcının hastalanması, ölmesi, şehri terk etmesi veya ergenin şehri terk etmesi gibi), bazı vakalarda aile bireyi uygun mesafe alınca istismarın durduğu saptanmış. İstismarların, koruyucu bir kurumun araya girmesiyle durmadığı gözlenmiş (26).

İstismara uğrayan çocuklar genellikle yaşadıklarını birine anlatmakta zorluk çekmektedirler. Eğer birine yaşadıklarını aktarmaya karar verirlerse de konuyu ebeveynleri, başka bir çocuk ya da güvenilen bir erişkinle paylaşmaktadırlar. Bazen de kendi yaşantılarını bir başkası üzerinden anlattıkları izlenmektedir (27). Ayrıca çocuklar sorumlu tutulacakları, cezalandırılacakları, reddedilecekleri, hatta ailelerine utanç getirdikleri için yüz üstü bırakılacakları korkusuyla istismarı başkalarına anlatmayı tercih etmemektedirler (28). Smith ve arkadaşlarının Amerika'da yaptığı ulusal bir ankette 18 yaşından önce tecavüze uğramış 288 yetişkin kadınların % 28'inin uğradığı bu istismarı anlatmadıkları, %47'sinin cesaret edip birisine açıklaması için en az beş yıl bekledikleri görülmüştür. Açıklamanın ertelenmesi failin kurban tarafından tanındığı durumlarda daha sık görülmektedir (29).

Türk Ceza Yasası'nda cinsel suçlar

Eski Türk Ceza Yasası'nda cinsel suçlar ile ilgili yasalara bakıldığında;

Eski Türk Ceza Kanunu'nun 414. maddesinde 15 yaşından küçük çocuklar için ırza geçme, erkek kadın ayırımı olmaksızın suç olarak tanımlanmıştır. Türk Ceza Kanunu'nun 415. maddesi ırza ve namusa saldırı, 416. maddesi 15 yaşını bitirmiş kişilerde ırza geçme ve ırza ve namusa

saldırı suçları için ceza hükümlerini içerir. Aynı kanunun 417. maddesi bu eylemin birden fazla kişi tarafından gerçekleştirildiği, 418. maddesi ise bu eylem sonucu ölümün meydana geldiği durumlarda uygulanır. Yine kanunlara göre “Ahlaki redaeti müdrük ve mukavemete muktedir olma, normal zeka seviyesinde 11 yaşın bitiminde” başlar (30).

Yeni Türk Ceza Yasası'nda cinsel suçlar ile ilgili yasalara bakıldığında;

A) Çocukların cinsel istismarı (madde 103):

(1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

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

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

Anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

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

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

(6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

B) Reşit olmayanla cinsel ilişki (madde104):

(1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Fail mağdurdan beş yaştan daha büyük ise, şikâyet koşulu aranmaksızın, cezası iki kat artırılır (iptal edildi).

C) Cinsel istismar (madde 105):

(1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak istismar eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına hükmolunur.

(2) Bu fiiller, hiyerarşi veya hizmet ilişkisinden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur işi terk etmek mecburiyetinde kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

Cezayı ağırlaştıran suç unsurları olarak cinsel saldırıya uğrayan kişinin rızasının olmaması, yaşının küçük olması, akıl veya beden hastalığı bulunması, rıza haricinde veya habersiz verilen alkol, uyutucu ve uyuşturucu madde etkisinde gerçekleşmesi, hileli davranışlar, kandırma, zor kullanma ve mayubiyet (kızlık zarının bozulması) gibi unsurları içermektedir (31).

Klinik Özellikler

Cinsel kötüye kullanımın örseleyici etkilerinin çocuk ve ergenlerde daha sık olması nedeniyle, bu olgularda etkin koruma yöntemlerinin geliştirilebilmesi, daha doğru tanının konulabilmesi ve tedavisinin yapılabilmesi için, ne gibi olumsuz etkiler yaptığının bilinmesi gereklidir (32).

Cinsel kötüye kullanıma işaret eden klinik belirti ve bulguların tanınması fiziksel kötüye kullanıma oranla daha zordur. Ayrıca çoğu olguda cinsel kötüye kullanımı kanıtlayacak fiziksel bulgular yoktur. Özgün bulgular olmamasına karşın, çocuk ve ergenler kuşkuyu artırıcı birçok davranış örüntüsü ve klinik bulgular gösterebilmektedir (33).

Cinsel istismarın bazı türleri psikiyatrik açıdan diğerlerinden daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Çocuğun yaşı ve olgunluk düzeyi, etkilenmesiyle ilgili faktörlerden biridir. Kurbanla saldırgan arasındaki yaş farkının artması, saldırganın tanıdık ya da aile içinden biri olması, saldırının süreğenliği çocuğun travmadan etkilenmesini artırır. Olay sırasında zor ve şiddet kullanılması, yaşanan çaresizlik duygusunun büyüklüğü ruhsal travmanın daha büyük algılanması ile sonuçlanır (5).

Fiziksel belirti ve bulgular: Çocuklarda cinsel kötüye kullanıma işaret edebilecek fiziksel belirti ve bulgular şunlar olabilmektedir; genital bölgedeki sıyrıklar, kaşınma, ağrı, yırtılmış himen, vajen veya makat kanaması, perine yırtığı ya da yaraları, yürüme ve oturmaadaki güçlütür. Ayrıca çocuk ve ergenlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, penis iltihabı veya vajinal akıntı cinsel kötüye kullanımı akla getirebilecek bulgulardır (9,33).

Duygusal ve davranışsal belirtiler: Cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal etkileri tanımlayan çalışmalardan yapılan derlemelere bakıldığında, bu çocuklarda korku reaksiyonu, anksiyete, depresyon, kızgınlık, düşmanlık, post-travmatik stres bozukluğu, intihar, yeme bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, öğrenme güçlükleri, kişilik bozuklukları, düşük benlik algısı ve ilişkilerde problemler, uygunsuz cinsel davranışlar (herkesin ortasında mastürbasyon, cinsel ilişki takliti, anüs veya vajene yabancı cisim sokmak, insanlara sürtünmek, sürekli genital organlarıyla oynamak gibi) sık görülebilmektedir (34-38).

Cinsel istismara uğrayan kişilerin büyük bir kısmında, hem erken dönemlerde hem de geç dönemlerde belirgin derecede davranışsal ve duygusal problemler ortaya çıkabilmektedir.

A) Erken dönem belirtileri: Çocuk ve ergenlerdeki davranışsal ve duygusal değişiklikler ile ilişkili belirti ve bulgular yaşlara göre farklılıklar göstermektedir. Yaşlara göre gözlenen davranışsal ve duygusal değişiklikler tablo 1’de verilmiştir.

Yetişkinler, maruz kaldıkları bir travmadan sonra flashback denilen geri dönüşler yaşayabilirler ve bu geri dönüşleri de ayrıntılı bir biçimde anlatabilirler. Okul öncesi çocuklarda ise bilişsel ve dil gelişimi yeterli düzeyde olmadığı için, yaşanan travmanın ayrıntılı bir biçimde anlatılması genellikle beklenen bir durum değildir fakat küçük çocuklar yaşanan bu travmatik olayları alıştıkları kelimelerle, resimlerle veya oyunlarla ifade edebilmektedirler (39).

B) Geç dönem belirtileri: Çocuklukta veya ergenlikte yaşanan cinsel kötüye kullanımın mağdurun o anki yaşantısına ilaveten yetişkinlik yaşantısı üzerine de olumsuz etkileri olduğuna dair birçok yayın vardır (40, 41, 42,). Yapılan çalışmalarda, çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma uğrayan kişilerin yetişkinlik yaşamlarında major depresyon, öz kıyım, borderline kişilik bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, bulimiya nervoza, agorafobi ve panik bozukluğunun böyle bir öyküsü olmayanlara oranla yaklaşık iki kat daha fazla bulunmuştur (5,41,42).

Cinsel kötüye kullanımın geç dönemdeki olası sonuçları şunlardır;

1. Emosyonel etkiler
 - a)Depresif duygudurum üzerine etkiler
 - b)Anksiyete şeklindeki etkiler
2. Davranışsal etkiler
3. Kişilik gelişimi üzerine etkiler
4. Diğer etkiler(alkol-madde kötüye kullanımı) (9, 33, 42).

Tablo 1: Erken dönem belirtiler (9,33).

<p>Bebeklik-4 Yaş:</p> <ul style="list-style-type: none">· Tuvalet eğitiminde bozulmalar (idrar veya gaita kaçırma)· Cinsel içerikli sözcüklerde artma· Cinsel organlar ile aşırı fiziksel uğraş· Oyunlarda cinsel içeriğin fazlalığı (cinsel eylemlerin diğer çocuklarla veya bebeklerle taklit edilmesi)· Uyku bozuklukları	<p>7 - 12 Yaş:</p> <ul style="list-style-type: none">· Okul başarısında düşme· Korku (özellikle yetişkinlerden)· Depresif belirtiler· Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri· Yaşa uygun olmayan davranışlarda artma (anne yada abla davranışı gösterme)· Cinsel konularla aşırı uğraşma· Cinsel saldırganlık (başkalarını cinsel eyleme zorlama)· Aşırı veya açıktan masturbasyon
<p>4 - 6 Yaş:</p> <ul style="list-style-type: none">· Korku (yetişkinlerden, özellikle erkeklerden aşırı derecede korkma)· Cinsel içerikli sözcük ve davranışlarda artma (cinsel organları gösterme, cinsel organları ile aşırı fiziksel uğraş veya açık masturbasyon)· Cinsel ilişkiyi ayrıntılı bilme (cinsel ilişkiye tanık olma veya katılmadan kuşkulandırılmalıdır)	<p>Ergenlerde:</p> <ul style="list-style-type: none">· Evden kaçma veya eve gitmede isteksizlik· Duygulanımda dalgalanma· Kendine zarar verme, intihar· İlaç ve alkol kötüye kullanımı· Uygunsuz cinsel davranışlar (flörte erken başlama, kışkırtıcılık, arkadaşlarını cinsel ilişkiye zorlama)· Davranım bozuklukları (okuldan ve evden kaçma, yalan söyleme, çalma ve saldırgan davranışlar)

1. Emosyonel etkiler: Klinik çalışmalar, çoğu mağdurun cinsel kötüye kullanım yaşantısından kendisini sorumlu tuttuğunu ve kendisini suçladığını göstermiştir. Bu bulgular çocukların "isteseydim, arzu etseydim bu durumu durdurabilirdim" düşüncesinde olduğunu desteklemektedir. Eğer kötüye kullanımda rıza ve baştan çıkarıcılık olmuşsa, suçluluk duygularının arttığı belirtilmektedir (43). Kurbanlarda yetersizlik ve izolasyon duyguları gelişebilmektedir. Bir kısmında karşı cinse güvensizlik gelişirken, diğer bir kısmında ise ters etkiyle uygunsuz cinsel nesnelere çabuk bağlanmanın söz konusu olduğu bildirilmiştir (44).

a) Depresif duygu durum üzerine etkileri: Cinsel kötüye kullanıma uğrayanlarda depresyon gelişme riski artmaktadır (45). Klinik gözlemlerde depresif duygu durumunun sıklıkla kızgınlıkla birlikte olduğu görülmektedir. Bu gibi çocukların gelecek hakkında olumsuz düşüncelere ve düşük benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır (44,46).

b) Anksiyete şeklindeki etkiler: Çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma uğramış yetişkinlerde anksiyete bozukluğu prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda çocukluğunda cinsel kötü kullanım öyküsü olanlarda olmayanlara göre yetişkinlikte daha sık olarak agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi gibi anksiyete bozukluklarının ortaya çıktığı bulunmuştur (45, 47). Anksiyete belirtileri; korku, bedensel yakınmalar, uyku örüntüsü değişiklikleri ve kabuslar tarzında kendini gösterebilmektedir. Bu belirtiler daha çok travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu bir klinik tablo oluşturmaktadır. Çocuk olayı canlı bir şekilde yeniden yaşamakta, gerginlik ve çabuk tepki verme gibi belirtiler göstermektedir. Cinsel istismara uğramış 92 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada % 43,9'unun TSSB (travma sonrası stres bozukluğu) tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüş (48). Cinsel kötüye kullanıma uğrayan çocuk ve ergenlerde disosiyatif belirtilerin sık olduğu saptanmıştır. Bu çocuk ve ergenlerin yetişkinlik yaşamlarında disosiyatif belirtiler gösterme olasılıkları yüksektir (49). Zoroğlu ve arkadaşlarının İstanbul'daki 839 lise öğrencisi (326 erkek, 513 kız) ile yaptığı bir araştırmada herhangi bir çocukluk dönemi travması

belirten denekler, belirtmeyenlere göre daha yüksek derecede dissosiyatif belirtiler göstermekte (%21.3), daha sık olarak kendine fiziksel olarak zarar vermekte (%21.4) ve öz kırım girişiminde (%10.1) bulunmaktadır (20).

2. Davranışsal etkiler: Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklarda, büyük olasılıkla gözlenen en özgün cevap artmış cinsel davranışlardır. Yapılan çalışmalarda bu çocukların, yetişkin veya diğer genç çocuklarla daha sık cinsel ilişkiye girdikleri, arkadaşları ile cinsel içerikli oyunlar oynadıkları ve hastaneye yatırıldıklarında sağlık personeline karşı baştan çıkarıcı davranışlarda buldukları saptanmıştır (40,50). Kötüye kullananın birden fazla olması, kötüye kullanımın sık olması, uzun süreden beri olması ve güç kullanılması çocuklarda uygunsuz cinsel davranış gelişimini artırmaktadır. Cinsel kötüye kullanıma maruz kalan kızların erkeklere oranla daha fazla uygunsuz cinsel davranışlar gösterdiği belirtilmektedir (50,51). Ayrıca Adams ve arkadaşlarının ciddi mental hastalığı olan 499 çocuk ve ergen üzerinde yapmış oldukları bir araştırmada uygunsuz cinsel davranış gösterenlerin %36 olduğunu ve bunların çok büyük bir kısmının cinsel istismare uğrayan kişiler olduğunu saptamış. Yine aynı araştırmada özellikle 0-3 yaşları arasında olmak üzere erken yaşta cinsel istismare maruz kalmış kişilerin uygunsuz cinsel davranış gösterme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (50).

Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocukların bebekleri ile oynamaları gözlemlendiğinde ve çizdikleri resimler incelendiğinde, daha fazla cinsel içerikli oyun ve davranış sergiledikleri ve çizimler yaptıkları saptanmıştır (39).

Çocuklukta cinsel kötüye kullanıma uğramış olma yetişkinlik yaşamında cinsellikten korkma, karşı cinsle ilişkilerde sorunlar yaşama gibi cinsel yaşantı üzerinde belirgin olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Kadınlarda cinsel soğukluk, vajinismus gibi cinsel sorunların görülme oranı artmaktadır (52). Erkeklerde ise sıklıkla cinsel kimlik karmaşası gözlenmektedir (45). Cinsel kötüye kullanıma uğramış erkek çocuklarda en sık görülen davranış tepkisi, saldırgan davranışların gelişimi şeklindedir. Bu erkek çocuklarda davranım bozukluğu niteliğindeki davranışlar sıklıkla

gözlenmektedir. Bazı araştırmacılar bunu, erkek kimliğini yeniden oluşturma olarak yorumlamaktadır. Kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, özkıyım ve kendine zarar verme davranışlarıdır. Kendine zarar verici davranışlar, genellikle vücudunda sigara söndürme ve bileğini kesme gibi davranışlar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bazı araştırmacılar, bunun kendini cezalandırma veya çekiciliğini azaltma amacı güttüğünü ileri sürmektedirler (53). Yetişkin yaşamdaki kendine zarar verme ve özkıyım davranışının, çocuklarda cinsel kötüye kullanıma maruz kalışla bağlantılı olabileceği sıklıkla düşünölmüştür (54).

3. Kişilik gelişimi üzerine etkiler: Çalışmaların çoğunda borderline kişilik bozukluğuna sahip hastalar arasında çocuklukta yaşanan cinsel kötüye kullanım sıklığının yüksek olduğuna ilişkin bulgular vardır. Devam eden cinsel kötüye kullanım, borderline kişilik bozukluğu gelişme olasılığını daha fazla oranda artırmaktadır (41,42). Silk ve arkadaşları 18-60 yaş arasındaki 41 borderline kişilik bozukluğu olan vaka üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bu vakaların %88'ini cinsel istismara maruz kalmış kişilerin oluşturduğunu görmüşlerdir. (55).

4. Diğer etkiler: Heins ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, çocuklukta cinsel kötüye kullanımı takiben varsanıları araştırmışlar, çocuklukta cinsel kötüye kullanım sonrası varsanıların oluşabileceğini ve bunların yıllarca sürebileceğini saptamışlardır. Burada gözlenen varsanıların şizofrenideki varsanılardan farklı, yalancı varsanılar olduğu belirtilmektedir (56). Yapılan bir çalışmada 48 cinsel istismara uğramış ergenler ile 48 kontrol grubu karşılaştırılmış ve cinsel istismara uğramış ergenlerde, uyuşturucu madde ve aşırı alkol kullanımı daha sık olarak saptanmıştır (57).

Cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenler ile ilgili yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde bu kişilerin büyük bir kısmının TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı görölmektedir (48).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişinin yaşamını ve fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir travmayı yaşaması ya da buna tanık olması sonucunda gelişen bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtileri tanımlamaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu, 1980 yılında DSM-III'ün kullanıma girmesiyle resmi bir tanı kategorisi haline gelmiş ve DSM-IV'te de biraz değişikliğe uğrayarak yer almıştır (58).

TSSB ICD-10'da ise F43 tanı kodlu ağır stres tepkisi ve uyum bozuklukları altında F43.1 tanı kodu ile travma sonrası stres bozukluğu alt başlığı ile yerini almıştır (59).

TSSB'nun yaşam boyu prevalansı %1-14 arasında değişmektedir (58,60). Risk altında bulunan çocuk popülasyonları ile yapılan çalışmalarda ise % 3 ile % 100 arasında değişen oranlar saptanmıştır (61, 62). Travmaya maruz kalan çocukların yaklaşık %30'unda TSSB'nun olduğu bildirilmektedir (63).

Küçük yaştaki çocuklarda görülen TSSB'nun tipik klinik özelliklerinin neler olduğu konusunda berrak bir düşünce birliği olduğunu söylemek olası gözükmemektedir ve küçük çocuklarda TSSB tanısı koymak için erişkinler için düzenlenmiş olan tanı ölçütleri kullanılmaktadır (64).

DSM-IV-TR'ye göre TSSB tanı ölçütleri (tanı kodu:F309.81) (65);

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş yada böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (Not:Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1) olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. (Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).

(2) olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. (Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).

(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback”epizodlarını kapsar).

(4) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

(5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

(1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)

(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

(2) irritabilite ya da öfke patlamaları

(3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme

(4) hipervijilans(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur (65).

ICD–10 sınıflandırmasında TSSB tanı ölçütleri (tanı kodu:F43.1) (59);

Kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olay ya da duruma karşı, gecikmiş ya da uzamış olarak ortaya çıkan uzun ya da kısa süreli bir yanıttır. Bu olay hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek niteliktedir(örneğin doğal yada insanların neden olduğu yıkımlar, savaş, ciddi kazalar, başkalarının vahşi bir biçimde öldürülmesine Tanık olmak, işkence, terör, tecavüz veya benzer saldırıların kurbanı olmak).

Tipik belirti, geri dönüşler(“flashbacks”) ve rüyalarla travmanın yineleyici bir biçimde yaşanmasıdır.

Zeminde ise inatçı bir “duygusuzluk” hali ve duygusal küntleşme, diğer insanlardan uzaklaşma, çevreye karşı tepkisizlik, haz alamama ve travmayı hatırlatacak etkinliklerden ve durumlardan kaçınma vardır. Travmayı hatırlatacak her türlü söz ve hareketten korku duyulur ve kaçınılır.

Otonomik bakımdan bir aşırı uyarılmışlık ve tetikte olma durumu, artmış irkilme tepkisi ve uyku bozuklukları vardır.

Anksiyete, depresyon, intihara eğilim görülebilir,

Başlangıç travmadan birkaç hafta yada birkaç ay sonra ortaya çıkar (bu süre ender olarak 6 ayı geçer) (59).

Nadiren kronikleşebilir ve kişilik bozukluğuna dönüşebilir.

DSM-IV ve ICD-10 sınıflandırmalarında TSSB'ye bakıldığında; DSM-IV, TSSB'nu, bir kişinin “aşırı travmatik bir stresör” özelliği taşıyan bir olayın içinde yer alması, bu olaya tanık olması ya da bu olayı işitmesi sonrasında ortaya çıkan tipik belirtiler kümesi olarak tanımlanır. Kişi bu olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duygu ve düşünceleri gösterir. Travmatik olay sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve travmadan önce olmayan genel tepki gösterme düzeyinde azalma ortaya çıkar. Süreklilik kazanmış bir aşırı uyarılmışlık hali bulunmaktadır. Belirtiler en az bir aydır var olmalıdır ya da travmadan bir aydan daha fazla bir süre geçtikten sonra ortaya çıkmalıdır. Belirtiler 3 aydan daha bir kısa süredir sürüyor ise bozukluklar akut, 3 aydan daha uzun süredir sürüyor ise kronik olarak kabul edilir. Stresli olayın üzerinden 6 aydan daha fazla bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bozukluk “gecikmeli başlangıçlı” kabul edilir. Burada sözü edilmesi gereken bir bozukluk da “akut stres bozukluğu” (ASB)'dur. ASB ile TSSB arasındaki temel farklar ASB'nin travmadan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkması ve en fazla 4 hafta sürmesi zorunluluğudur; ayrıca, ASB kriterleri arasında bulunan dissosiyatif belirtiler TSSB ölçütleri arasında bulunmaz.

Tablo 2: ICD-10 ve DSM-IV-TR'de TSSB'unun karşılaştırılması (66).

ICD-10		DSM-IV-TR
*Akut stres tepkisi	↔	*Akut stres bozukluğu
*Travma sonrası stres bozukluğu	↔	*Travma sonrası stres bozukluğu
*Uyum bozuklukları		*Uyum bozuklukları
-Kısa depresif reaksiyon(<1ay)	← ↔	-Depresif mizaçlı
-Uzamış depresif reaksiyon(<2 yıl)	←	
-Karışık anksiyete ve depresif reaksiyon	↔	Karşılığı yok
-Diğer duygudurumların baskın olduğu bozukluklar	←	-Karışık anksiyete ve depresif mizaçlı
-Davaranışın baskın olduğu bozukluk	↔	-Davaranış bozukluğu
- Karışık duygudurum ve davranış bozuklukları	↔	-Karışık duygudurum ve davranış bozuklukları
-Diğer spesifik baskın semptomlar	←	Karşılığı yok
*Şiddetli stresteki diğer reaksiyon		
* Şiddetli stresteki reaksiyon, spesifik olmayan	↔	Spesifik olmayan uyum bozuklukları

TSSB konusunda ICD-10 ile DSM-IV arasında belirgin farklar bulunmaktadır. ICD-10, 4 hafta geçmiş olması şartını ileri sürmez, tanı ölçütleri çok daha kolay karşılanabilir; temel ölçüt yineleyici anımsamalar ve yeniden yaşantılamalardır (64). Olayın ardından 6 aydan daha uzun süre

geçtikten sonra ortaya çıkan bir tablo var ise bu tablonun TSSB değil, başka bir tanı kategorisi ile açıklanmaya çalışılmasının lehindedir (59).

DSM-IV'deki Akut Stres Bozukluğu'nun (ASB), ICD-10'daki karşılığı "akut stres tepkisi"(AST)'dir. Görüldüğü gibi ICD-10 bunu bir bozukluk olarak değil bir tepki olarak tanımlamaktadır. ICD-10'a göre AST olaydan hemen sonra başlamalıdır ve hemen hemen 3 gün sonra tama yakın düzelmesi gereken bir durumdur oysa DSM-IV'e göre ASB en az 2 gün en fazla 4 hafta sürer ve olaydan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabilir.

DSM-IV'e göre TSSB tanısı koymada kullanılan kriterler yetişkinlerden farklı olarak çocuklar; 1-"Aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme" belirtilerinin eşdeğeri olarak "dezorganize davranışlar yada ajite davranışlar" gösterilebilir. 2-Çocuklarda "travmanın sürekli olarak yeniden yaşanması" travmayı konu alan oyunların tekrar tekrar oynanması biçiminde gerçekleşebilir. 3-Travmatik olayın "sık sık, sıkıntı veren biçimde rüyada görülmesi" çocuklarda içeriği tam anlaşılamayan korkunç rüyalar şeklinde kendini gösterebilir (65).

Çocuklarda TSSB tanısını koymada DSM-IV ölçütleri kullanılmakta ise de çocukluk çağına uygun tanı ölçütleri hala tartışmalıdır. Çocukların bilişsel ve sözel anlatım yeteneklerinin sınırlı olması düşünce ve duygularını ifade etmelerine engel olabilir. Birçok yazar TSSB tanısı için gelişimsel döneme özgü tanı ölçütlerinin oluşturulması gerektiğini ifade etmişlerdir (65, 67, 68 ,69).

Scheeringa ve arkadaşları bebekler ve küçük çocuklar için DSM-IV'e alternatif tanı ölçütleri ileri sürmüşlerdir. Bu yazarlara göre

1- Çocuğun travmaya ilişkin bir tema ya da temaları içeren oyunları, "travmanın anımsanması" ya da "kabuslar görülmesi" durumunun bir eşdeğeri.

2- “Kaçınma / genel tepki gösterme düzeyinde azalma” kriteri, oyunlarda konu alanında daralma, sosyal içe çekilme, duygulanım çeşitliliğinde sınırlılık ya da kazanılmış gelişimsel yetilerin kaybedilmesi durumları ile karşılanabilir.

3- Küçük çocuklarda “artmış uyarılmışlık” kriterlerinin karşılanması için yalnızca bir belirtinin varlığı yeterlidir. Ancak bu yazarlar bu kolaylaştırmaların yanında bir de ek kategori; “yeni ortaya çıkan korkular ve/veya agresyon” ölçütünü karşılayan en az bir belirtinin varlığını şart koşturmaktadır (68).

Terr (1991), çocukların yaşadığı travmaları tip-I ve tip-II olarak ikiye ayırmaktadır. Tip-I travmalar araba kazası, silahlı saldırı gibi “tek ve ani vurucu travmalar”dan oluşmaktadır ve klasik DSM-IV belirtileri olan yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık belirtileri ile sonuçlanır. Tip-II travmalar ise süreklilik gösteren çocuk istismarı örneklerinde olduğu gibi değişik, çoklu uzun süreli travmalardan oluşmaktadır ve yadsıma, duyarsızlaşma, dissosiyasyon ve öfke gibi belirtilerle gider (70).

Famularo ve arkadaşları (1996) akut ve kronik belirtili kümeleri birbirinden ayırmışlar ve akut tipte uyku güçlüğü, fizyolojik aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtilerinin; kronik tipte ise dissosiyasyon, kısıtlı duygulanım, üzüntü ve çevreden uzaklaşma belirtilerinin öne çıktığını belirtmişlerdir (71).

Cinsel olarak istismara uğramış çocuklarda sıklıkla artmış anksiyete, depresif semptomlar, uygunsuz cinsel davranış, kabuslar, sosyal içe çekilme, uyku zorlukları, öfke, utanç/suçluluk duyguları, okul problemleri ve baş ağrısı ve mide ağrısı gibi fizyolojik semptomlar görülebilir (72). Bu semptomların birçoğu, TSSB’nun karakteristik özellikleri olarak kabul edilir. Aslında birçok çalışma, cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmının TSSB’nun tanı ölçütlerini karşıladığını göstermektedir (73). Buna rağmen ne yazık ki, bu çocuklar ve ailelerinin etkili bir şekilde faydalanabilmeleri için bu

alanda bilimsel temeli olan ve ampirik olarak desteklenen değerlendirme ve tedavi prosedürü yoktur (74).

TEDAVİ

Cinsel istismara ya da başka bir travmatik olaya maruz kalmış çocuklarda ve ergenlerde yaşına uygun davranış ve aktivitelerde bulunamama akademik anlamda kendisinden beklenecekleri gibi işlevsellikte bozulma olduğu durumlarda TSSB'nun tanı ölçütlerinin hepsi karşılanmasa da tedavi düşünölmelidir (74, 75).

Tedavi, bireye özgü farklılıklar göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Temel yaklaşım aile bütönlüğünü korumak, çocuğu aile ortamından ayırmadan tedavisini sürdürmektir. Ancak, özellikle aile içi istismar olgularında bu her zaman mümkün olmamaktadır. Tedavide bireysel ve grup tedavileri, oyun tedavisi, aile tedavisi ve ilaç tedavileri kullanılabilir. İstismar çocukta kuşku, reddetme, iğrenme, güvensizlik gibi duygu ve düşüncelere neden olabilir; bunların her birinin üzerinde durmak ve işlev düzeyini bozmayacak şekilde baştan düzenlemeye çalışmak gerekir (76,77).

TSSB bulgularının tedavisinde ilaç uygulamalarının olumlu sonuçları bildirilmektedir. En sık kullanılan ilaçlar antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotikler, duygudurum düzenleyicileridir (79).

Sonuç olarak küçük yaştaki çocuklarda görölen TSSB'nun tipik klinik özelliklerinin neler olduğu konusunda berrak bir düşünce birliği olduğunu söylemek olası gözökmemektedir ve TSSB tanı ölçütlerinin çocuklara göre yeniden şekillenmesi çabalarının süreceği tahmin edilmektedir (64).

Çocuk ve ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nu değerlendirmede kullanılan kriterlerin erişkinlere yönelik olması sebebiyle bu

kriterler çocuk ve ergenlerdeki travmaya bağlı oluşan semptomları tam olarak saptayamamaktadır.

Bu çalışmada, 1997 yılında Psk. Glisen Erden ve arkadaşlarının Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik, güvenilirlik n çalışmasını yaptıkları ocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki leği kullanılarak, ocuk ve ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının detaylı olarak araştırılması ve tanı kriterlerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (79).

GEREÇLER VE YÖNTEM

Bu araştırmaya 01.04.07-29.02.08 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na cinsel istismar nedeniyle adli değerlendirme amacıyla başvuran, bilişsel düzeyi çalışma yönergeleri için yeterli olan ve 9 -18 yaş aralığında bulunan ardışık 30 (24 kız, 6 erkek) mağdur çocuk ve ergenler alındı. Bu çalışma için etik kuruldan 26.07.2007 tarihinde 2007-12/24 karar numarası ile onam alınmıştır (Ek-1).

İlk görüşmeler poliklinikte, tedavi amacını da içeren intervü şeklinde yürütüldü. Bireylerle tek tek olduğu kadar tüm aileyi içeren görüşmeler de yapıldı. Bu çalışmada başvuru anındaki ilk tepkiler değerlendirildi. Çalışma için yapılan ilk görüşmede, ailelerden bilgilendirilmiş onam ve gönüllülerden onay alındıktan sonra çocuk, ergen ve ebeveynine bu çalışma için geliştirdiğimiz yarı yapılandırılmış Cinsel İstismar Görüşme Formu (CİGF) ile birlikte, bu çalışmada aşağıda açıklamalarıyla sunulan gereçler kullanılmış olup, birer örnekleri ekler bölümünde bulunmaktadır (Ek-1...6).

- 1) Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (79, 80),
- 2) Kovaks Depresyon Ölçeği (CDI) (81, 82),
- 3) Durumluluk ve süreklilik anksiyete (STAI-t ve STAI-s) ölçekleri (83, 84),
- 4) Offer Benlik İmgesi Ölçeği (85, 86) uygulanmıştır.

Ruhsal yardım ve tedavi gereksinimi olan çocuk ve ergenler Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine, anne babalar ise yetişkin psikiyatrisi polikliniğine yönlendirildi.

Cinsel İstismar Görüşme Formu (CİGF); (Ek-2)

Çocuk ve ergenlerde cinsel istismar ile ilgili kaynaklar taranarak ve

kendi klinik deneyimlerimizden yararlanarak tarafımızdan geliştirilen bu formla;

1-Çocuğa ve aileye ait sosyodemografik özellikler:

a. Cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenin yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, doğum sırası, evde yattığı yer, okuduğu okul gibi bireye ait bilgiler;

b. Ailenin tipi, çocuğun kiminle yaşadığı, kardeş sayısı, oturdukları yer, ekonomik durum, ailede hastalık, ailede şiddet, ailede madde kullanımı gibi aileye ait bilgiler;

2-Cinsellik veya cinsel istismar hakkında bilgilendirilme ile ilgili özellikler:

c. Cinsel istismara uğramış kişinin cinsel bilgi alıp almadığı, cinselliğe şahit olup olmadığı, istismar hakkında bilgi alıp almadığı, istismardan nasıl korunacağına ait bilgiler;

3-Cinsel istismar ile ilgili özellikler:

d. İstismarcının yaşı, yakınlık derecesi, amacına ulaşmak için kullandığı yöntem, istismarın tipi gibi istismarcıya ait bilgiler;

e. Uğradığı istismarın sıklığı ile ilgili bilgiler;

f. Yaşadığı istismarı ailesine kimin anlattığı veya anlatmadı ise kendine göre sebebi ile ilgili bilgiler;

g. Kendisi dışında maruz kalanın olup olmadığı ile ilgili bilgiler;

4-Cinsel istismar sonrasında mağdurda meydana gelen değişiklikler

h. Olup bitenlerden dolayı kendini veya aileyi suçlama ile ilgili bilgiler;

i. Okul başarısında değişiklik, intihar düşüncesi ve intihar girişimi, kendine zarara verici davranışlar, tuvalet alışkanlığında değişiklik, cinsellikle ilgili uğraşlarda değişiklik, somatik yakınmalar ve kişiler arası olan ilişkilerdeki değişiklikler ile ilgili bilgiler saptanmaya çalışılmıştır.

Çocuklar için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Child Posttraumatic Stres Reaction Index-CPTS-RI) (Ek-3)

1992 yılında Frederick, Pynoos ve Nader tarafından yapılan (79) ve 1997 yılında Psk. Gülsen Erden ve arkadaşlarının (80) Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik, güvenilirlik ön çalışmasını yaptıkları çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği kullanılmıştır. 20 maddelik bu ölçek şiddetle karşılaşmanın ardından bireyde özgül stres belirtilerini değerlendirmek için kullanılır. Her çocuk kriz karşısında kendi gösterdiği tepkiler hakkında kendisi ile görüşülerek değerlendirilmektedir.

Ölçeğin yanıtlanmasında duygu, düşünce ya da davranışların ifade ettiği sıklık derecesine göre "hiçbir zaman", "az bir zaman", "çok az bir zaman", "çoğu zaman", "pek çok zaman" şıklarından biri işaretlenir. Elde edilen puanlar için belirlenen ölçütler:

- "0-11" puanları arasında şüpheli,
- "12-24" puanları arasında "hafif düzeyde travma sonrası stres bozukluğu",
- "25-39" puanları arasında "orta düzeyde travma sonrası stres bozukluğu",
- "40-59" puanları arasında "ağır düzeyde travma sonrası stres bozukluğu"
- "-60" puanın üstünde "çok ağır travma sonrası stres bozukluğu" şeklindedir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory-CDI) (Ek-4)

Çocukluk depresyonunda kullanılan kendini değerlendirme ölçekleri arasında en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en fazla araştırılmış olan Çocuklar için Depresyon Ölçeği'dir. M. Kovacs tarafından 'çocukluk depresyonu vardır, gözlenebilir ve ölçülebilir, özellikleri erişkinlerdekine benzer' görüşlerinden yola çıkarak hazırlanmıştır (81). Türkiye'de geçerlik

güvenirlilik çalışması Öy tarafından 1991 yılında yapılmıştır (82). Çocuklar için depresyon ölçeği 6-17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir. Madde ve bütünlük korelasyonları, iç tutarlılığı, test-tekrar test güvenirliliği ve ayırıcı geçerliliği kabul edilebilirdir. Yirmiyedi maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her maddede üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan, son iki hafta için kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre sıfır, bir veya iki puan alır. Kesim puanı olarak 19 önerilir.

Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory-STAI-I, STAI-II) (Ek-5,6)

1970 yılında C.D. Spielberger tarafından geliştirilmiştir (83). Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (84). Envanterin her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1- Durumluluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2- Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; şiddet derecesine göre "hiç", "biraz", "çok" ve "tamamıyla" ilgili şıklardan birinin seçilmesi; Sürekli Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların ifade ettiği sıklık derecesine göre "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çoğu zaman" ve "hemen her zaman" şıklarından birinin işaretlenmesi istenir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir ve kesme puanı olarak 45 alınır. Büyük puan, yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

Offer Benlik İmgesi Ölçeği (Offer Self Image Questionnaire-OSIQ) (Ek-7)

Offer Benlik İmgesi Ölçeği (OBİÖ) ilk kez 1962 yılında Offer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (85) ve lise öğrencilerinden seçilen bir grup

üzerinde normal ergenlik özelliklerini saptamak amacıyla kullanılmıştır. İlk hali 130 maddeden oluşmuş ve 11 alt alanda ergenin yaşantısını değerlendirmeyi amaçlamıştır. 1979 yılındaki çalışmada, 6 madde çıkarılarak, yerine yenileri konulmuş ve yeni konulan maddeler 12. alt ölçeği oluşturmuştur. Offer ve arkadaşları(1988), bu ölçeğin kültürler arası ergenlere uygulanabilirliğini görmek ve değişik kültürlerde ortak olarak geçerliliği olan maddeleri saptamak amacıyla, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 10 ülkeden araştırmacılarla işbirliği yaparak, 130 maddeden 99'nun "evrensel ergenlik" özelliklerini ölçebildiği sonucuna varılmışlardır. Uluslararası OBIÖ-99 çalışmaları sırasında toplam 5938 ergen den veriler toplanmıştır. Bunların 230 tanesi Türk ergendir. Ülkemizde ölçeğe ait geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalar 1989 'da İnanç tarafından yapılmıştır (86). Ölçeğin 99 maddelik formunda gerekli tersine çevrilmeler yapıldıktan sonra, toplam puanın 50'nin altında olması zayıf benlik uyumunu göstermektedir.

Bu çalışmada SPSS for Windows 13.0 paket programı kullanıldı. Çalışmada verilere non-parametrik yöntemler uygulandı. Sürekli (puan) değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Mann-Whitney testi ile üç grup arasındaki karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin arasındaki ilişki incelenirken Ki-kare test istatistiğinden yararlanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Örneklem Grubu:

Cinse istismar mağduru çocuk ve ergenler ile yapılan bu araştırmaya katılım, kriterlere uygun olan toplam 34 çocuk veya ergenin ailesine önerilmiştir. Bu çocuk ve ergenlerden 4 tanesinin ailesi; yaşanan yasal süreçlerden dolayı yorulduklarını, hastaneye gelip gitmekte zorluk çektiklerini ve maddi olarak zorluklar yaşadıklarını ifade ederek araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Diğer 30 çocuk ve ergenin ailesi ise bu araştırmaya katılmak istediklerini belirtip araştırmanın yapılabilmesi için yazılı onam vermişlerdir. Araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin % 20'sini (n=6) erkekler, % 80'ini (n=24) ise kızlar oluşturmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin yaş ortalaması $13,3\pm 2,8$ yaş, kızların yaş ortalaması $14,1\pm 2,1$ yaş ve çalışmaya katılan bütün mağdurların yaş ortalaması ise $13,9\pm 2,2$ yaş olarak saptanmıştır. Mağdurların %46,7'si (n=14) 9 -13 yaş (çocuk), %53,3'ü (n=16) 14 -18 yaş (ergen) aralığındadır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Çalışmaya katılanların cinsiyet ve yaş dağılımı.

Cinsiyet	Yaş							P değeri
	N	9 -13	14 -18	Ort.	SS.	Min.	Max.	
Erkek	6	3	3	13,33	2,87	9,0	18,0	$p>0,05$
Kız	24	11	13	14,08	2,08	9,0	18,0	
Toplam	30	14	16	2,63	2,22	9,0	18,0	

Çocuğa ve Aileye Ait Sosyodemografik Özellikler:

Araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin, hem annelerinin (%86,7) hem de babalarının (%76,7), büyük bir kısmının eğitim düzeylerinin ilkökul veya daha düşük düzeylerde olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Ailelerin %60'nın gelir düzeyi asgari ücret veya daha altında iken, %40'nın gelir düzeyi asgari

ücretin üstünde olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Yine bu ailelerin %63,3'ü ilde, %20'si ilçede, %16,7'si ise köyde yaşamlarını sürdürdüklerini belirtmişlerdir ($p>0,05$) (Tablo 4).

Çocuk ve ergenlerin ev içinde kendilerine ait olan bir yatak odalarının bulunup bulunmamasına ya da aynı odayı diğer aile bireyleri ile paylaşıyor ise kimlerle paylaştıklarına bakıldığı zaman; vakaların %40'ının ayrı bir odada tek başına yattıkları saptanırken, %53,3'ünün kardeşleriyle, %3,3'ünün anne babasıyla ve %3,3'ünün ise bütün aile ile birlikte aynı odayı paylaştıklarını ifade etmişlerdir ($p>0,05$), (Tablo 4).

Tablo 4: Çocuk ve anne-babaya ait sosyodemografik özellikler

		N	%	P değeri	
Yaşanılan yer	Köy	5	%16,7	$p>0,05$	
	İlçe	6	%20,0		
	İl	19	%63,3		
	Toplam	30	%100,0		
Çocuğun yattığı yer	Anne-baba ile	1	%3,3	$p>0,05$	
	Kardeşleri ile	16	%53,3		
	Tek başına	12	%40,0		
	Bütün aile ile	1	%3,3		
	Toplam	30	%100		
Ailenin geliri	Asgari ücret ve altı	18	%60,0	$p>0,05$	
	Asgari ücretin üstü	12	%40,0		
	Toplam	30	%100		
		Anne-Baba Eğitim		Toplam	P değeri
		İlk ve altı	Orta ve üstü		
Ebeveyn	Baba	N 23 % 76,7	7 % 23,3	30 %100,0	$p<0,01$
	Anne	N 26 % 86,7	4 %13,3	30 %100,0	

Vakaların %30'unun son üç yıl içinde bir başka ilden şimdiki ikamet ettikleri yere göç etikleri, diğer %70'lik kısmın ise şu anda yaşadıkları yerde üç yıldan daha fazla süredir ikamet ettikleri saptanmıştır

Aile içi fiziksel şiddet ve madde kullanım oranlarına bakıldığında; ailelerin %13,3'ünde (n=4) madde kullanımının alkol olduğu saptanırken, %86,7'sinde (n=26) herhangi bir madde kullanımına rastlanmamıştır. Vakaların %23,3'ü (n=7) aile içinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade ederken, %76,7'si (n=23) aile içi fiziksel şiddete maruz kalmadıklarını belirtmişlerdir.

Cinsellik ve Cinsel İstismar Hakkında Bilgilendirilme ile İlgili Özellikler:

Çocuk ve ergenlerin cinsellikle veya cinsel istismarla ilgili bilgiler konusunda ne kadar bilgilendirildikleri araştırıldığında; mağdurların %90'ının cinsellikle ilgili konularda, %93,3'ünün cinsel istismar ve %96,7'sinin de cinsel istismardan korunmayla ilgili konularda hiçbir şekilde bilgilendirilmedikleri ortaya çıkmıştır (p<0,001) (Tablo 5). Cinsel konularda bilgi alanlardan biri, aileden, biri arkadaşlarından, biri de televizyondan bilgi edindiğini belirtmiştir.

Tablo 5: Cinsellik, cinsel istismar ve cinsel istismardan korunma konularında bilgilendirilme.

	Cinsellikle ilgili		İstismarla ilgili		İstismardan korunmayla ilgili	
	N	%	N	%	N	%
Toplam	30	%100,0	30	%100,0	30	%100,0
Bilgi almış	3	%10,0	2	%6,7	1	%3,3
Bilgi almamış	27	%90,0	28	%93,3	29	%96,7
P değeri	P<0,001		P<0,001		P<0,001	

Cinsel İstismar ile İlgili Özellikler:

Cinsel istismarda bulunan kişilerin mağdura olan yakınlık derecelerine bakıldığında; %9,9'unu mağdurun tanımadığı kişiler oluştururken, %90,1'ini ise mağdurun akrabaları ya da mağdurun daha önceden tanıdığı kişiler oluşturmuştur ($p<0.001$). Mağdurun daha önceden tanıdığı kişilere bakıldığında %9,9'sinin babası, %3,3'ünün kardeşi ve %76,9'unun ise arkadaşları, öğretmeni veya komşu gibi mağdura yakın kişiler olduğu görülmektedir (Tablo 6). Aile içi cinsel istismara maruz kalan mağdurların hiçbirinin kendisine ait odasının bulunmadığı ve hepsinin odalarını kardeşleri ile paylaştıkları saptanmıştır.

Tablo 6: Cinsel istismarda bulunan kişilerin yakınlık derecesi.

Cinsel istismarda bulunan kişi		N	%	% toplam	P değeri
Tanıdık	Baba	3	%9,9	%90,1	p<0.001
	Kardeş	1	%3,3		
	Diğer	23	%76,9		
Tanımadık	Yabancı	3	%9,9	%9,9	

Cinsel istismar türleri ile istismarcının amacına ulaşmak için kullandığı yöntemlere bakıldığında, bunlar arasında istismar tipleri olarak; sözlü sataşma, teşhircilik, dokunma veya okşama gibi penetrasyonsuz ve petting, vajinal penetrasyon, anal penetrasyon gibi penetrasyonlu cinsel istismar türlerinin bulunduğu saptanmıştır. Bu istismar türlerini penetrasyonun olmadığı istismar türleri (Tip-1) ve penetrasyonun olduğu istismar türleri (Tip-2) olarak ikiye ayıracak olursak, bu araştırmada cinsel istismarda bulunan kişilerin %73,3'ünün Tip -1, %26,7'sinin ise Tip 2 tür cinsel istismarda buldukları saptanmıştır ($p<0.01$). Cinsel istismarda bulunan kişilerin amaçlarına ulaşmak için kullandıkları yöntemler arasında, %73,3 oranında mağdura fiziksel şiddet uygulama, mağduru ya da ailesini tehdit etme gibi zor

kullanma, %26,7 oranında ise mağduru çeşitli maddi veya manevi araçlarla kandırma bulunmaktadır ($p<0.01$), (Tablo 7).

Tablo 7:İstismar tipi ve istismarcının amacına ulaşmak için kullandığı yöntem.

			N	%	P değeri
İstismar tipi	Tip-1.	Sözlü sataşma	2	%6,6	p<0.01
		Dokunma-okşama	16	%53,4	
		Teşhircilik	4	%13,4	
		Toplam	22	%73,4	
	Tip-2.	Petting	2	%6,6	
		Vajinal penetrasyon	2	%6,6	
		Anal penetrasyon	4	%13,4	
		Toplam	8	%26,6	
Kullanılan yöntem	Zor kullanmak	Tehdit ve şiddet	20	%66,6	p<0.01
		Uyuşturucu	2	%6,7	
		Toplam	22	%73,3	
	Kandırmak	Şefkat,hediye vb.	8	%26,7	
		Toplam	8	% 26,7	

Vakaların %63,3'ü bir defa, %36,6'sı ise birden fazla sayıda cinsel istismara maruz kalırken, yine bu kişilerin %60'ı tek başına, %40'ı ise başka mağdur çocuklar ile birlikte cinsel istismara maruz kalmıştır (Tablo 8).

Tablo 8:İstismar sayısı ve istismara kendisinden başka maruz kalan kişiler.

		N	%	P değeri
Mağdurun Uğradığı istismar sayısı	Bir	19	%63,3	p>0,05
	Birden fazla	11	%36,6	
	Toplam	30	%100,0	
Başka maruz kalan	Yok	18	%60,0	p>0,05
	Var	12	%40,0	
	Toplam	30	%100,0	

Çocuk veya ergenin yaşamış olduğu cinsel istismarın %69,8'i, mağdurun ailesine kendisinin anlatmasıyla ortaya çıkarken, %30,2'si mağdurun ailesine başkasının anlatması ile ortaya çıkmıştır (p<0,05). Yaşadığı cinsel istismarı ailesine kendisi anlatmayı tercih eden çocuk ve ergenlerin %50'si ilk bir hafta içinde gibi erken dönemde anlatırken, %13,2'si ilk bir ay, %3,3'ü ilk bir yıl ve %3,3'ü ise ilk beş yıl içinde gibi daha geç dönemlerde anlatmışlardır (Tablo 9). Bu cinsel istismarı ilk bir hafta içinde anlatmayan ya da ailesine kendisi anlatmayan çocuk ve ergenlere bunun nedeni sorulduğunda; bu çocuk ve ergenlerin %53,4'ü, bu olaydan dolayı kendilerinin suçlanacaklarını ya da kendilerinin aileleri tarafından anlaşılacaklarını düşündükleri için, %26,8'i istismar eden kişinin kendisine ya da ailesine zarar verme olasılıklarını düşündükleri, %19,8'i ise yaşadıkları bu olayın ne anlama geldiğini tam olarak bilmedikleri için böyle bir yol izlediklerini ifade etmişleridir.

Tablo 9: Aileye istismarı kimin anlattığı, mağdurun anlatma zamanı.

		N	%	P değeri
İstismarı Ortaya çıkaran	Kendisi: İlk 1 hafta içinde	15	%50	P<0,05
	İlk 1 ay içinde	4	%13,2	
	İlk 6 ay içinde	0	%0,0	
	İlk 1 yıl içinde	1	%3,3	
	İlk 5 yıl içinde	1	%3,3	
	Toplam	21	%69,8	
	Başkası	9	%30,2	
Toplam		30	%100,0	

Cinsel İstismar Sonrasında Mağdurda Meydana Gelen Değişiklikler

1-Psikososyal değişiklikler

İstismar olayı ile ilgili olarak mağdurların bir kısmı kendini, bir kısmı ailesini bir kısmı ise hem kendini hem de ailesini suçlamıştır. Suçlamayla ilgili

bu oranlara bakıldığında; çocuk ve ergenlerin %76,7'si bu olaydan dolayı kendisini sorumlu tutmuş ($p<0,05$), %16,7'si ise ailesini sorumlu tutmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10). Sadece kendisini sorumlu tutma oranının %67, sadece aileyi sorumlu tutma oranının %6,6, hem kendisini hem aileyi sorumlu tutma oranının %9,9 ve sadece istismarcıyı sorumlu tutma oranının ise %16,5 oranında olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Kendini ya da ailesini suçlama ile ilgili veriler

		Yok	Var			P değeri
			Toplam	Bazen	Çoğu zaman	
Kendini suçlama	N	7	23	12	11	$p<0,05$
	%	%23,3	%76,7	%40,0	%36,7	
Aileyi suçlama	N	25	5	2	3	$P<0,05$
	%	%83,3	%16,7	%6,7	%10,0	

Okul başarısına bakıldığı zaman, istismardan sonraki dönemde çocuk ve ergenlerin %56,7'sinin okul başarısının azaldığı, %3,3'ünün okul başarısının arttığı ve %40'nın ise okul başarısının değişmediği saptanmıştır.

Çocuk ve ergenlerin maruz kaldıkları cinsel istismarın sonrasında kişiler arası ilişkilere bakıldığında; anne-babaları ile ilişkilerinin, %26,4'ünde olumlu yönde, %17,5'inin olumsuz yönde değiştiği ve %56,1'inde aynı şekilde kaldığı, kardeşleri ile olan ilişkilerinin ise %9,9'unda olumlu yönde, %26,4'ünün olumsuz yönde değiştiği ve %63,3'ünde aynı şekilde kaldığı saptanmıştır.

Arkadaşları ile ilişkilerinin mağdurların hiç birinde olumlu yönde değişmediği, %36,3'ünde olumsuz yönde değiştiği ve %63,7'sinde aynı şekilde kaldığı, diğer insanlar ile ilişkilerinin ise %3,3'ünde olumlu yönde,

%42,9'unda olumsuz yönde değiştiği ve %53'8'inde aynı şekilde kaldığı saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Cinsel istismar sonrasında mağdurun ilişkilerindeki değişiklikler.

		Yok	Var			P değeri
			Daha iyi	Daha kötü	Toplam	
Anne-baba ile İlişkide değişiklik	N	17	5	8	13	p>0,05*
	%	%56,1	%17,5	%26,4	%43,9	
Kardeşlerle İlişkide değişiklik	N	19	3	8	11	p>0,05**
	%	%63,7	%9,9	%26,4	%36,3	
Arkadaşlarla İlişkide değişiklik	N	19	0	11	11	p>0,05"
	%	%63,7	%0,0	%36,3	%36,3	
Diğer insanlarla İlişkide değişiklik	N	16	1	13	14	p>0,05""
	%	%53,8	%3,3	%42,9	%46,2	

*Mağdurun anne-babasıyla ilişkisinde değişiklik olan ile olmayan grup arasındaki p değeri.

**Mağdurun kardeşleriyle ilişkisinde değişiklik olan ile olmayan grup arasındaki p değeri.

"Mağdurun arkadaşlarıyla ilişkisinde değişiklik olan ile olmayan grup arasındaki p değeri.

""Mağdurun diğer insanlarla ilişkisinde değişiklik olan ile olmayan grup arasındaki p değeri.

İntihar düşüncesi çalışmaya alınan mağdurların %40'ında saptanırken (p>0,05), intihar girişimi %23,3'ünde (p<0,01), kendini yaralama davranışı ise %3,3'ünde saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 12).

Tablo 12: İntihar düşüncesi, intihar girişimi, kendini yaralama davranışı.

		Yok	Var	Toplam	P değeri
İntihar düşüncesi	N	18	12	30	p>0,05
	%	%60,0	%40,0	%100,0	
İntihar girişimi	N	23	7	30	p<0,01
	%	%76,7	%23,3	%100,0	
Kendini yaralama davranışı	N	29	1	30	p<0,001
	%	%96,7	%3,3	%100,0	

Cinsel istismar sonrasında, çocuk ve ergenlerin, %13,3'ünde (n=4, hepsi kız) tuvalet alışkanlıklarında sorunlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan biri konstipasyon şeklinde iken, diğer üçünün ise enürezis nokturna şeklinde olduğu görülmüştür (p<0,01).

Cinsel istismar sırasındaki yaralanmalara bağlı olarak ortaya çıkmayan ve maruz kalınan cinsel istismardan sonra ortaya çıkan ya da artan somatik yakınmaların (baş ağrıları, karın ağrıları gibi) çalışmaya alınanlarda %56,7 oranında bulunduğu görülmüştür (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13:İstismar sonrasındaki bedensel değişiklikler

		Yok	Var	Toplam	P değeri
Tuvalet alışkanlığı değişikliği	N	26	4	30	p<0,01
	%	%86,7	%13,3	%100,0	
Somatik yakınma	N	13	17	30	p>0,05
	%	%43,3	%56,7	%100,0	

Cinsel istismardan sonraki dönemlerde çalışmaya alınan çocuk ve ergenlerin %10'unun cinsel konulara merakının arttığı, %90'ında ise herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (p<0,01).

2-Psikometrik Test Sonuçları:

Araştırmaya alınan cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlere uygulanan psikometrik testlere göre; Depresyon Ölçek puanlarının %50 (p>0,05), Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının %53,3(p>0,05), Sürekli Kaygı Ölçek puanlarının ise %73,3 oranında patolojik düzeyde olduğu saptanmıştır. (p<0,05).

Offer Benlik Algısı Ölçek sonuçlarına bakıldığında, benlik algısı vakaların %70'inde uyumlu olarak saptanırken, %30'unda benlik algısı uyumsuz olarak saptanmıştır (p<0,05).

Cinsel istismar sırasında zor kullanıma maruz kalanların, ortalama süreklilik anksiyete puanı, kalmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Depresyon, Kaygı, Benlik Algısı ve TSSB ortalama puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05), (Tablo 14).

Tablo 14: Depresyon, Anksiyete, Benlik Algısı ve TSSB Puanları.

Cinsiyet	Depresyon puan	Durumluluk anksiyete puan	Süreklilik anksiyete puan	Benlik algısı puan	TSSB puan
Erkek					
N	6	6	6	6	6
Ort.	15,2	45,2	47,0	100,2	34,3
SS.	2,7	2,9	1,6	26,3	5,9
Min.	6,0	32,0	40,0	27,0	11,0
Max.	21,0	50,0	50,0	184,0	51,0
Kız					
N	24	24	24	24	24
Ort.	18,3	45,9	48,8	82,1	47,3
SS.	1,8	2,2	2,3	10,4	3,7
Min.	2,0	26,0	25,0	10,0	5,0
Max.	37,0	67,0	69,0	199,0	70,0
Toplam					
N	30	30	30	30	30
Ort.	17,6	45,8	48,4	85,7	44,7
SS.	1,5	1,2	1,9	9,7	3,3
Min.	2,0	26,0	25,0	10,0	5,0
Max.	37,0	67,0	69,0	199,0	70,0
P değeri	0,402	0,940	0,561	0,667	0,065

*Kızlar ve erkekler arasında ortalama puan farkı saptanmamıştır.

3-Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Araştırmaya alınan çocuk ve ergenlere yapılan psikiyatrik muayene ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçeğinin birlikte değerlendirilmesi

sonucunda, mağdurların %90'ında TSSB saptanırken, %10'unda TSSB saptanmamıştır ($p<0,001$) (Tablo15).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçeğinin sonucuna göre mağdurların %6,7'sinin hafif, %13,3'ünün orta, %50'sinin ağır, %20'sinin çok ağır düzeyde TSSB kriterlerini karşıladıkları saptanırken, %10'unun normal sınırlar içinde olduğu ve TSSB kriterlerini karşılamadığı saptanmıştır (Tablo15).

Tablo15: Klinik değerlendirme ve TSSB ölçek sonucuna göre TSSB varlığı ve şiddeti.

TSSB		Kız		Erkek		Toplam		P değeri
		N	%	N	%	N	%	
Yok:	Normal	2	%6,7	1	%3,3	3	%10,0	p<0,001
Var:	Hafif	2	%6,7	0	%0,0	2	%6,7	
	Orta	2	%6,7	2	%6,7	4	%13,3	
	Ağır	12	%39,9	3	%10,0	15	%50,0	
	Çok ağır	6	%20,0	0	%0,0	6	%20,0	
	Toplam	22	%73,3	5	%16,7	27	%90,0	
Toplam		24	%80,0	6	%20,0	30	%100,0	

Mağdurlara uygulanan TSSB ölçeğinden elde edilen TSSB şiddeti ortalama puanlarının; mağdurların yaşına, cinsiyetine ve anne-babasının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farkının olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$), (Tablo 16a,b,c).

Tablo 16a: Cinsiyete göre TSSB şiddeti ortalama puanları.

Cinsiyet	N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P değeri	
Erkek: Çocuk	3	1,66	1,52	0,0	3,0	p=0,597	
	Ergen	3	3,33	0,57	3,0		4,0
	Toplam	6	2,16	1,05	0,0		4,0
Kız: Çocuk	11	2,54	1,12	0,0	4,0		
	Ergen	13	2,76	1,23	0,0		4,0
	Toplam	24	2,75	1,19	0,0		4,0
Toplam	30	2,63	1,18	0,0	4,0		

*Kızlar ve erkekler arasında ortalama puan farkı saptanmamıştır.

Tablo 16b: Yaşa göre TSSB şiddeti ortalama puanları.

Yaş	N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P değeri
9 -13	14	2,35	1,21	0,0	4,0	p=0,224
14 -18	16	2,87	1,14	0,0	4,0	
Toplam	30	2,63	1,18	0,0	4,0	

*Çocuk ve ergenler arasında ortalama puan farkı saptanmamıştır

Tablo16c: Anne-babanın eğitim düzeyine göre TSSB şiddeti ortalama puanları.

Eğitim	N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P değeri		
Anne İlkokul ve altı	26	2,61	1,20	0,0	4,0	p=0,837		
	Ortaokul ve üzeri	4	2,75	1,25	1,0		4,0	
	Toplam	30	2,68	2,23	0,0		4,0	
Baba İlkokul ve altı	23	2,65	1,11	0,0	4,0		P=0,848	
	Ortaokul ve üzeri	7	2,57	1,51	0,0			4,0
	Toplam	30	2,63	1,18	0,0			4,0

*Anne babasının eğitim düzeyinin yüksek olduğu çocuklar ile düşük çocuklar arasında ortalama puan farkı saptanmamıştır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçeğinden elde edilen TSSB şiddeti ortalama puanlarının; mağdurun maruz kaldığı cinsel istismarın

tipine (sözlü sataşma, teşhircilik, dokunma veya okşama gibi penetrasyonsuz türleri - Tip-1, petting, vajinal penetrasyon, anal penetrasyon gibi penetrasyonlu istismar türleri - Tip-2) veya istismar sayısına, cinsel istismara maruz kaldığı sırada beraberinde başka bir mağdurun bulunup bulunmamasına, cinsel istismardan sonra anne-babası ile kurduğu ilişkinin farklılığına ya da benlik algısının uyumlu olup olmamasına göre de anlamlı bir farkının olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$) (Tablo 17a,b,c).

Tablo 17a:İstismarın tipine, sayısına, istismara tek başına veya başka biriyle maruz kalıp kalmamasına göre TSSB şiddeti ortalama puanları.

		N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P değeri
Taciz tipi:	Tip -1	22	2,54	1,33	0,0	4,0	p=0,872
	Tip -2	8	2,87	0,64	2,0	4,0	
	Toplam	30	2,63	1,18	0,0	4,0	
Taciz sayısı:	Bir	19	2,42	1,21	0,0	4,0	p=0,158
	Birden fazla	11	3,00	1,09	2,0	4,0	
	Toplam	30	2,60	1,18	0,0	4,0	
Başka maruz kalan	Yok	18	2,55	1,33	0,0	4,0	p=0,819
	Var	12	2,75	0,64	1,0	4,0	
	Toplam	30	2,63	1,18	0,0	4,0	

*Tip-1 ile tip-2, bir defa ile birden fazla, tek başına ile başka mağdurlarla birlikte cinsel istismara maruz kalma açısından ortalama puan farkı saptanmamıştır.

Tablo 17b: Cinsel istismardan sonra anne-babası ile kurduğu ilişkinin farklılığına göre TSSB şiddeti ortalama puanları.

Anne baba ile ilişki	N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P değeri
Aynı	17	2,17	1,38	0,0	4,0	p=0,059
Daha iyi	5	3,40	0,54	3,0	4,0	
Daha kötü	8	3,12	0,35	3,0	4,0	
Toplam	30	2,63	1,18	0,0	4,0	

* Cinsel istismardan sonra anne-babası ile kurulan ilişkide meydana gelen değişiklik açısından ortalama puan farkı saptanmamıştır

Tablo 17c: Benlik algısına göre TSSB şiddeti ortalama puanları.

Benlik algısı	N	Ort.	SS.	Min.	Max.	P değeri
Uyumsuz	9	3,11	0,92	1,0	4,0	p=0,150
Uyumlu	21	2,42	1,24	0,0	4,0	
Toplam	30	2,63	1,18	0,0	4,0	

* Benlik algısı uyumlu olan ile olmayanlar arasında ortalama puan farkı saptanmamıştır

Ayrıca,

TSSB ölçeğinden ağır düzeyde ve çok ağır düzeyde TSSB tanısı alanlar, TSSB tanısı almayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla ortalama depresyon ölçek puanı almıştır ($p<0,05$).

TSSB ölçeğinden ağır düzeyde TSSB tanısı alanlar, hafif düzeyde TSSB tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla ortalama süreklilik anksiyete puanı almıştır. ($p<0,05$)

TARTIŞMA VE SONUÇ

TARTIŞMA

Çocuğa ve Aileye Ait Sosyodemografik Özellikler

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir (87). Kız çocuklar cinsel istismar açısından erkek çocuklardan 10 kat daha fazla risk altındadır (88). Smith ve arkadaşlarının 1994 yılında yapmış oldukları geniş ölçekli bir araştırmada 18 yaşına gelene kadar kız çocukların %12-25'inin, erkek çocukların ise %8-10'unun cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (9). 1996 yılında Cenevre' de okuldaki ergenlerde yapılan bir araştırmada kızların %33,8'nin, erkeklerin %10,9'nin en az bir kere cinsel istismar olayıyla karşılaştıkları saptanmıştır (11).

Bizim Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ardışık olarak başvuran toplam 30 çocuk ve ergenler üzerinde yaptığımız bu araştırmada, mağdurların %20'sini erkekler ve %80'ini kızlar oluşturmuştur. Bizim yaptığımız bu araştırmanın epidemiyolojik bir çalışma olmaması ile birlikte, cinsel istismar nedeni ile bize ardışık olarak başvuran mağdurların yaklaşık 4/5'ünü kızların, 1/5'ini ise erkeklerin oluşturması, kızların erkeklerden daha fazla cinsel istismara maruz kaldığını destekler niteliktedir.

Cinsel istismar her sosyoekonomik düzeydeki ailelerde görülse de düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde, aile içi sorunların yoğun olduğu durumlarda sık olduğu belirtilmiştir (89). İşlev düzeyi düşük, çatışmaların ve ekonomik sorunların yoğun olduğu aileden gelen çocuklar daha fazla istismar riski taşırlar. Ailede ruhsal hastalık hikayesi olması ya da alkol-madde kullanımı olması, çalışan anne, çocuğun anneden uzun süre ayrı kalması da önemli risklerdir. Ayrıca çocuğa verilen cinsel eğitimin yetersizliği ve eğitimin katı, cezacı bir tutumla verilmesi, çocuğun kendini koruma becerisinin az olması ile sonuçlanabilir (21,22).

Çalışmamıza katılan mağdurların ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde;

Ailelerin %16,7'sinin köyde, % 20,0'sinin ilçede, %63,3'ünün ise ilde yaşadığı, ilde yaşayan ailelerin büyük bir çoğunluğunun da, şehrin gecekondu olarak nitelendirilebilecek kenar kesimlerinde yaşadıkları görülmüştür. Yine bu ailelerin %60'nın gelir düzeyleri asgari ücret veya daha alt seviyelerdeydi. Anne babaların eğitim düzeylerine bakıldığında, annelerin %86,7'sinin, babaların ise %76,7'sinin ilköğretim veya daha altı düzeyde eğitime sahiplerdi. Mağdurların %40'ı ev içinde kendine ait ayrı bir yatak odasına sahip iken, %60'ı yetersiz sosyoekonomik koşullar nedeniyle aynı odayı kardeşleri ya da anne babalarıyla paylaşmak zorunda kalmışlardı. Aile içi fiziksel şiddet ve madde kullanım oranlarına baktığımızda; Mağdurların %23,3'ü aile içinde fiziksel şiddete sıklıkla maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ailelerdeki alkol madde kullanımının ise %13,3 oranında olduğu saptanmıştır. Alkol kullananların hepsi mağdurların babalarıydı ve bu babalar aynı zamanda, çocuklarına hem fiziksel şiddet uyguluyorlardı hem de cinsel istismarda bulunuyorlardı.

Elde edilen bu bulgular, Spencer'in, Berger'in, Hedin'in ve arkadaşlarının (21, 22, 89) yapmış oldukları araştırmalarının sonuçları dikkate alınarak değerlendirildiğinde, cinsel istismarın her sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyden ailelerde görülebildiği fakat düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeydeki ailelerde daha sık olarak ortaya çıktığı yönündeki bilgiyi destekler niteliktedir.

Cinsellik ve Cinsel İstismar Hakkında Bilgilendirilmeyle İlgili Özellikler

Finkelhor, 6 -14 yaş arası çocukların anne babaları ile yaptığı araştırmada, anne babaların %29'unun cinsel istismarı çocukları ile tartıştıklarını saptarken (90), Wurtele ve Perin ise benzer bir araştırmada anne babaların %47'sinin cinsel istismarı çocukları ile tartıştıklarını saptamışlardır (91). Bunlara benzer araştırma da, Türkiye'de, 3-6 yaş arası çocukların anne babaları üzerinde Yalın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda, anne babaların %32'sinin cinsel istismarı çocukları ile tartıştıkları saptanmıştır (92).

Bizim araştırmamızın sonucunda ise cinsel eğitimin veya cinsel istismarın aile içinde tartışılma oranın daha da dūřuk olduğu grlmūřtır. Ailelerin %9,9'unun cinsellik, %6,7'sinin ise cinsel istismar ve cinsel istismardan korunmayla ilgili konularında çocuklarını bilgilendirdikleri saptanmıştır.

Cinsel İstismar ile İlgili zellikler

Çocuklarda cinsel istismar genellikle aile içinden birisi, yakın akrabalar ya da çocuğun daha önce tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir (13, 21). Johan ve arkadaşlarının, örneklerinin %21,8'inin cinsel istismar mağdurlarının oluşturduğu ocuk istismarı vakalarıyla yaptığı bir çalışmada, bu mağdurların %82'sinin tipik olarak yakın ya da geniş aile yeleri tarafından tekrarlanan cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır (24). Csorba ve arkadaşlarının 18 yaşın altında cinsel istismara maruz kalan kız çocuklarıyla yaptıkları bir araştırmada; istismara maruz kalan çocukların, %35'inin akrabaları, %41'inin daha önceden tanıdıkları, % 34'ünün ise daha önceden tanımadıkları kişiler tarafından istismara uğradıkları saptanmış (25). Crisma ve arkadaşlarının cinsel istismara uğramış ergen ve ergenliğinde cinsel istismara uğramış genç yetişkinler üzerinde yaptıkları bir çalışmada; istismarcıların çoğunun ergenlerin akrabası veya tanıdığı biri olduğu ve aile içi olan tüm vakaların da bir yıldan daha uzun süre sürdüğü saptanmış (26).

Bizim yapmış olduğumuz araştırmada cinsel istismarda bulunan kişilerin %9,9'unun baba, %3,3'ünün ağabey, %13,3'ünün yabancı ve %73,4'ünün ise ocuk veya ergenin daha önceden tanıdığı biri olduğu grlmūřtır. Aile içi istismar olgularından birinin bir ay kadar sürdükten sonra annenin durumu fark etmesi ile birlikte sona erdiği, diğer olguların ise 2 yıldan daha fazla süre sürdüğü tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz bu bulgular, daha önceki dönemlerde bu konu ile ilgili yapılmış birçok araştırmanın sonuçları ile belirgin bir benzerlik göstermektedir (13, 21, 24 -29).

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir; temas içermeyen cinsel istismarlar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik), cinsel dokunma, oral-genital sex, interfemoral ilişki, sexüel penetrasyon (parmakla

penetrasyon, obje ile penetrasyon, vaginal ilişki, anal ilişki), cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu) gibi (5). Finkelhor, en sık rastlanan cinsel istismarın dokunma ve okşama olduğunu açıklamaktadır (3). Adams ve arkadaşlarına göre istismara maruz kalan çocuklar; %36 okşama ve dokunma, %31 oral ve genital temas, %44 parmak ile penetrasyon, %63 penil vajinal temasa maruz kalmaktır (93). Mahkeme kayıtlarından elde edilen verilere göre cinsel istismar türleri, %38 oral temas, % 15 dokunma, %8 parmakla penetrasyon ve %6 vajinal, anal penetrasyon şeklindedir (94). Csorba ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, cinsel istismar tipinin %80'inin koitus, %20'sinin cinsel sapkınlık şeklinde olduğu saptanmış (25).

Bizim yaptığımız araştırmanın sonucunda ise cinsel dokunma ve okşama gibi temas içermeyen cinsel istismar türlerinin daha fazla oranda bulunduğu görülmüştür. Bu istismar tiplerinin dağılımına baktığımızda, %6,6'sı sözlü sataşma, %13,4'ü teşhircilik, %53,4'ü dokunma veya okşama, %6,6'sı petting, %6,6'sı vajinal penetrasyon, %13,4'ü ise anal penetrasyon şeklindeydi. İstismar türü ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında araştırmaların bir kısmında oral-genital sex, interfemoral ilişki, sexüel penetrasyon gibi cinsel istismar türlerinin daha fazla oranda bulunduğu, bir kısmında ise cinsel dokunma veya okşama gibi cinsel istismar türlerinin daha fazla oranda bulunduğu görülmektedir.

Csorba ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, mağdurların %21'inin birden fazla, %79'unun ise sadece bir defa cinsel istismara maruz kaldığı saptanmış (25).

Bizim yaptığımız araştırmada benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Çocuk ve ergenlerin %36,7'si birden fazla cinsel istismara maruz kalırken, %63,3'ü sadece bir defa cinsel istismara maruz kalmıştır. Yine istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin %60'ı tek başına cinsel istismara maruz kalırken, %40'ı ise başka mağdurlarla birlikte cinsel istismara maruz kalmıştır.

İstismara uğrayan çocuklar genellikle yaşadıklarını birine anlatmakta zorluk çekmektedirler. Eğer birine yaşadıklarını aktarmaya karar verirlerse de ebeveynleri, başka bir çocuk ya da güvenilen bir erişkinle paylaşmaktadırlar. Bazen de kendi yaşantılarını bir başkası üzerinden anlattıkları izlenmektedir

(27). Ayrıca çocuklar bu olaydan dolayı ailelerinin kendilerini sorumlu tutacaklarını, cezalandıracaklarını, reddedeceklerini düşündükleri için istismarı ortaya çıkartmayı pek tercih etmemektedirler (28). Csorba ve arkadaşlarının kız çocuklarıyla yaptıkları araştırmada, olayı anlatma sürelerine bakıldığında, çocukların %48'inin hemen, %17'sinin 3 gün içinde, %35 'inin ise 3 günden daha uzun bir süre sonra anlattıkları görölmüş (25). Crisma ve arkadaşlarının yetişkinler üzerinde yaptıkları araştırmada, istismara uğrayan ergenlerin 2/3'ünden fazlasının bu olayı ailelerine güvensizlik, genel korku, suçlanma, kendilerine inanılmayacağı ve bu durumun açığa çıkarılacağı düşüncesi gibi nedenlerle anlatmadıkları saptanmış (26). Smith ve arkadaşlarının 18 yaşından önce tecavüze uğramış yetişkin kadınlar ile yaptığı araştırmada ise kadınların %28'inin uğradığı bu istismarı hiç anlatmadıkları, %47'sinin cesaret edip birisine açıklaması için en az beş yıl gibi bir sürenin geçtiği görölmüş (29).

Bizim yaptığımız araştırmada, mağdurların %70'i yaşadığı bu olayı ailesine kendisi anlatırken (% 50'si ilk bir hafta içinde anlatmış, % 20'si ise ilk bir haftadan sonra anlatmış), %30'unda ise ailesine kendisi anlatmamıştır. Cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerin yaşanan bu olayı ailesine, ilk bir haftadan sonra anlatmasının ya da hiç anlatmamasının nedeni sorulduğunda; mağdurların %53.4'ü aileleri tarafından suçlayacaklarını ya da anlamayacaklarını düşündükleri için, %26.8'i istismar eden kişinin kendisine veya ailesine zarar verme tehdidi ile karşılaştıkları için, %19.8'i ise yaşadıkları bu olayın o dönem içinde tam olarak ne anlama geldiğini bilmedikleri için böyle bir yol izlediklerini ifade etmişlerdir.

Cinsel İstismar Sonrasında Mağdurda Meydana Gelen Değişiklikler

a-Psikososyal değişiklikler: Çoğu mağdur cinsel istismar yaşantısından dolayı kendisini sorumlu tutmaktadır.Bu çocuklar "isteseydim durdurabilirdim" şeklinde yoğun suçluluk duyguları hissetmektedirler (8, 43, 72).

Bizim yaptığımız araştırmada da, benzer bir şekilde çocukların %76.7'si gibi büyük bir çoğunluğu, bu cinsel istismar yaşantısından dolayı kendilerini sorumlu tutmuşlardır.

Yapılan çalışmalar, cinsel istismara uğramış çocukların uğramamış çocuklara göre, yetişkin veya diğer genç çocuklarla daha sık cinsel ilişkiye girdiklerini, arkadaşları ile daha sık cinsel içerikli oyunlar oynadıklarını, daha fazla oranda ergenlik çağında gebe kaldıklarını ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalandıklarını göstermektedir (40, 50, 95). Yine cinsel istismara uğramış çocuklarda saldırgan davranışların yanı sıra intihar girişimleri ya da kendini yaralama davranışları gibi kendine zarar verici davranışlar daha sık olarak görülmektedir (53). Kendine zarar verme davranışları ile ilgili, Zoroğlu ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptıkları bir araştırmada, cinsel istismar mağduru olan ergenlerin %45.6'sında kendini yaralama davranışlarının, %29.2'sinde ise intihar girişimi davranışlarının bulunduğu saptanmıştır (20).

İntihar davranışları, bizim çalışmamızda da benzer oranlarda tespit edilmiştir. Mağdurların %23.3'ü en az bir kere olmak üzere intihar girişiminde bulunmuşlardır. Kendini yaralama davranışı ise %3.3 oranında saptanmıştır. Cinsellikle ilgili davranışsal olarak herhangi bir değişikliğe rastlanmazken, cinsel konulara merak mağdurların %10'unda artış göstermiştir. Cinsel davranışlarda değişikliğe rastlanmamasının ya da kendini yaralama davranışının oldukça düşük oranlarda bulunması, bu gibi belirtilerin, cinsel istismardan hemen sonra değil de daha geç dönemlerde ortaya çıkması ile ilişkili olabilir.

Cinsel istismardan sonra çocuklarda, tuvalet alışkanlıklarında değişiklikler ve baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik şikayetler gelişebilir (96). Bendixen ve arkadaşları 996 öğrenci ile yaptıkları araştırmada, öğrencilerin %11,7'sinin cinsel istismara maruz kaldığını ve bunlarında büyük bir çoğunluğunun baş, karın ve kas ağrıları gibi somatik belirtilere sahip olduğunu saptanmışlardır (97).

Bizim çalışmada, baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik yakınmalar mağdurların %56.7'sinde, enürezis noturna, konstipasyon gibi tuvalet

alışkanlığında değişiklikler ise mağdurların %13.4'ünde saptanmıştır. Tuvalet alışkanlığındaki değişiklik oranının düşük çıkması örneklem grubunun büyük çocuklardan ve ergenlerden oluşması ile ilişkili olabilir.

b- Psikometrik test sonuçları: Normal popülasyondaki çocuklarda anksiyete bozuklukları %5-18 oranında görülmektedir (98). Cinsel istismara uğrayan çocuklarda kaygı bozuklukları kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Kendini uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, somatik yakınmalar ve korku tepkileri şeklinde göstermektedir (2). Mullen ve arkadaşları cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde depresyon gelişme riskinin arttığını bildirmişlerdir. Bu gibi çocuk ve ergenlerin gelecek hakkında olumsuz düşüncelere ve düşük benlik saygısına sahip olduklarını saptamışlardır (45). Ahmadkhaniha ve arkadaşları çocuklarda cinsel istismar ve depresyon sıklığını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, depresyonu olan çocukların olmayanlara göre 3,2 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalma öyküsüne sahip olduğunu saptamışlar (99). Fergusson ve arkadaşlarının cinsel istismara maruz kalmış genç erişkinler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, bu kişilerin büyük bir kısmının major depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip oldukları görülmüştür (100). Stein ve arkadaşlarının anksiyete bozukluğuna sahip bireyler arasında yaptıkları araştırmanın sonucunda, bu kişilerin %45.1'inin çocukluk dönemi cinsel istismara sahip olduklarını belirtmişlerdir (101). Bifulco ve arkadaşları erken dönemde cinsel istismara maruz kalmış erişkinlerle yaptıkları çalışmada, bu kişilerin %64'ünün ilerleyen dönemlerde depresyon geliştirdiğini saptamışlardır (46).

Bizim çalışmamızda uygulanan psikometrik testlerin sonuçlarına bakıldığında, Depresyon Ölçek puanlarının %50'sinde, Durumluluk Kaygı Ölçek puanlarının %53.3'ünde, Sürekli Kaygı Ölçek puanlarının ise %73.3'ünde patolojik düzeyde bulunduğu gözlenmiştir. Düşük benlik algısı ise vakaların %30'unda saptanmıştır. Bunlar içerisinde sadece Sürekli Kaygı Ölçek puanları anlamlı düzeyde patolojik çıkmıştır.

c- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): TSSB'nun yaşam boyu prevalansı %1-14 arasında değişmektedir (58, 60). Orozco ve arkadaşları 2008 yılında Mexico City'de ergenler üzerinde yaptıkları bir epidemiyolojik çalışmada TSSB prevalansının %1,8 oranında olduğu belirtmişlerdir (102). Risk altında bulunan çocuk popülasyonları ile yapılan çalışmalarda ise % 3 ile % 100 arasında değişen oranlar saptanmıştır (61, 62). Travmaya maruz kalan çocukların yaklaşık %30'unda TSSB'nun olduğu bildirilmektedir (63).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda yapılan araştırmalarda oldukça yüksek oranlarda TSSB'unun olduğu görülmektedir (103). Deblinger ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada cinsel istismara uğramış grubun fiziksel istismara uğramış gruba göre daha çok sayıda travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladıkları belirlemişlerdir (104). Ackerman ve arkadaşları fiziksel istismar, cinsel istismar veya her ikisine maruz kalmış 7-13 yaş arasındaki çocuklarda yaptıkları bir çalışmada TSSB'unun %58 oranda görüldüğünü saptamışlardır (105). Yine benzer bir veri de, %57 TSSB oranı ile Kaplow ve arkadaşlarının 8 ile 13 yaş arasındaki cinsel istismara uğramış 156 çocuk üzerinde yaptıkları bir araştırmadan elde edilmiştir (106). Silva ve arkadaşları fiziksel istismara, cinsel istismara ve aile içi şiddete maruz kalmış çocuk ve ergenler üzerinde yaptıkları çalışmada, TSSB'nun fiziksel istismar ve aile içi şiddet ile anlamlı düzeyde ilişkisi tespit edilmiş, cinsel istismarda anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (107). Tahiroğlu ve Avcı'nın yatarak takip ve tedavi edilen cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerle yaptıkları bir araştırmada TSSB'nun %41,3 oranında olduğunu saptamışlardır (108). Benzer bir sonuçta %41,9 TSSB oranı ile Fidan ve arkadaşlarının cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenler üzerinde yaptıkları araştırmada saptanmıştır (109).

Bizim çalışmamızda ise cinsel istismara maruz kalan mağdurların %90'ının TSSB tanı ölçütlerini karşıladıkları saptanmıştır. TSSB'nun literatürde belirtilenlere göre yüksek oranda çıkması, çalışmaya sadece cinsel istismar vakalarının alınması ile ilişkili olabilir.

Çoğu çalışma, travmaya uğramış gruplardaki TSSB oranının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir (110,111,112).

Travma yaşına bakıldığı zaman ise, travma anındaki yaş küçüldükçe TSSB oranlarının arttığı görülmektedir (110, 113).

Perkonigg ve arkadaşları 14-24 yaş arasındaki 3021 kişilik ergen ile yaptığı araştırmada TSSB açısından risk faktörlerini araştırmışlar ve TSSB'unun kızlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla oranda görüldüğünü saptamışlar (110). Cardoza ve arkadaşları, 15 yaş üzerindeki Kosova'lılar üzerinde savaş sonrası yaptıkları araştırmada, TSSB'nun kadınlarda anlamlı oranda daha fazla görüldüğünü fakat yaş grupları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığını saptamışlardır (114). Fransa'da bir ticaret merkezine düzenlenen saldırı sonrasında travmaya maruz kalan 517 çocuk ve ergen üzerinde yapılan başka bir araştırmada, 11-13 yaş arası çocuklarda %46.6, 15-17 yaş arası çocuklarda ise %28.5 oranında TSSB geliştiği tespit edilmiştir (115). Çakaloz ve arkadaşları, cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerle yaptıkları bir araştırmanın sonucunda, kızların %54,2'sinin, erkeklerin ise %90'ının Depresif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu, TSSB tanısı aldığını belirtmişlerdir (116).

Perkonigg ve arkadaşları yaptıkları araştırmanın sonucunda, birden fazla travma yaşamış olmanın, travmayı daha küçük yaşta yaşamış olmanın ve aile gelir düzeyinin düşük olmasının TSSB şiddetini belirleyen faktörler olduğunu saptamışlardır (110).

Çocuk ve ergenlerdeki cinsel istismar sonrası TSSB'unun, çoklu istismara maruz kalmanın ve penetrasyonun olduğu cinsel travmalarda daha şiddetli olması beklenir. Ancak bu konuda araştırma bulguları kesin yargıya gitme olanağı vermemektedir (42).

Çeşitli çalışmalarda güçlü bir sosyal destek ağının yokluğunun travma sonrasında TSSB gelişim riskini artırdığı saptanmıştır. İstismar karşısında ailenin olumsuz tepkileri, aile desteğinin yetersizliği, cinsel kullanıma maruz kalan çocuklarda kötü sonuçlarla ilişkili risk faktörlerdendir (96).

Haizlip ve Corder 'strese dayanıklı' olarak tanımladıkları çocukların, olumlu bir benlik algısı olan, çevrelerini olumlu algılayan, sıcak ve yakın ilişkilerin sürdüğü olumlu bir aile ortamı içinde olan çocuklar olduğunu belirtmişlerdir (117). Akduman, çocukların akran istismarına uğramaları ile

benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapmış olduğu bir çalışmada, akran istismarı ile benlik saygısı arasında negatif anlamlı bir korelasyonun olduğunu saptamıştır (118).

Bizim yaptığımız araştırmada, TSSB şiddetinde mağdur yaşı, cinsiyet, anne babanın eğitim düzeyi, istismar sonrası anne baba ile kurulan ilişki biçimi, cinsel istismar tipi veya sayısı, mağdurun benlik algısı gibi değişkenlere göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. TSSB şiddetinin bu gibi değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermemesinin nedeni örneklem grubunun küçük ve istismar olayının özellikleri açısında heterojen olması ile ilişkili olabilir.

SONUÇ

Cinsel istismar her ne kadar her yaşta oldukça travmatik bir durum olsa da, çocukların hem gelişimsel süreçlerini tamamlamamış olmaları, hem de kendilerini bir erişkin kadar koruyabilecek güce sahip olmamaları nedeniyle bu durumun ocuk ve ergenlerde daha olumsuz sonuçlar doğurduğu açıktır. Yine ocuk ve ergenler yaşadıkları bu travmaya uzun bir süre güvensizlik ya da korku gibi nedenlerle hiç kimseye anlatmayıp ilerinde yaşamaktadırlar.

Cinsel istismar ile ilgili daha önceden yapılmış olan araştırma sonuçları ile bizim yapmış olduğumuz araştırmanın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, cinsel istismarın düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyden olan ailelerin çocuklarında daha fazla olmakla birlikte, her sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyden ailelerin çocuklarında görülebildiği ve cinsiyet farkı gözetmeksizin hem ocuk, hem de ergen yaş grubunda ciddi psikiyatrik sonuçlar doğurduğu grlmektedir.

Sonuç olarak, cinsel istismar ile mücadele etmenin en etkin yolu, cinsel istismar oluşmasını önlemek ve buna yönelik programlar geliştirmektir. Bu programlar hem ailelere hem de çocuklara yönelik olmalıdır. Çocuklara yönelik bu programlar öncelikle çocukların gelişim düzeylerine uygun cinselliği bilme, cinsel istismarı tanıma ve cinsel istismardan korunma konularında yeterli düzeyde eğitilmelerini hedeflemelidir.

EKLER

EK-1: AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Çocuk ve Ergenlerin Cinsel İstismarı Sonrasında Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Özelliklerinin İncelenmesi

Sayın:.....(gönüllünün adı)

Sayın:.....(veli / vasinin adı)

ÇALIŞMANIN İÇERİK VE AMACI : Bu araştırmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na cinsel istismar nedeni ile adli değerlendirme amacı ile başvuran mağdur çocuk ve ergenlerde Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının incelenmesi hedeflenmektedir.

İZLENECEK OLAN YÖNTEMLERİN AÇIKLANMASI:

A. DENEYSEL İŞLEMLER VE TEDAVİ : Size / çocuğunuza, hastaları değerlendirmede halen uygulanmakta olan, Çizim Testleri, Cümle Tamamlama Testleri, Porteus Zeka Testi, Depresyon ve Anksiyete ölçeklerine ek olarak Offer Benlik İmgesi Ölçeği, Çocuk Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ve Sosyal Anket Formu uygulanacaktır. Sizde / çocuğunuzda herhangi bir hastalığın tespit edilmesi halinde; size / çocuğunuza çalışmadan ayrı olarak tedavi önerisinde bulunulacaktır

B. ÇALIŞMANIN TAHMİN EDİLEN SÜRESİ VE KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI: Etik kurul onayından itibaren Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 6 ay içinde başvuran ardışık 30 çocuk ve ergenin alınması hedeflenmektedir.

BU ÇALIŞMANIN GETİREBİLECEĞİ OLUMLU NOKTALAR : Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için sizden / çocuğunuzdan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

YUKARIDA AÇIKLANAN ÇALIŞMA ESNASINDA UYGULANACAK OLAN İŞLEM VE TEDAVİLERİN GÖNÜLLÜYE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR: Bu çalışma sizin günlük yaşamınızda / çocuğunuzun günlük yaşamında veya rutin fiziksel ve ruhsal muayeneleriniz yada testleriniz sırasında olağan şekilde karşılaşılabileceklerinizden daha büyük bir risk taşımamaktadır.

KATILMA VE ÇIKMA :

Bu çalışmadan çekilmeniz halinde Anabilim Dalımız'dan almakta olduğunuz hizmetler değişmeyecektir,

Çalışmaya katılma tamamen sizin / çocuğunuzun gönüllülük esasınıza dayanmaktadır,

Çalışmaya katılmayı reddetmeniz hiçbir ceza karşılığı yoktur,

Çalışmaya katılmayı reddetmeniz, sizin hakkınız / çocuğunuzun hakkı olan yararların kaybına neden olmayacaktır,

Bir ceza ya da hakkınız olan yararların kaybı söz konusu olmaksızın araştırmaya katılmaya herhangi bir zamanda son verme hakkınız bulunmaktadır,

Ayrıca, çalışmanın yürütülmesi sırasında sorumlu doktor tarafından gerekli görüldüğü durumlarda hakkınız olan yararların kaybı olmaksızın çalışma dışı bırakılabileceksiniz.

MASRAFLAR : Bu çalışmanın size / çocuğunuza her hangi bir masrafı olmayacaktır

GİZLİLİK : Tarafımıza mahkeme tarafından gönderilen çocukların / ergenlerin yaşadıkları olaydan dolayı ruh sağlığının bozulup bozulmadığı sorulmaktadır. Bu çalışmada, rutin değerlendirmeye ek olarak uygulanan ölçeklerden elde edilen bilgiler sizin / çocuğunuzun isimleri belirtilmeden bilimsel amaçla kullanılabilir. Elde edilen bu bilgiler bunların dışında, sizin izniniz olmadan herhangi bir şekilde bir kimseye veya kuruma verilmeyecektir.

Ben,, [gönüllünün adı,soyadı
Kendi el yazısı ile)] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın

kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

**Adı-
Soyadı:**.....

İmzası:.....

Adresi:.....

(varsa Telefon No, Faks No):
.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi:.....

(varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı
Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi:

Onay No:

Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacaktır.

EK-2: CİNSEL İSTİSMAR GÖRÜŞME FORMU

CİNSEL İSTİSMAR GÖRÜŞME FORMU

Sıra no:

Bireye ait bilgiler

Ad, Soyadı :.....

Adres :.....

Telefon :.....

Kliniğe geldiği refakatçi:.....

0. Hangi kanal ile doktora başvurdu: 1-Öğretmen 2-A 3-Ma 4-Kendi 5-Diğer

1. Doğum tarihi :...../...../..... Yaş(ay olarak):.....

2. Cinsiyet :..... 1-Kız 2- kek

3. Doğum yeri :..... 1-Köy 2-İ 3-İl

4. Doğum sırası :.....

5. Oturduğu yer :..... 1-Köy 2-İ 3-İl

6. Okuduğu okul :.....

1-Okula gitmiyor 2- öğretim 3-İ 4-Ü versite 5-Okulu rakmış

7. Ailenin tipi: 1-Çekirdek aile 2-Geniş aile 3- Dağılmış aile
8. Çocuk kimin ile yaşıyor: 1-Yurtta 2-Anne baba ile 3- Anne baba ve akrabaları ile 4- Akrabaları ile
9. Ailenin eğitim düzeyi: Anne Baba
 1-Okuma yazma yok
 2-İlkokul mezunu
 3- Ortaokul mezunu
 4-Lise mezunu
 5-Yüksek okul-üniversite mezunu
10. Anne babanın mesleği: Anne Baba
 1-Çalışmıyor
 2-İşçi
 3-Memur
 4-Emekli
11. Ailenin ekonomik düzeyi: 1-Asgari ücretin altında 2-Asgari ücret 3- Asgari ücretin iki katı 4-Asgari ücretin üç katı ve daha fazla
12. Ailede madde kullanımı: 1-Yok Var
13. Ailede madde kullanımı var ise kim ve ne kullanıyor:

	<u>Madde türü</u>	<u>Süre:</u>
1-Anne :	<input type="checkbox"/>
2-Baba :	<input type="checkbox"/>
3-Kardeş:	<input type="checkbox"/>
4-Arkadaş:	<input type="checkbox"/>
5- Diğer:	<input type="checkbox"/>
14. Aile içi şiddet: 1-yok 2-Var (türü.....)

15. Ailede ruhsal hastalık hikayesi: anne baba kardeş akraba
- 1-Mizaç bozuklukları
- 2-Anksiyete bozuklukları
- 3-Psikotik bozukluklar
- 4-Mental Retardasyon
- 5-Diğer(.....)
16. Evde yattığı yer: 1- Anne baba ile aynı odada 2- Kardeşleri ile aynı odada
- 3- Tek başına 4- Bütün aile aynı odada
17. Cinselliğe şahit olma: 1-Yok 2- TV 3-Dergide 4-Arkadaşlarda 5-Anne babada
18. Cinselliğe şahit oldu ise : 1-yaş..... 2-kaç kere 3-ne kadar süre.....
19. Cinsel bilgi aldı mı: 1- Almadı 2- A
20. Cinsel bilgi aldı ise kaç yaşında:.....
21. Cinsel bilgi aldı ise kimden: 1-Aile 2-O 3-Arkadaş 4-TV, Gazete 5-Dergi
22. Cinsel taciz hakkında bilgilendirildi mi : 1-Hayır 2-Evet
23. Cinsel tacizden nasıl korunabileceği anlatıldı mı: 1-Hayır 2-Evet
24. Cinsel tacizde bulunan kişinin yakınlık derecesi:
- 1-Aile içi: a) Baba Anne b) Çiğabey d) A e) De f) Üvey baba
- 2-Aile dışı: a) Dayı Amca c) İyizen d) Öğretmen e) Diğer
25. Tacizcinin amacına ulaşmak için kullandığı yöntemler;
- 1- Mağdurun kendisine yönelik tehdit Ailesine yönelik tehdit
- 3- Mağdura yönelik fiziksel şiddet Mağdura uyuşturucu benzeri madde vererek
- 5- Sevgi, şefkat ile yaklaşmak Hediye olarak kandırmak
- 7- Cinsel olarak uyarmak
26. Cinsel istismarın tipi: 1- Sözlü sataşma 2- Kınma-Okşama 3- Teşvikçilik
- 4- Petting (ırz ve namusa tasaddi) 5-Arka penetrasyon 6-Vajinal penetrasyon
27. Cinsel istismarın zamanı: 1-Gece 2-Gündüz

28. Cinsel istismar sırasındaki durum: 1-Uykuda 2-Uyanık
29. Cinsel tacize aynı kişiden kaç kere maruz kaldı: 1-Bir 2-İki 3-Üç ve ha fazla
30. Cinsel tacize birden fazla maruz kaldı ise kaç kişiden: 1-Bir 2-İki 3-Üç ve ha fazla
31. Bu olayda kendisi dışında maruz kalan: 1- Yok 2- r
32. Bu olayda kendisi dışında maruz kalanlar var ise yapan kişi: 1-Aynı 2-Farklı
33. Daha önce bir başkasının uğradığı tacize şahit oldu mu: 1- Hayır 2- Evet
34. Bu olayı ilk olarak kim anlattı: 1-Kendisi 2-Başkası:

35. Bu olayı ilk olarak kendisi anlattı ise ne kadar süre sonra anlattı :

- 1-Hemen o gün içinde 2- İlk bir ay içinde 3- İlk ay içinde
- 4-İlk bir yıl içinde 5- İlk beş yıl içinde 6-Başka yıldan sonra

36. Bu olayı ilk olarak kendisi anlattı ise hangi sıra ile kimlere anlattı:

- | | <u>Sırası</u> | | <u>Sırası</u> | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Anne | <input type="checkbox"/> | 4-Arkadaş | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2-Baba | <input type="checkbox"/> | 5-Öğretmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3-Diğer aile üyeleri | <input type="checkbox"/> | 6-Doktor, psikolog, PDR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37. Bu olayı ailesine anlatmadı yada geç anlattı ise kendine göre nedeni neydi:

- 1-Ne olduğuna anlam verememe 2-Tacizcinin kendisine zarar vereceği korkusu
- 3-Tacizcinin ailesine zarar vereceği korkusu 4-Ailesinin dağılıcağı korkusu
- 5- Ailesinin kendisini suçlayacağını 6-Anlattı ama aile inanmak istemedi
- 7-Diğer.....

38. Fail yakalandı mı: 1-Hayır 2-Evet

39. Fail yakalandı is ceza aldı mı: 1-Hayır 2-Evet 3-Yakalama süreci devam ediyor

40. Fail ceza aldı ise türü:.....

41. Failin 1- Yaşı:..... 2-Cinsiyeti: a)Erkek b)Kız

42. Daha öncesinde ruhsal hastalık için tedavi gördü mü?

- 1-Mizaç bozuklukları Anksiyete bozuklukları 3-Psikotik bozukluklar
4-Mental Retardasyon Diğer

43. Daha öncesinde fiziksel hastalık için tedavi gördü mü? 1-Hayır 2-Evet

44. Taciz öncesi göç: 1-Yok Altı ay Bir yıl 4-Üç yıl ve daha fazla

45. Göç varsa geldiği yer: 1-Köy Kasaba 3-Şehir 4-İl

46. Taciz sonrası adres değişikliği: 1-Yok 2-Var

47. Taciz sonrası adres değişikliği var ise kim istedi: 1-Kendisi 2- Ailesi

48. Tacizde bulunan kişi aileden biri ise evden uzaklaştırıldı mı? 1-Hayır 2-Evet

49. Mağdur mahkemeye çıkarıldı mı: 1-Hayır Evet

50. Mağdur mahkemeye çıkarıldı ise kim istedi: 1- Kendisi 2- Baskısı

51. Olup bitenlerden dolayı kendini suçlama: 1-Hiç 2-Bazen 3-Çoğu zaman

52. Olup bitenlerden dolayı aileyi suçlama: 1-Hiç 2-Bazen 3-Çoğu zaman

53. Taciz sonrası okul değişikliği: 1-Yok 2-Var

54. Taciz sonrası okul başarısında değişiklik: 1-Azaldı 2-Aynı 3-Değişmedi

55. Taciz sonrası intihar düşüncesi oldu mu: 1-Hiç 2-Bazen 3-Çoğu zaman

56. Taciz sonrası intihar girişimi : 1- var (...) 2- yd

57. Taciz sonrası intihar girişimi dışında kendine zarar verici davranışlar: 1-Yok 2-Var

58. Taciz sonrası tuvalet alışkanlığında değişiklik:

- 1- Var Enürezis 3-İnkontinans 4- Konstipasyon 5- Diyare

59. Taciz sonrası cinsellikle ilgili uğraşlarda değişiklik: 1-Yok 2-Var (.....

60. Taciz sonrası bedensel yakınma: 1- Var 2- Yok

İlişkilerde değişiklik

61. Ebeveyn ilişkileri: 1-Önceden olduğu gibi 2-Daha iyi 3- Daha kötü

62. Kardeş ilişkileri: 1-Önceden olduğu gibi 2-Daha iyi 3- Daha kötü

63. Arkadaş ilişkileri: 1-Önceden olduğu gibi 2-Daha iyi 3- Daha kötü

64. Diğer insanlarla: 1-Önceden olduğu gibi 2-Daha iyi 3- Daha kötü

EK-3: ÇOCUKLARDA TRAVMA SONRASI STRES ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLARDA TRAVMA SONRASI STRES ÖLÇEĞİ

Adı, Soyadı:

Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tarih:.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. A) Kötü rüyalar görüyor musun?

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

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

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

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

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

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

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

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

- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
10. Konuşamayacak yada ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
11. Eskisine göre (olay öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçırıyor musun, yada daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
12. İyi uyuyor musun?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
13. (Olayla ilgili) "Keşke yapsaydım" dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü yada suçlu hissediyor musun? Yada "Keşke yapmasaydım" diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? (Örneğin bir şeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, yada başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için?)
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
14. Olanlarla ilgili duygular ve düşünceler örneğin okulda yada evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
15. Eskisi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toparlayabiliyor musun?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
17. Bir şey sana (olayı) anımsattığında yada düşünmene neden olduğunda gerginlik yada sıkıntı hissediyor musun?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay)dan beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek yada yatağına daha sık çiş, kaka kaçırmak?)
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
19. (Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğin, yada kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?
- 0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

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

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

EK-4: KOVAKS DEPRESYON ÖLÇEĞİ

KOVAKS DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyeti :.....Yaş:..... Tarih.....

Aşağıdaki her cümle grubu için, bugün dahil son 2 hafta içinde size en uygun olan cümleyi işaretleyiniz.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim
3- İşlerim yolunda gidecek
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım
3- Her şeyi yanlış yaparım
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım
2- Bazı şeylerden hoşlanırım
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum
3- Arada sırada kötü bir çocuğum
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişe ederim
3- Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim

- G) 1- Kendimden nefret ederim
2- Kendimi sık beğenmem
3- Kendimi beğenirim
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir
2- Birçok gün içimden ağlamak gelir
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir
- J) 1- Her şey her gün beni sıkır
2- Her şey sık sık beni sıkır
3- Her şey arada sırada beni sıkır
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir
3- Herhangi bir şey hakkında karar veririm
- M) 1- Güzel/yakışıklı sayılırım
2- Güzel/yakışıklı olamayan yanlarım var
3- Çirkinim
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım

- 3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim
3- Oldukça iyi uyurum
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim
- P) 1- Hemen her gün canım yeme yemek istemez
2- Çoğu gün canım yeme yemek istemez
3- Oldukça iyi yemek yerim
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım
- T) 1- Birçok arkadaşım var
2- Birçok arkadaşım var ama daha çok olmasını isterim
3- Hiç arkadaşım yok
- U) 1- Okul başarımlarım iyi
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil
3- Eskiden çok iyi olduğum derslerde çok başarısızım
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum

- 2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum
- 3- Diğer çocuklar kadar iyiyim
- V) 1- Kimse beni sevmez
- 2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim
- 3- Beni seven insanların olduğundan eminim
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım
- 2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım
- 3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim
- 2- İnsanlarla sık sık kavga ederim
- 3- İnsanlarla her zaman kavga ederim

EK-5: DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyeti :.....Yaş:..... Tarih.....

YÖNERGE:Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **o anda** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Bazen	Çok
Tamamiyle			
1. Şu anda sakinim.)	()	()	() (
2. Kendimi emniyette hissediyorum.)	()	()	() (
3. Şu anda sinirlerim gergin.)	()	()	() (
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.)	()	()	() (
5. Şu anda huzur içindeyim)	()	()	() (

6. Şu anda hiç keyfim yok. () () () ()
)
7. Başıma geleceklerde endişe ediyorum. () () () ()
)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum () () () ()
)
9. Şu anda kaygılıyım. () () () ()
)
10. Kendimi rahat hissediyorum. () () () ()
)
11. Kendime güvenim var. () () () ()
)
12. Şu anda asabım bozuk. () () () ()
)
13. Çok sinirliyim () () () ()
)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum. () () () ()
)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum. () () () ()
)
16. Şu anda halimden memnunum. () () () ()
)
17. Şu anda endişeliyim. () () () ()
)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum () () () ()
)
19. Şu anda sevinçliyim. () () () ()
)
20. Şu anda keyfim yerinde. () () () ()
)

EK-6: SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyeti :.....Yaş:..... Tarih.....

YÖNERGE:Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Bazen	Çok
Tamamiyle			
21. Genellikle keyfim yerindedir.)	()	()	() (
22. Genellikle çabuk yorulurum.)	()	()	() (
23. Genellikle kolay ağlarım.)	()	()	() (
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.)	()	()	() (
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.)	()	()	() (
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.)	()	()	() (
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.)	()	()	() (
28. Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim)	()	()	() (
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.)	()	()	() (
30. Genellikle mutluyum.)	()	()	() (
31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.)	()	()	() (
32. Genellikle kendime güvenim yok.)	()	()	() (
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim.)	()	()	() (
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.)	()	()	() (
35. Genellikle kendimi huzurlu hissederim.)	()	()	() (

36. Genellikle hayatımdan memnunum. () () () ()
)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder. () () () ()
)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam. () () () ()
)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım. () () () ()
)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder. () () () ()
)

EK-7: OFFER BENLİK İMGESİ ÖLÇEĞİ

OFFER BENLİK İMGESİ ÖLÇEĞİ (OBİÖ)

Adı, soyadı:.....

Tarih :

Lütfen aşağıdaki her cümleyi okuduktan sonra her ifadenin yanındaki kutulardan size en uygun olan birisinin içine (X) işareti koyunuz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1. Bana çok uygun 2.Bana uygun 3.Bana biraz uygun
4.Bana pek uygun değil 5.Bana çoğunlukla uygun değil 6.Bana hiç uygun değil

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Başka insanlarla birlikteyken birinin benim ile alay edeceğinden korkarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Anne ve babamın gelecekte benimle gurur duyacaklarını sanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Sırf "zevk olsun" diye birine zarar vermeye kalkmam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Kolay tepem atar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Annem ve babam hep başkasının (örneğin kardeşlerimden birinin) tarafını tutarlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Karşı cinsten akranlarım beni sıkıcı bulur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Kendimi genellikle gergin hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Genellikle pikniklerde veya arkadaş toplantılarında kendimi bir yabancı gibi hissedirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Ailem, gelecekte benim yüzümden hayal kırıklığına uğrayacak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Zaman zaman pek kontrol edemediğim ağlama veya gülme nöbetlerine tutulurum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Eğer, kafama koyarsam öğrenemeyeceğim hiçbir şey yok gibidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

12. Genellikle babamın hiçbir işe yaramadığını düşünüyorum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
13. Çoğu zaman kafam karmakarışıktır.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
14. Kendimi tanıdığım insanların çoğundan daha aşağı hissediyorum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
15. Annemi ve babamı anlamak benim için mümkün değil.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
16. Olaylar üzerinde düşünüp, onları sıraya koyup, bir anlam çıkarmaya çalışmakla uğraşmam.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
17. Geçen yıl sağlığım beni çok endişelendirdi.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
18. Açık saçık şakalar bazen komik olur

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
19. Kendi hatam olmayan şeylerden ötürü bile çoğunlukla kendimi suçlarım.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
20. Cinsel organlarım normal büyüklüktedir

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
21. Genellikle mutluyum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
22. Eleştirileri kırılmadan kabul ederim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
23. Bazen kendimden öyle utanırım ki, hemen bir köşeye saklanıp ağlamak isterim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
24. Gelecekte mesleğimden gurur duyacağımdan eminim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
25. Duygularım kolayca incinir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
26. Arkadaşlarımla birinin başına çok kötü bir iş geldiğinde ben de üzülürüm.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
27. Kendimin de hatalı olduğunu bilsem bile suçu başkasına yıkarım.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
28. Gelecekteki halimi gözümün önünde canlandırdığımda bu, beni tatmin ediyor.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
29. Çoğu zaman kendimi duygusal açıdan boş hissedirim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
30. Çalışmak yerine aylaklık etmeyi tercih ederim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
31. Her zaman doğru söylemek hiç de gerekli değildir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
32. Rekabetçi bir toplum içinde yaşıyoruz ve ben bundan korkmuyorum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
33. Annem ve babam genellikle iyi geçinirler.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
34. Başka insanların benden pek hoşlanmadıklarını düşünüyorum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
35. Yeni arkadaşlıklar kurmakta çok zorluk çekerim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
36. Çok fazla huzursuzum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
37. Bazen beni kızdırsa da annemin ve babamın disiplinli olmasını doğru buluyorum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

38. Bir başka insanla birlikte çalışmaktan hiç hoşlanmam.

39. Bedenimin dış görünüşünden gurur duyuyorum.

40. Zaman zaman gelecekte ne tür bir iş yapacağım diye düşünürüm.

41. Baskı (stres) altındayken bile ben sakin kalmayı becerebilirim.

42. İleride, bir aile kurduğumda bu ailenin bazı açılardan kendi aileme benzeyeceğini düşünüyorum.

43. Yaşamaya devam etmektense, ölmenin daha iyi olacağını sık sık düşünüyorum.

44. Yeni arkadaşlıklar kurmak bana çok zor gelir.

45. Hayatımın kalan kısmında, bir işte çalışmaktansa başkaları tarafından geçindirilmek isterim.

46. Ailemde kararlar verilirken benimde söz hakkım olduğunu hissedirim.

47. Yanlışlarımın düzeltilmesini dert etmem, çünkü bundan yeni bir şey öğrenebilirim.

48. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

49. Kendim bir şeyler elde ediyorsam, davranışlarımın başkalarını nasıl etkileyeceği beni ilgilendirmez.

50. Yaşamayı seviyorum.

51. Ruh durumumda büyük bir iniş çıkış yoktur.

52. İyi yapılmış bir iş bana zevk verir.

53. Annem ve babam bana karşı genellikle sabırlıdır.

54. Beğendiğim insanları taklit etmek zorundaymışım gibi geliyor.

55. Kendi çocuklukları mutsuz geçmişse, anne babalar çok sıklıkla çocukları anlamazlar.

56. Yaşıtlarımla beraber olmaktansa, yalnız olmayı tercih ederim.

57. Bir şeyi yapmaya karar verince, muhakkak yaparım.

58. Kızların, oğlanların (karşı cinsin) beni çekici bulduklarını düşünüyorum.

59. Başkalarından öğreneceğim çok şey olduğunu hissediyorum.

60. Seks filmlerine gitmem.

61. Sürekli olarak bir şeyden ürküyorum.

62. Çok sıklıkla "Hiç de olmak istediğim gibi biri değilim." diye düşünürüm.

63. Elimden geldiğinde arkadaşlarıma yardım etmeyi severim.

64. Yeni bir durumla karşılaşacağımı bilirsem, o durum hakkında önceden, mümkün olduğu kadar çok bilgi toplamaya çalışırım.

65. Genellikle, kendimi evde bir fazlalık gibi hissediyorum.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

66. Eğer başkaları benimle aynı fikirde olmaz, beni desteklemezlerse, fena halde canım sıkılır.
67. Anne babamdan birisini diğerinden çok daha fazla seviyorum.
68. Başka insanlarla birlikte olmak hoşuma gider.
69. Eğer bir konuda başarısız olursam, tekrar başarısız olmamak için neler yapabileceğimi anlamaya çalışırım.
70. Genellikle kendimi çirkin hisseder, çekici olmadığımı düşünürüm.
71. Cinsel konularda kendimi geri (cahil ve tecrübesiz) hissediyorum.
72. Hiç boş durmadığım halde işlerimi, bir türlü bitiremiyorum.
73. Diğer insanlar bana baktıklarında, herhalde vücudumun pek iyi gelişmemiş olduğunu düşünüyorlardır.
74. Annem ve babam benden utanıyorlar.
75. Geçek olanla hayal ürünü olanı birbirinden ayırabileceğime inanıyorum.
76. Cinsel konuları düşünmek veya konuşmak beni ürkütür.
77. Kendimi güçlü ve sağlıklı hissediyorum.
78. Üzgün olduğum zaman bile iyi bir fıkraya gülebilirim.
79. Genellikle vaktimin çoğunu evden uzak geçirmeye çalışıyorum.
80. Hayatı, çözümü olmayan sonsuz sayıda problemler dizisi olarak görüyorum.
81. Kendi kararlarımı verecek yetenekte olduğumu hissediyorum.
82. Yıllardır anne babama kin besliyorum.
83. Gelecekte, kendi sorumluluklarımı üstlenmeyi beceremeyeceğimden eminim.
84. Hiçbir yeteneğimin olmadığını düşünüyorum.
85. Başıma geleceğinden emin olduğum bir olayla nasıl başa çıkabileceğim konusunda önceden hazırlık yapmam (Başıma geldikten sonra düşünürüm).
86. Annem ve babam genellikle benden memnundurlar.
87. Yeni arkadaşlıklar kurmakta zorluk çekmem.
88. Zor meseleleri çözmeye çalışmaktan zevk almam.
89. Okul ve ders çalışmak benim için pek önemli değil.
90. Cinsel yaşantıları zevk verici buluyorum.
91. Genellikle annemin hiç bir işe yaramadığını düşünürüm.
92. Karşı cinsten bir arkadaşımın olması benim için önemlidir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	
---	---	---	---	---	--

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

93. Kalleşlik yapan kişilerle ahbablığımın olmasını istemem.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

94. İnsan kendi geleceğiyle ilgili olarak biraz endişe duyarsa, geleceğini daha iyi bir duruma getirebilir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

95. Cinsel konular sık sık aklıma gelir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

96. Kendimi genellikle kontrol altında tutarım.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

97. Katıldığım eğlence ve arkadaş toplantılarının çoğundan zevk alırım.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

98. Sebebini anlayamadığım korkularım pek fazla yoktur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

99. Kendimi sıklıkla hüzünlü, kederli hissedirim.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

KAYNAKLAR

- 1- Babiker G, Herbert M. Critical issues in the assessment of child sexual abuse. *Clinical Child and Family Review* 1998;1: 231–51.
- 2- Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M (eds). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. 2nd edition. Baltimore: MA; Williams & Wilkins: 1996. 1041- 48.
- 3- Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse Neglect* 1988;12:3-23.
- 4- Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları 2002;85-97.
- 5- Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Neglect* 2005; 29:269-84
- 6- Kairys SW, Alexander RC, Block RW et al. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999;103:186-191.
- 7- Teegen F. Çocukların cinsel istismarı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1991;28(2-4):66-72.
- 8- Yates A. Sexual abuse of children. In: Wiener JM (eds). *Textbook of child adolescent psychiatry: 2nd edition*. Washington: American Psychiatric Pres; 1997. 699-709.
- 9-Smith M,Bentovim A.Sexual abuse.*Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M,Taylor E,Hersov L (eds).Third Edition, New york:Science Ltd;1994. 230-43.
- 10- Finkelhor D. Children as victims of violence: A national study. *Pediatrics* 1994;94:413–420.
- 11- Halperin P, Bouvier PD, Jaffe RL, Mounoud CH at al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional survey. *British Medical Journal* 1996;312:1326–9.
- 12- Walrath C, Ybarra M, Holden EW, et al. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse Neglect* 2003;27:509-24.
- 13- Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimisation: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction* 1996;91:565–81
- 14- Peschers UM, Du Mont J, Jundt K. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstet Gynecol* 2003;101:103–8.

- 15- Keane FE, Young SM, Boyle HM. The prevalence of the previous sexual assault among routine female attenders at a department of genitourinary medicine. *Int J STD AIDS* 1996;7:480-4.
- 16- Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud PA. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatr* 1998;87:212-7.
- 17- Hausermann J and Vizard P. Violence against women, a crime against humanity. *Entre Nous* 1995;12:30-1.
- 18- Putnam FW. Ten-year research update review. Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:269-78.
- 19- Koten Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirimi. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri kitabı. Ankara: GATA; 1996.154
- 20- Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal MK, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(2):69-78.
- 21- Spencer N, Devereux E, Wallace A at al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 2005;116:609-13.
- 22- Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Neglect* 2005;29:107-33.
- 23- Polat O. Cinsel istismar. Çocuk ve Şiddet içinde. İstanbul: Der Yayınlar; 2001. 207-314.
- 24- Johann FK, Christian T, Verena G, Wilfried B. Family background and sexual abuse associated with eating disorders, *American Journal of Psychiatry* 1994;151:1127-31.
- 25-Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Peka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001:a longitudinal, prospective study.*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;120(2):217-21.
- 26- Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse Neglect* 2004;28(10):1035-48.
- 27- Taneli S, Albayrak EC, Sivrioğlu EY. Küçük çocuğun cinsel tacizi ve tanı zorlukları. Ekşi A (eds). *Ben Hasta Değilim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1999. 531-41.

- 28- Muwanigwa V. Child abuse demands more preventive measures, Harare, Zimbabwe (Southern Africa News Features Southern African Research and Documentation Center);1996.
- 29- Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse Neglect* 2000;24 (2): 273–87.
- 30- Türk Ceza Kanunu. Kanunlar serisi. İstanbul:Remzi kitapevi 1997:436-47.
- 31- Yeni Türk Ceza Kanunu. Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar Altıncı Bölüm. Resmi Gazete 2004. 25611.
- 32- Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect* 1997;21:391–8.
- 33- Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatrics in Review* 1996;17 (7):236-49.
- 34- Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza AJ. Behavioral problems in young sexually abused boys. *J Interpersonal Violence* 1988;3:21-8.
- 35- Thakkar RR, Gutierrez PM, Kuczen CL, McCanne TR. History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. *Child Abuse Neglect* 2000;24:1345–54.
- 36- Kaplan MJ, Klinetob NA. Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:596–601.
- 37- Heffernan K, Cloitre M. A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* 2000;188: 589–95.
- 38- Romans SE, Gendall KA, Martin JL, Mullen PE. Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord* 2001;29: 380–92.
- 39- Everson MD, Boat BW. Sexualized doll play among young children: implications for the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29 (5):736-42.
- 40- Green AH. Child sexual abuse: immediate and long-term effects and interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32 :890-902.

- 41- Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:258-64.
- 42- Topçu S, (eds). *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı*. Ankara: Doruk Yayıncılık; 1997.
- 43- Summit R. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect* 1983;7:177-93.
- 44- Elliott DJ, Tarnowski KJ. Depressive characteristics of sexually abused children. *Child Psych Hum Dev* 1990;21:37-48.
- 45- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993;163:721-32.
- 46- Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in later life. *Br J Psychiatry* 1991;159:115-22.
- 47- Stein M, Walker J, Anderson G. Childhood physical and sexual abuse and with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996;153:275-77.
- 48- Deblinger E, McLeer SV, Atkins M, Ralphe D, Foa E. Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Int J Child Abuse Neglect* 1989;13 (3):403-8.
- 49- Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:887-92.
- 50- Adams J, McClellan J, Douglass D, McCurry C, Storck M. Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse Neglect* 1995;19:555-68.
- 51- Friedrich WN, Grambsch P. The child sexual behavior inventory: normative and clinical findings. *Psychol Ases* 1992;4:303-11.
- 52- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Neglect* 1990;14 (1):19-28.
- 53- Rogers CN, Terry T. Clinical interventions with boy victims of sexual abuse. In: Stuart IR and Greer JR (eds.) *Victims of Sexual Aggression: Treatment of children, Women and Men*. New York:Van Nostrand Reinhold press;1984
- 54- Romans S. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995;152:1336-42.

- 55- Silk K. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1995;152:1059-64.
- 56- Heins T, Gray A, Tennant M. Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Aust NZ J Psychiatry* 1990;24:561-65.
- 57- Singer MI, Patchers MK, Hussey D. The relationship between sexual abuse and substance abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse Neglect* 1989,13(3):319-25.
- 58- Helzer JE, Robins LN, Mc Evoy L. Posttraumatic stres disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;36:1503-11.
- 59- Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Türkiye Sinir ve Ruh Hastalıkları Derneği Yayını. Ankara;1993.
- 60- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stres disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
- 61- Frederick CJ. Chidren traumatized by catastrophic situations. In: Eth S, Pynoos RS (eds). *Posttraumatic Stres Disorder in Children.*, Washington DC: American Psychiatric Press;1985. 71-100.
- 62- Garrison CZ, Bryant ES, Addy CL at al. Posttraumatic stres disorder in adolescents after Hurricane Andrew. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1193-201.
- 63- Perry BD, Azad T. Posttraumatic stres disorder in childrenand adolescents. *Current Opin Pediatr* 1999;11:310-6.
- 64- Kılıç EZ, Oğuz TF. Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1999;6(3)172-81.
- 65- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4 th edition. Washington DC: American Psychiatric Association;1994
- 66- Markwort MS, Marutt K, Reidesser P. A Synopsis of Classlfications of Mental Disorders. *Cross-walk ICD-10-DSM-IV-TR*,19. 2003.
- 67- Cohen JA, Bernett W, Dunne JE. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(10):4-26.

- 68- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA. Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:191-200.
- 69- Yorbık Ö, Türkbay T, Ekmen M, Demirkan S, Söhmen T. Çocuk ve ergenlerde depremle ilişkili travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1999;6:158-64.
- 70- Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20.
- 71- Famularo R, Fenton T, Augustyn M, Zuckerman B. Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse Neglect* 1996;20(12):1245-8.
- 72- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 1993;113:164–80.
- 73- McLeer S, Dixon JF, Henry D, Ruggerio K at all .Psychopathology in non-clinic referred sexually abused children.*Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:1326–33.
- 74- King NJ, Heyne D, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Rollings S, Ollendick TH. Sexually Abused Children Suffering From Posttraumatic Stress Disorder: Assessment and Treatment Strategies. *Cognitive Behaviour Therapy* 2003;32:2–12.
- 75- Cohen JA, Bernett W, Dunne JE. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(10):4-26.
- 76- Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1503-11.
- 77- Avcı A, Tahiroğlu YA. Cinsel İstismar. Soykan AA, Işık TY, (eds). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Asimetrik Paralel;2007;719-27.
- 78- Hamner MB, Robert S. Emerging roles for atypical antipsychotics in chronic post-traumatic stress disorder. *Expert Rev Neurother* 2005;5:267-75.
- 79- Erden G, Kılıç E.Z, Uslu R, Kerimoğlu E. Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği. Türkçe Geçerlilik, Güvenirlilik Ön Çalışması *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1997;6(3):143-50.

- 80- Pynoos RS , Frederick C, Nader K. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. J Am Acad child Psychiatry 1987;44:1057-63.
- 81-Covacks M. The Children Depression Inventory (CDI). Psychopharmacological Bulletin 1985;21:995-8
- 82- Öy B. Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği: Sağlıklı ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran çocuklarda Uygulanması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:137-40.
- 83- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD. STAI Manual. Palto Alto, Calif:Consulting Psychologist Pres;1970)
- 84-Öner N, Le Compte A (ed). Süreksiz durumluluk/ sürekli kaygı envanteri el kitabı. İkinci baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.1-26.
- 85- Offer D, Ostrov E, Howard KI, Dolan S. A manual fort te Offer Self-İmage Questionnaire for adolescents (OSIQ) 4th edition. Michael Reese Hospital, Chicago;1989
- 86- İnanç B. Offer Öz-İmaj ve Edwards Kişisel Tercih Envanterleri arasındaki ilişki. İnsan Bilimleri Dergisi 1989;6:35-45
- 87- Renteria SC. Summary: sexual abuse of female childre and adolescent-detection, exeminationand primary care. Ther Umsch 2005;62:230-7.
- 88- Plant M, Miller P. Chilhood and adult sexual abuse:relationships with 'addictive' or 'problem' behaviours and health. J Addict Dis 2005;24:25-38.
- 89- Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obstet Gynecol 2000;2:349-55.
- 90- Finkelhor D. Child Sexual Abuse. New Theory and Research. New York: Free Pres;1984.
- 91- Wurtele SK. School-based sexual abuse prevention programs: A Review. Child Abuse Neglect 1987;11:483-95
- 92- Yalın A, Kerimoğlu E, Erman H. Okul Öncesi Çocuklarda Cinsel istismarı Önleme Programı: Ana Babaların Tutum, Görüş ve Davranışlarının Taranması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1993;2(1):19-28.

- 93- Adams JA, Harper K, Knudson S et al. Exemination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94:310-7.
- 94- Ekizoğlu O, Sözen Ş. Cinsel istismar ve çocuk. Tüzün DÜ, Hergüner S, (ed). *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık;2007. 499-516.
- 95- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Neglect* 1997;21:789-803.
- 96- Bernet W. Çocuğa Kötü Muamele. Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın S, Bozkurt A (çev. ed). Ankara: Güneş Kitabevi;2007;3412-25.
- 97- Bendixen M, Muus KM, Schei B. The impact of child sexual abuse; a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Neglect* 1994.18(10):837-47
- 98- Costelo EJ, Angold A. Epidemiology. In March JS (ed.) *Anxiety Disorder in Children and Adolescents*. New York: Guilford Pres;1995.109-24.
- 99-. Ahmadkhaniha HR, Shariat SV, Torkaman S, at all. The Frequency of Sexual Abuse and Depression in a Sample of Street Children of One of Deprived Districts of Tehran. *Journal of Child Sexual Abuse*. Binghamton;2007;16;4- 23
- 100- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996. 35(10):1365-74.
- 101- Stein M, Walker J, Anderson G. Childhood physical and sexual abuse and with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996;153:275-77.
- 102- Orozco R, Borges G, Benjet C, at all. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Publica Mex*. 2008;50(1): 29-37
- 103-Heffernan K, Cloitre MA. Comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* 2000;188: 589–95.

- 104- Deblinger E, McLeer SV, Atkins M, Ralphe D, Foa E. Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Int J Child Abuse Neglect* 1989;13 (3):403-8.
- 105- Ackerman PT, Newton JE, McPherson WB, et al. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children. *Child Abuse Neglect* 1998;22[8]:759-74.
- 106- Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, et al. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1305-10.
- 107- Silva RR, Alpert M, Munoz DM, Singh S, Matzner F, Dummit S. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2000 Aug;157(8):1229-35
- 108-Tahiroğlu AY, Avcı A. Yatarak Tedavi Alan İstismar Olgularının Takip Bulguları. 17. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İzmir;2007.124
- 109- Fidan T, Ozan E, Algül S ve ark. Adli Değerlendirme İçin Getirilen Cinsel İstismara Uğramış Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Tanılar. 17. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İzmir;2007.131.
- 110-Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(1):46-9.
- 111- Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):520-8.
- 112- Curran PS, Bell P, Murray A, Loughrey G, Roddy R, Roche LG. Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *Br J Psychiatry* 1990;156:479-82.
- 113- Bramsen I, Dirkzwager AJ, van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am J Psychiatry* ;2000;157(7):1115-9.
- 114- Cardozo BL, Vergara AI, Agani F, Gotway CA. Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo. *JAMA*, 2000; 284: 569 - 577.

- 115-Godeau E, Vignes C, Navarro F, Iachan R, Ross J, Pasquier C, Guinard A. Effects of a large-scale industrial disaster on rates of symptoms consistent with posttraumatic stress disorders among schoolchildren in toulouse. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159(6):579-84.
- 116- Çakaloz B, Ünlü G, Aydın E ve ark. Cinsel istismar Olgularının Sosyodemografik Özellikleri ve Ruhsal Tanıları. 17. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İzmir;2007.151.
- 117- Corder BF, Haizlip T, DeBoer P. A pilot study for a structured, time-limited therapy group for sexually abused pre-adolescent children. Child Abuse Neglect 1990;14(2):243-51.
- 118- Akduman GG. Çocuklarda Akran İstismarı ve Benlik Saygısı İlişkisi. Adli Psikiyatri Dergisi 2008;5(1):5-10.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ' ye, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI' ya, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN' a teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmamın istatistiksel analizinin planlanmasında ve tezimin şekillenmesinde büyük yardımını gördüğüm Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ' ye teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmamın istatistiksel analizinin her aşamasında büyük yardımını gördüğüm Arş. Gör. Çağatay BÜYÜKUYSAL' a ve hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşirelere, sağlık memurlarına ve personel ekibine teşekkür ederim.

Çalışmaya katılan tüm cinsel istismar mağdur ve ailelerine, iyi bir hekim olarak yetişmem için bana her türlü olanağı sunan ve manevi desteğini eksik etmeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mahmut DEMİR

ÖZGEÇMİŞ

Mart -1976 'da Gaziantep'in Nizip ilçesine bağlı Arıkdere (Germiş) köyünde doğdum. İlköğrenimimi Arıkdere Köyü İlköğretim Okulu'nda başlayıp Nizip Yatılı İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Gaziantep Atatürk Lisesi'nden mezun olduktan sonra 1996 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne girdim ve 2002 yılında aynı üniversiteden mezun oldum. Haziran 2003'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitime başladım.