

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Işık GÖRKER

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK VE ERGEN
PSİKİYATRİSİ POLİKLİNİĞİNE ADLİ OLARAK
YÖNLENDİRİLEN CİNSEL İSTİSMAR
OLGULARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Leyla BOZATLI

EDİRNE-2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında sevgi ve yardımını benden esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, asistanı olmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Işık GÖRKER'e, eğitimime katkısı bulunan Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine, asistanlığım süresince sorunlara farklı açılardan bakmamı sağlayan ve bu zorlu süreçte de daima yanımda olan arkadaşım Dr.Volkan ŐAN'a, kliniğimizde birlikte çalışmaktan keyif aldığım, tez sürecinde de desteklerini her zaman hissettiğim Çocuk Psikiyatrisi ekibine, bu süreçte ihmal ettiğimi düşündüğüm güç ve neşe kaynağım biricik oğlum Mehmet Efe BOZATLI'ya ve beni her zaman destekleyip yanımda olan eşim ve aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
TARİHÇE.....	3
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ İLE İLİŞKİLİ TANIMLAR	4
SINIFLANDIRMA	8
TÜRKİYE’DE CİNSEL İSTİSMAR İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER...8	
EPİDEMIYOLOJİ.....	9
ETİYOLOJİ	11
CİNSEL İSTİSMARLA İLİŞKİLİ NÖROBİYOLOJİK FAKTÖRLER	14
KLİNİK DEĞERLENDİRME	15
TEDAVİ.....	25
KORUYUCU ÖNLEMLER.....	27
GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
BULGULAR	30
TARTIŞMA	53
SONUÇLAR.....	65
ÖZET	68
SUMMARY	69
KAYNAKLAR.....	70
EKLER	

KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ACTH** : Adrenocorticotrophic Hormone (Adrenokortikotrop hormon)
- ASB** : Akut Stres Bozukluğu
- AST** : Akut Stres Tepkisi
- Cİ** : Cinsel İstismar
- CRH** : Corticotropin Releasing Hormone (Kortikotrop salgılatıcı hormon)
- ÇHS** : Çocuk Hakları Sözleşmesi
- DSM-IV-TR** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-
Text Revision (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-
Dördüncü baskı-gözden geçirilmiş tam metin)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HPA** : Hypothalamic Pituitary Axis (Hipotalamus-hipofiz aks)
- ICD-10** : International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası
Sınıflandırılması-10)
- ISPCAN** : International Society for Prevention Child Abuse and Neglect (Uluslararası
Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği)
- MDB** : Major Depresif Bozukluk
- MR** : Mental Retardasyon
- SED** : Sosyoekonomik Düzey
- SHÇEK** : Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
- TCK** : Türk Ceza Kanunu

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF : United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)



GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi kadar eski olduğu bilinen ve insanlığın en önemli sosyal yaralarından biri olan çocuk istismarı ve ihmalinin toplumlardaki boyutu iyi bilinmeyen, genellikle gizli kalan, mağdurlarının dile getirmekten çekindiği bir sağlık sorunudur (1). Çocuk ve ergenlerde kısa ve uzun dönemde olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinen ihmal ve istismar, toplumun en küçük yapıtaşı olan aileden başlayarak sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanları da dahil olmak üzere tüm toplumu derinden etkilemektedir (2).

Çocuğa ya da ergene yönelik cinsel istismar (Cİ) iki şekilde tanımlanmaktadır: 1. Çocuk ya da ergenin onayı olmadan zorlama, tehdit, hile ya da kandırma sonucu oluşan her türlü eylem, 2. Rıza yaşının altındaki çocuğun cinsel açıdan olgun bir yetişkinin cinsel doyumuna yol açacak bir eylem içinde yer alması veya bu duruma göz yumulması (3,4).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV'te (DSM-IV-TR) çocuğun cinsel istismarı, "kötüye kullanma ya da ihmal etme ile ilişkili sorunlar" başlığı altında ele alınmaktadır (5).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10 (ICD-10) ise çocuğun Cİ'sini; çocuklukta olumsuz yaşam olayları ile ilgili sorunlar başlığı altında ele almakta; çocuğun birincil destek grubu içinde veya dışındaki bir kimsenin, onu cinsel bakımdan kötüye kullandığı kanısı ile ilgili sorunlar olmak üzere iki grupta değerlendirmektedir (6).

Çocukluk Cİ'sinin psikiyatrik etkilerini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan bazıları Cİ'nin çocukluk döneminde görülen etkilerini değerlendirirken, bir kısmı ise Cİ'nin erişkinlikteki yansımalarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Birçok çalışma hem çocukluk dönemi hem de erişkin dönemde Cİ'yi birtakım psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirmiştir (7-11). Cİ mağdurunun yaşı, istismarın şekli ve şiddeti, mağdurun cinsiyeti,

istismarcının cinsiyeti ve yaşı, fiziksel istismarın eşlik edip etmemesi ve istismar sayısı, sıklığı ve süresi gibi etkenlerin sonuçları etkilediği düşünülmektedir (11-13).

Çalışmamızda; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne 2008-2013 yılları arasında adli olarak yönlendirilen Cİ mağduru çocuk ve ergenlerin bireysel, ailesel ve Cİ ile ilgili sosyo-demografik özelliklerini tanımlamayı; bireysel, ailesel özellikleri ile istismara ait özellikleri arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi; ve son olarak, bireysel, ailesel ve istismarla ilişkili değişkenlerle psikiyatrik tanıların etkileşimini değerlendirerek bulgularımızı literatür ışığında tartışmayı amaçladık.



GENEL BİLGİLER

TARİHÇE

Cinsel istismar insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen, bu konunun ortaya çıkarılması ve konuşulup araştırmaların yapılması çok yakın zamanlarda gerçekleşebilmiştir. Ensest bazı istisnalar dışında binlerce yıllık bir tabudur. Sofokles'in Kral Oedipus trajedisinde Oedipus'un istemeden babasını öldürüp annesiyle evlendiği ve gerçeği öğrenince de gözlerini kör ederek kendini cezalandırdığı anlatılmaktadır. İskoçya'da en eski olarak bilinen Dikten kavminde erkeğin kız kardeşinden bir çocuk sahibi olmasından ve üvey oğulların üvey annelerinden çocuk sahibi olmalarının doğal karşılanmasından söz edilmekte, eski Mısırlıların kardeşler arası evliliği yeğlediklerinden, firavunların kardeşleriyle evlenmelerinin tanrısal sığfata en uygun evlilik olarak kabul edildiğinden bahseden yayınlar bulunmaktadır (14).

Eski Yunan mitolojisinde iki kardeş tanrı Zeus ile Hera'nın cinsel ilişkide bulunmaları çok doğal bir olay olarak anlatılmaktadır. Yine eski Yunanistan ve Roma' da yetişkinler ile çocuklar arasında gerçekleşen cinsel ilişkinin kabul edilebilir bir davranış olduğu bilinmektedir. Kraliyet ailelerinin saflığının korunması adına Peru, Mısır ve Japonya'da enseste izin verildiğinden bahsedilmektedir. Soygeliminin baba soyundan takip edilmeye başlanması, tek eşliliğın gelişmesi, mirasta çocukların öncelik kazanması, kadınların da mirasçı olarak kabul edilmesiyle birlikte çok eşlilik ve çok yakın akrabayla olan evliliğe yönelik yasaklar artmıştır (14).

Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu 1860'larda dövölerek öldürölen 32 çocukta saptadığı otopsi bulguları ışığında Cİ ile ilgili ilk tıbbi tanımlamayı yapmıştır (15). Bernard ve Brouardel isimli Fransız doktorlar, Tardieu ile aynı dönemde bu sorunu gündeme getirmeye çalışmışlar, ancak başarılı olamamışlardır. Yirminci yüzyılda, Sigmund Freud

Cİ'nin üstündeki örtüyü kaldırmayı denemişse de, sonrasında yetişkinler tarafından çocuklara yapılan Cİ'nin, çocukların hayal veya fantezileri sonucu gelişen, gerçek olmayan bir olay olduğunu belirterek geri adım atmıştır. Cİ'nin gerçek olmayan bir olay olduğunu düşünmenin, gerçeklerden daha kolay kabul gördüğü bildirilmektedir. 1960 ile 1970 yılları arasında başlayan kadın grup hareketleri ile, toplumun ve bu konu ile ilgili uzmanların Cİ üzerine olan dikkatleri daha çok çekilerek çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (14).

Kempe 1962 yılında ilk kez hırpalanmış çocuk (battered child) terimini kullanmış, ancak daha sonra bu terimin yerini çocuk istismarı (child abuse) terimi almıştır (16-18). 1977 yılında Kempe Cİ'yi "gizli kalmış çocuk sorunu" olarak belirttikten sonra tüm dünyada bu konu ile ilgili farkındalık artmıştır (19). Aynı yıl Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN) kurulmuş olup derneğin kuruluş amaçlarından olan ve çocuk istismarı ve ihmali alanında yapılan araştırmaları yaygınlaştırmanın ve desteklemenin bir aracı olan Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmal Dergisi (International Journal of Child Abuse and Neglect) yayın hayatına başlamıştır (20).

Günümüze uzanan süreç içinde en önemli gelişme, 20 Kasım 1989 tarihli Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'dir. Çocuk istismar ve ihmali, Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)'nde önemli yer tutmaktadır. Uluslararası hukuk açısından bağlayıcı güce sahip hukuksal bir metin olan bu sözleşmenin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri, çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesiyle ilgilidir (21). Ülkemizde ÇHS, 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve uygulanmaya başlamıştır (22).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ İLE İLİŞKİLİ TANIMLAR

İstismar ve ihmal kavramları farklı disiplinlerde çalışan araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Sağlık alanında çalışan hekimler, hemşireler istismar ve ihmal kavramlarını tıbbi açıdan değerlendirirken, sosyal alanlarda çalışan araştırmacılar da çocuğun bakımından sorumlu olan sistemler ve kişileri değerlendirmektedirler. Hukukçular ve güvenlik güçleri için ise, istismar olgusunda suç ya da masumiyet delilleri ön planda gelmektedir (23).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar olarak tanımlamaktadır. Yapılan bu tanımda, yetişkinin niyetinden çok eylemin çocuk üzerindeki etkisinin önem taşıdığı, amaçtan çok sonuçların önemsendiği görülmektedir (24,25). Çocuk ihmali ise, başta anne ve baba olmak üzere,

bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaki ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (21). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olay olmasıdır (26).

Çocuk istismarının değerlendirilmesi; fiziksel istismar, duygusal-psikososyal istismar, Cİ ve çocuk ihmali olmak üzere dört ana başlık altında yapılmaktadır (27,28). Bazı kaynaklarda, bilinen bu 4 ana başlık dışında çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli işgücü olarak çalışması veya çalıştırılmasını tanımlayan “ekonomik istismar”dan da söz edilmektedir (29). Çocuk istismarı türleri dikkate alındığında, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ve ihmal ayrı ayrı muayene edilmesi gerektiğinden söz edilmektedir (30).

İhmal

İhmal, çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin, çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından, daha geniş anlamda da sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik kurumları ile devlet tarafından karşılanmamasıdır. İhmal; fiziksel, duygusal, eğitsel ve tıbbi ihmal olarak da değerlendirilebilmektedir (31). Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk ya da yetersizlik “fiziksel ihmal” olarak tanımlanmaktadır (21,28). Fiziksel ihmal başlığı altında çocuk için gerekli sağlık hizmetlerinin verilmemesi ya da geciktirilmesi, fiziksel hastalıkların ve yaralanmaların önemslenmemesi, aşıların yaptırılmaması, çocuğun yalnız bırakılması, evden kovulması, yeterince beslenmemesi, temizlik ve hijyen konusunda bakımın yeterince sağlanmaması, zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi pek çok durum yer almaktadır (32). Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması, bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlık durumunu da etkilediğinden, doğmamış bebeğin ihmali de fiziksel ihmalin özel bir türü olarak ele alınmaktadır (28,33).

Çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, destek ve denetimden yoksun bırakılması “duygusal ihmal”, 2 yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlayan çocuğa karşı yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması “cinsel ihmal”, ekonomik olanakların yeterli olmasına karşın bir çocuk için gerekli ve yaşına uygun tıbbi bakımın sağlanmasında yetersizliğin olması “tıbbi ihmal”, çocuğun zorunlu okul çağında olmasına

rağmen okula gönderilmemesi, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalınması, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi, okuldaki uzun süreli devamsızlığına izin verilmesi, “eğitim ihmali” olarak tanımlanıp ele alınmaktadır. Ancak bunları birbirinden ayırmak oldukça zordur (28,33).

Fiziksel İstismar

Çocuğa bir başkası tarafından uygulanan ve fiziksel hasara neden olan ya da fiziksel hasara neden olma olasılığı yüksek olan eylemlerin tümü fiziksel istismardır (34). Çocuğa, bakım veren tarafından kasten, isteyerek zarar verilmesi ve kaza dışı çocuğun hasar görmesi söz konusudur (35,36). En yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay istismar tipi olan fiziksel istismarda, bir tokattan başlayıp çeşitli objelerin kullanılmasına kadar giden cezalandırma yöntemleri uygulanmaktadır (23). Fiziksel istismar ele alınırken, çocuğu disipline etmekte kullanılan yöntemlerin istismar edici olup olmadığı kültürel faktörler bağlamında değerlendirilmelidir (16).

Duygusal İstismar

Duygusal istismar ve ihmal UNICEF (United Nations Children’s Fund) tarafından çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişkilerden ve kaynaklardan sürekli yoksun bırakılması, çocuğu sürekli olarak doğaüstü güçlerle sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa bağırarak, azarlamak, başkaları ile kıyaslamak, küçük düşürmek, alay etmek, ad takmak ya da çocuktan yaşına uygun olmayan beklentilerde bulunmak gibi davranışlar duygusal istismar örnekleridir (26). Duygusal istismar, fiziksel olmayan ancak çok ağır olan cezalar ya da tehditleri içerirken, duygusal ihmal, yeterli duygusal desteğin sağlanmadığı, ilgi ve sevginin gösterilmediği ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin verilen bir durumdur (37,38). Duygusal istismar, fiziksel bulgularının olmaması sebebiyle tanımlanması en zor ancak en sık rastlanan istismar türü olarak belirtilmekte ve dikkatlice araştırıldığında diğer istismar türlerine duygusal istismarın da sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (23).

Cinsel İstismar

Çocuklarda Cİ, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerinin karşılanması için güç kullanılarak, tehdit ya da

kandırma yolu ile veya bir çocuğun gelişim düzeyi itibarıyla algılayamayacağı, onay veremeyeceği ve hazır olamayacağı bir cinsel duruma/ilişkiye dahil edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (39-41). Cİ'de olayı istismar olarak değerlendirebilmek için kurban ve istismarcı arasında en az 5 yaş fark olması gerektiğini vurgulayan araştırmacıların yanısıra, teşhircilik, sözel saldırı gibi davranışların yaş sınırı gözetmeksizin istismar olarak değerlendirilmesini önerenler de bulunmaktadır (12-13). Yine bir başka tanıma göre Cİ, 18 yaşından küçük çocuk ya da ergenin, kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az iki yaş büyük bir aile bireyi tarafından, okşamaktan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir düzeyde cinsel yakınlığa hedef olmasıdır. Cinsel organlarını çocuğa göstermekten, çocuğu soyunmaya ya da belirli beden bölgelerini göstermeye zorlama, genital organları elleme, elle ya da ağızla uyarma, vajinal ya da anal ilişki kurma, çocuğu fahişeliğe itme ya da pornografi amacıyla kullanmaya kadar uzanan her türlü eylem Cİ kapsamında yer almaktadır (42). İstismar, çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa, bu durum ensest olarak tanımlanmaktadır (16). Çocuklarda Cİ'nin; temas içermeyen istismar (cinsel öneri, seksi konuşma ve yorumlarda bulunma, teşhircilik), röntgencilik, cinsel organlara dokunma, oral seks (oral-vajinal, oral-penil, oral-anal ilişki), interfemoral ilişki (çocuğun bacakları arasına penisin yerleştirilmesi), cinsel penetrasyon (anal, genital, parmak, cisim), cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu) olarak yedi gruba ayrıldığı görülmektedir (43-44). Çocukların bu istismar türlerinden en sık olarak oral ve genital temas, dokunma ve okşama gibi cinsel eylemlere maruz kaldığı bildirilmektedir (45). Çocuğun rıza durumuna bakılmaksızın cinsel yaşantılara maruz bırakılması suç olarak kabul edilmekte ve cezai bir yaptırımı bulunmaktadır (46).

Ensest

Ensest, akrabalığı olan, geleneksel olarak evlenmeleri, ahlaki, hukuki ve dini olarak yasaklanmış aile bireyleri arasındaki cinsel ilişki olarak tanımlanmaktadır (28,47). 1980-1990'lı yıllarda, hukuk, psikososyoloji, genetik gibi disiplinlerce yapılan farklı tanımların olmasıyla birlikte ensesti biyolojik akrabalar (kardeşler arasında, büyükbaba-torun arasında vs.) arasındaki tüm cinsel aktiviteler olarak kabul eden araştırmacıların yanı sıra ensest tanımında kan bağıının gerekmediğini, üvey ebeveyn-evlat edinen ya da çocuğun bakımından sorumlu olan kişiler tarafından gerçekleştirilen cinsel içerikli her türlü davranışın ensest olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunan araştırmacılar da olmuştur (23,48). Günümüzde, çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılan istismar ensest olarak tanımlanmaktadır (40).

SINIFLANDIRMA

DSM-IV-TR; çocuğun Cİ'sini, kötüye kullanma ya da ihmal etme ile ilişkili sorunlar başlığı altında ele almakta, bir çocuğun cinsel kötüye kullanımını klinik ilgi odağı olduğunda, bu kategorinin kullanılmasını önermektedir (5).

ICD-10 ise çocuğun Cİ'sini; çocuklukta olumsuz yaşam olayları ile ilgili sorunlar başlığı altında ele almakta; çocuğun birincil destek grubu içinde veya dışında, bir kimsenin onu cinsel bakımdan kötüye kullandığı kanısı ile ilgili sorunlar olmak üzere 2 grupta değerlendirmektedir (6).

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir:

- a. Temas içermeyen Cİ'ler: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgenciliktir.
- b. Cinsel dokunma: İstismarcı kurbanda dokunabilir ya da kurbandı kendisine dokunması için zorlayabilir.
- c. İnterfemoral ilişki (Irza tasatti): Penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.
- d. Cinsel penetrasyon (Irza geçme): Genital ilişki, anal ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon şeklinde olabilir.
- e. Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar (49).

TÜRKİYE'DE CİNSEL İSTİSMAR İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda yetişkinlere yönelik olarak gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler cinsel saldırı suçu olarak adlandırılırken, çocuklara yönelik gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler cinsel istismar olarak adlandırılmaktadır. Yeni TCK'nın Cİ suçuna ilişkin hükümleri ise şu şekilde sıralanmaktadır:

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 hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır.

2- Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, 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 veya birden fazla kişi tarafından birlikte 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 halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

5- Cinsel istismar için başvuru yapılan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması halinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

6- Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

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

Reşit olmayanla cinsel ilişki:

Madde 104:

1-Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikayet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (50).

EPİDEMİYOLOJİ

Cinsel istismar olgularının çoğunun genellikle gizli kalması, sır olarak saklanması sebebiyle gerçek istatistiksel verilere ulaşılması zordur. Cİ'ye maruz kalanların sadece %15'inin bildirildiği göz önünde bulundurulduğunda ulaşılan olguların aslında buzdağının sadece görünen kısmını oluşturduğu düşünülebilir (40). 1970'lerin sonlarından önce, Cİ nadir olarak bildirilmekle birlikte, takip eden yıllarda görülme sıklığının önemli ölçüde arttığı istatistiksel verilerle gösterilmektedir (7).

Bazı araştırmacılara göre çocukluk çağı Cİ mağdurlarının %60-80'inin olayı açıklamadıkları, bunun çocuk ve ergenlerde uzamış istismar maruziyetine neden olup, gerekli tedavi edici girişimleri almalarına engel olduğu düşünülmektedir (51,52). Çocukluğunda istismara uğrayıp, bu istismarı bildirmeyen kişilerin oluşturduğu örneklem çalışmasında; mağdurlar tarafından en çok verilen yanıt, mağdurların kendilerini istismardan dolayı sorumlu hissetmeleri ve istismarı yapan kişiye olan bağlılıkları nedeniyle istismarcının cezalandırılmasını istememeleridir (53).

Yapılan çalışmalardaki örneklem seçimi, istismarın tanımı, yaş farkı ve veri toplama tekniklerinde farklılıkların olması, çıkan sonuçların oranları arasında büyük farkların oluşmasına neden olmaktadır (12,54). Ayrıca çocuğun yaşı ve cinsiyeti, istismarcının yaşı ve cinsiyeti, çocuk ve istismarcı arasındaki ilişkinin boyutu ve istismarın sayısı, sıklığı ve süresi epidemiyolojik sonuçları etkileyebilmektedir (7).

Yapılan bir çalışmada olguların çoğunda Cİ'nin çocukluk ve ergenlik döneminde başlayıp, tekrarlayarak devam ettiği, yarıdan fazlasında saldırganın tanıdık biri olduğu, kız çocuklarının Cİ açısından erkeklerden 10 kat daha fazla risk altında oldukları bildirilmektedir (55). Başka bir çalışmada ise kızlarda görülen Cİ oranının erkeklere oranla 4 kat daha fazla görüldüğünden söz edilmektedir (56). DSÖ'nün değerlendirmesine göre, 1980 yılından bu yana yapılan çalışmaların sonuçları bir araya getirildiğinde, çocuklukta yaşanan Cİ'nin kadınlar arasında yaşanma sıklığı %20, erkekler arasında yaşanma sıklığı ise %5-10 olarak ifade edilmektedir (57). Kız çocuklarıyla yapılan bir çalışmada çocuklukta Cİ'ye maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir (8).

Kuzey Amerika örnekleminde yapılan 16 çalışmanın bulgularının sentezlendiği bir makalede Cİ sıklığının, kadınlar için %16,8, erkekler için %7,9 olduğu belirtilmiştir (58). Toplumsal çalışmalara göre erkeklerin %4-9'u, kadınların %12-35'i, 18 yaşından önce istenmeyen cinsel deneyim yaşamaktadırlar (7). 2006 yılında Santos ve ark.nın (59) yayınladığı çalışmada Cİ mağdurlarının %53'ünün 14 yaşın altında olduğu bildirilmektedir.

Çocuklukta ve ergenlik döneminde yaşanan Cİ ile ilişkili sorunların araştırıldığı ergen örneklemleri İsveç'te yapılan bir çalışmada Cİ oranlarının erkek ve kız öğrenciler arasında sırasıyla %3,1 ve %11,2 oranlarında bulunduğu, Cİ'nin ortalama başlangıç yaşının erkekler için 9,1 yaş, kızlar için 9 yaş olduğu, erkeklerin %1,2'sinin, kızların %3,1'inin oral, vajinal ya da anal ilişki içeren Cİ'ye maruz kaldıklarını bildirdikleri ifade edilmiştir (60). Cİ ile ilgili 21 ülkede yapılan 39 çalışmanın değerlendirildiği bir makalede, Cİ oranı kızlarda %10-20, erkeklerde ise %10 olarak bulunmuştur. Cİ'nin erkek mağdurlarının, yardım istemenin erkekliğe yakışmayacak bir davranış olduğunu düşünmeleri ve homoseksüel olarak değerlendirilme kaygıları nedeniyle maruz kaldıkları olayı anlatmakta isteksiz davrandıkları, bu nedenle, mağdur olma ile ilgili oranlarının, kızlara göre daha düşük olduğu düşünülmektedir (54).

Her yaştaki çocuk Cİ mağduru olabilmekle birlikte ilk istismara uğrama yaşının ortalama 8-12 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir (61). Ülkemizde 2009 ve 2007 yıllarında yapılan iki çalışmada istismar olgularının ortalama yaşı 10,9 ve 12,1 yıl olarak belirlenmiştir (62,63). Şahin ve ark.nın (64) çalışmasında Çocuk Koruma Merkezine başvuran

olgular incelenmiş ve başvuruların %20'sinin 12-18 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir. Aynı merkezde yürütülen ergen Cİ'si ile ilgili bir başka çalışmada istismarcıların tamamının erkek olduğu, akran istismarının %33,3, bir erkek akraba tarafından oluşturulan istismarın %7,4, öz baba istismarının %14,8 ve yabancı istismarının %25,9 olduğu bulunmuştur.

Lise öğrencilerinde istismar ve ihmalin araştırıldığı bir çalışmada Cİ oranı %10,7 olarak bulunmuştur (65). Dokuz-onbirinci sınıflarda okuyan 1955 kız öğrenciyle yapılan bir çalışmada cinsel taciz oranının %13,4, ensest oranının %1,8 olduğu ve tacizcilerin %93'ünün erkek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışma olgularının %11,3'ü çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğundan, %4,9' u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarından söz etmişlerdir (66). Adli başvuruları inceleyen bir başka çalışmada Cİ'ye maruz kalan olgu oranının %81,3 olduğu belirlenmiştir (67).

Toplum örneklemleri çalışmalarda Cİ'nin tekrarlayıcı olmadığı gösterilmekteyse de, klinik örneklemlerde çocukların çoğunluğunun aynı istismarcı tarafından birden fazla kez istismara uğradıkları belirtilmektedir. Bir kez yaşanan istismarın bildirim ve yardım merkezlerine başvurma olasılığı daha düşük olarak görülmektedir (41,56). Bir kez Cİ'ye maruz kalan bir çocuğun tekrar başkası tarafından da istismar edilme olasılığının %14 olduğu bildirilmektedir (41,68).

Çocuk istismarı ile çalışan klinisyen ve sosyal hizmet uzmanları ile yapılan bir çalışmada geriye dönük Cİ öyküsü araştırılmış, katılımcıların çocukluklarında Cİ'ye maruz kalma oranının kadınlarda %20, erkeklerde %13 olarak bulunurken, Cİ'ye uğrama yaş ortalamasının her iki cinsiyet için de 8 yaş olduğu ifade edilmiştir (69).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada tüm çocukların temas içeren Cİ'ye maruz kaldığı ve tanımlanan istismar davranışlarından anal sürtünmenin erkek çocuklarda, dokunma-okşama ve öpmenin kız çocuklarında yüksek oranda saptandığı belirtilmektedir. Ayrıca yaş arttıkça çocukların birden çok istismar şekline maruz kaldığı, beden bütünlüğünün bozulduğu ve kız çocuklarında yaş arttıkça vajinal penetrasyon şeklindeki istismarın daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (62).

ETİYOLOJİ

İstismar davranışının nesiller arası aktarım oranının yüksek oranda olduğunun farkedilmesiyle birlikte bu durumu açıklamaya yönelik pek çok teori geliştirilmiştir (40). Saldırgan davranışların edimsel koşullanma ve rol model davranışlarının gözlemlenmesiyle öğrenildiği savunulmaktadır. Aile içi şiddetin nesiller arası geçişini araştıran çalışmalar, aile geçmişinde şiddete tanık olan veya maruz kalanların ileride şiddet kullanma olasılığının

yüksek olduğunu bildirmektedirler. İstismar eden bireylerin çocuklarına yeterli ebeveyn olma konusunda gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmada başarısız oldukları görüşünü savunan kurama göre bu bireyler çocuk gelişimini önemsememekte ve çocuklarına, kendilerinin maruz kaldıkları fiziksel disiplin şeklini uygulamaktadırlar (70). Çocukluk ya da ergenlik döneminde Cİ mağduru olanların, istismarcı konumuna geçtiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (40).

Ensest yaşanan ailelerde aile sisteminde bozulmanın yanı sıra sosyal izolasyonun, alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu bildirilmektedir. Bu yönde yapılan araştırmalarda ensest ilişkide bulunan çoğu babanın ensest kurbanı olduğu, ensest mağduru çoğu kadının da çocuklarını ensest ya da Cİ'den koruyamayan anneler oldukları ifade edilmektedir (40).

Cinsel istismara yönelik risk etkenleri bireysel, ailesel ve istismara ait özellikler değerlendirilerek ele alınmaktadır. Cİ için bireye ait başlıca risk etkenleri cinsiyet, yaş ve engellilik durumudur (7). Yaş faktörünün Cİ'nin sonuçlarına olan etkisi konusundaki yapılan çalışmaların bulguları birbiriyle çelişmektedir. Büyük yaşta meydana gelen istismarların daha yaygın etkisi olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra prepubertal dönemde etkilenmenin, erken çocukluk dönemi ya da ergenlik dönemine göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (71). Cinsiyet etkenine bakıldığında, kızların erkeklerden 2 ila 5 kat daha fazla risk altında olduklarını bildiren çalışmaların olduğu görülmektedir (7). Çocuk ve gencin zihinsel veya bedensel engelinin olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi bir psikiyatrik bozukluğunun olması, Cİ'ye uğrama riskini arttırmaktadır. Bu gibi durumlarda, çocuklar maruz kaldıkları durumun kötülüğünü değerlendiremeyebilirler ya da değerlendirse bile kendilerini korumaları daha zor olabilir (12,72).

İşlev düzeyi düşük olan, çatışmaların ve ekonomik sorunların olduğu ailelerden gelen çocukların daha fazla istismar riski taşıdıkları bilinmektedir (12). Ailede psikiyatrik hastalık ya da alkol, madde kullanımının olması, çalışan anne, çocuğun anneden uzun süre ayrı kalması, annenin genç bir erkekle evli olması ya da birlikte yaşaması, annenin çocuğa cinsel eğitimi cezacı bir tutumla vermesi, çocuğun anne ile duygusal ilişki kuramaması, kız çocuklarının biyolojik babalarından ayrı yaşamaları ve çocuğun babadan sevgi alamaması önemli risk etkenleridir (12,23). Çocuğun bakımıyla doğrudan ilgilenen babaların daha az istismar uyguladığı, evde üvey babanın varlığının ise riski artırdığı bildirilmektedir (7). Çocukluk dönemi Cİ'si ile sosyoekonomik düzey (SED) arasındaki ilişki net olmasa da, annenin eğitim düzeyinin düşük olmasıyla belirgin bir ilişkisi olduğu ifade edilmektedir

(61,62). SED ile Cİ ilişkisini araştıran ilk çalışmalarda Cİ'nin düşük SED'i olan ailelerinin çocuklarında fazla görüldüğü ifade edilmekle beraber, son dönemde yapılan çalışmalarda Cİ'nin her SED'de görülebileceği belirtilmiştir (73).

Sık taşınmanın istismar olgularıyla olan ilişkisini inceleyen az sayıdaki çalışmalarda sık taşınan çocukların, istismara uğramamış akranlarına oranla her gittikleri yerde iki kat daha fazla istismar riski taşıdıkları belirtilmekte ve sık yer değiştirmenin, istismarın gelişimsel sonuçlarını etkilediğini, aile çevresinin ve buna bağlı sosyal desteğin azalmasının etkili olduğu gösterilmektedir (74).

Yapılan iki çalışmada ırk ve etnik kökenin Cİ için bir risk etkeni olmadığı saptanmıştır. Ancak Latin ırktan olan kızların, Afro-Amerikan ya da beyaz ırktan olan kızlara göre daha fazla emosyonel ve davranış sorunları yaşadığı saptanmıştır (7).

İstismarcıların birçoğu çocukluklarında ya Cİ'ye uğramışlardır ya da ev içerisinde şiddete maruz kalmışlardır. Cinsel istismarcı birey genelde düşük eğitim ve SED'e sahiptir. Aile genelde tek ebeveyn den oluşmaktadır (75). Cİ faillerinin çoğu erkek olmasına karşın toplamın %1'i ila %10'u arasında kadın istismarcıların olduğu unutulmamalıdır (23).

Kadın istismarcının mağduru genellikle erkek çocuktur ve kadınlar genellikle bir erkekle birlikte eşlik eden istismarcı olup, bazısı çocukla temasta bulunmayabilir. Kadınlar tarafından yapılan Cİ'nin daha az bildirilme nedenleri; istismarın çocuğa banyo yaptırma, üstünü değiştirme gibi normal bakım verme davranışı sırasında olduğu için anlaşılamamasına, ergenle yapılan cinsel birliktelik sonrasında ergenin bu durumu istismar olarak değerlendirmeyip, memnun olunacak bir durum olarak yorumlamasına bağlanmaktadır (76). Kadın istismarcılar genellikle bekardır (61). Kadınların erkek olgulara kıyasla daha genç yaş grubunda oldukları, daha fazla psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları ve kişilik bozukluğu eşlik etme oranının da daha fazla olduğu saptanmıştır (76).

Cinsel saldırıda bulunan kadınların çocukluk dönemlerinde Cİ'ye uğrama oranlarının %47-%100 arasında olduğu belirtilmektedir (76).

Klinik olmayan çalışmalara göre, erişkin tarafından gerçekleştirilen cinsel temas olgularının %30-50'sinin aile dışından (tanıdık ya da yabancı) biri tarafından gerçekleştirildiği bildirilmektedir (61). Meksika, Almanya, Kenya'da istismarla ilgili yapılan çalışmalarda istismarcıların sırasıyla %30,1, %50,3, %82 oranlarında tanıdık olduğu saptanırken, ülkemizde yapılan 2 çalışmada istismarcıların %40,7-%66,7 oranlarında tanıdık olduğu bulunmuştur (62,63,77-79).

CİNSEL İSTİSMARLA İLİŞKİLİ NÖROBİYOLOJİK FAKTÖRLER

Çocukluk çağında yaşanan travmanın, psikolojik ve davranışsal belirtilere yol açmasının yanı sıra olumsuz biyolojik etkilere de neden olabileceği bilinmektedir (61). Gelişim sürecindeki mağdurlarda, nöronal plastisite nedeniyle travmanın etkilerinin uzun süreli ve kalıcı olabileceği, erişkin dönemde pek çok psikiyatrik hastalığa yatkınlık oluşturabileceği bildirilmektedir (80). Yapılan bir çalışmada çocukluk çağında Cİ'ye uğrayanların erişkinlik dönemlerinde depresyon geliştirme risklerinin 4 kat arttığı, depresyon şiddetinin istismar şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (81).

Strese yanıt olarak ilk olarak sempatik sinir uçlarından noradrenalin, adrenal medulladan epinefrin, hipotalamustan kortikotrop salgılatıcı hormon (CRH) ve hipofizden adrenokortikotrop hormon (ACTH) salgılanır. İkinci fazda ise hipotalamus-hipofiz aks (HPA) işlevindeki bu artışa bağlı olarak değişen noradrenalin ve dopamin düzeyleri; anksiyete, uyarılmışlık, duygudurum değişiklikleri, ödül-bağımlılık döngüleri, bellek ve konsantrasyon bozukluklarına yol açar (82). Artan glikokortikoid düzeyinin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için koruyucu olabileceği, kötü anıların hatırlanmasını ve bellekte depolanmasını engelleyerek stres belirtilerinin uzun dönemde kalıcı olmasını engellediği bildirilmektedir (83,84). Yapılan bir çalışmada TSSB yatkınlığı olanlarda ve TSSB tanısı alanlarda kortizol düzeylerinin sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu saptanmıştır (85). Bir ay süreyle TSSB olgularına düşük doz kortizol uygulanan bir çalışmada travma belirtilerinin azaldığı ifade edilmiştir (86).

İstismar öyküsü ile çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran 115 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, istismar öyküsü olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, mağdurların özellikle frontal ve temporal beyin bölgelerinde elektrofizyolojik anormallikler saptanmıştır (87).

Kızlarda ikincil cinsel karakterlerinin 8 yaşından önce gelişimi nadir görülür. Brown ve ark. (88) tarafından yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerde Cİ öyküsü ile erken puberteye girişin anlamlı birlikteliği olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada Cİ'ye uğramış ergen kızların tiroid hormon düzeyleri ile psikolojik semptomları arasında ilişki araştırılmış ve serbest triiyodotironin düzeyleri ile TSSB ölçek puanları arasında güçlü bir birliktelik saptanmıştır (89).

Yapılan farklı çalışmaların tutarsız sonuçlarının yanı sıra TSSB olgularında hipokampus, amigdala ve ön singulat korteks hacimlerinde azalma olduğu bildirilmektedir (90). Aynı zamanda hipokampus hacminde azalma olmadan işlev bozukluğunun olabileceğini gösteren yayınlar da bulunmaktadır (91).

KLİNİK DEĞERLENDİRME

Cinsel istismarın tanısız olarak kesinleştirmeden her hangi bir girişim yapma olanağı olmayan hekimin değerlendirme ve tanı koymadaki rolü oldukça önemlidir. Bu sorumluluğu yerine getirirken hekimin tarafsız bir biçimde gerçeği bulma çabasıyla adli ve tıbbi değerlendirme yapabilmesi, bu durumlarda çocukların duygularını anlamaya çalışıp destekleyici olabilmesi, yargılamadan ve yönlendirmeden bilgi toplaması gerekmektedir (92).

İstismar alanında çalışan kişilerin, istismardan şüphelendiği durumlarda adli süreçleri başlatma zorunluluğu vardır. Hekimlerin sır saklama hükümlülüğü Hipokrat'tan beri, 2500 yıldır etik kurallar dahilindedir. 1960 yılında yürürlüğe giren Deontoloji Tüzüğü, sır saklama konusunda şu hükmü getirir: tabip ve dış tabibi, meslek sanatının icrası vesilesiyle öğrenmiş olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez. Bunun yanında doktorun ihbar etmek zorunda olduğu bazı durumlar vardır ki, bunların başında istismar ve ihmal gelir. Doktorlar, bildirmek durumunda oldukları bilgileri saklamaları halinde para ve hapis cezası alırlar (93).

Cinsel istismar mağduru olan şüphelinin ilgili birime başvurusu sonrasında, tedavi ve izleminin de dahil olduğu aşamalara ulaşıncaya kadar olan değerlendirme sürecinde, multidisipliner bir ekibin birlikte çalışması son derece önemlidir (92).

Cinsel İstismara Uğramış Çocuk Nasıl Fark Edilir?

Çocukluk çağı Cİ'leri genellikle hiç kimseye söylenmeyip sır olarak saklandığından, istismarın farkedilmesi çoğu zaman rastlantısaldır. Çocuk tarafından çoğunlukla günahından dolayı cezalandırılacağı ya da terk edileceğine dair korku yaşanır, utanç ve suçluluk duyguları ile bu şiddet saklanır. Ancak çocuk, Cİ sırasında fiziksel olarak zarar görmüşse bu durum ortaya çıkar (94).

Genellikle Cİ mağduru çocuklar doktora getirildiklerinde geliş nedenini saklarlar ve başka sorunlardan yakınma eğilimindedirler. Bazen kendileri yerine bir başka çocuktan söz ederler. Olayın gerçek nedeni, dikkatli ve kuşkulu yaklaşıldığında ortaya çıkarılabilir. Cİ olgularının 1/3'inin daha önce fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir.

Çocukta istismardan kuşulanılması gereken durumlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Çocuğun kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
2. Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
3. Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı mastürbasyon
4. Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması

5. Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif tepkiler
6. Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü
7. Fobik kaçınmalar (örn. istismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku duyma)
8. Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
9. Çocukta ani davranış değişiklikleri (95).

Öykü Alınması

İstismar olgularının değerlendirilmesi için yeterli zamanın ayrılması ve hem çocukla hem aileyle görüşme yapılması çok önemlidir (12). İstismara uğrayan kişiyi güvensiz ortamdan uzaklaştırmak ilk adımdır. Görüşme süresince yapılacak olan işlemler hakkında temel bilgiler verildikten sonra, hem çocuktan hem de anne-babasından onam alınmalıdır (96). Aileden alınan öyküde benzer bilgilere ulaşılmaya çalışılır; gerektiğinde her aile bireyi ayrı ayrı dinlenmelidir (16). Aile bireylerinin anlatımlarındaki farklılıklara hekim özellikle dikkat ederken, görüşmede suçlar ve mâhkum eder gibi sorulardan kaçınmalıdır (23). Yetersiz bilginin; yasal karar verilmesini, bir başka deyişle çocuğun korunmasını engellediği; yönlendirici bir görüşmenin ise suçsuz bir kişinin zarar görmesine yol açacağı unutulmamalıdır (97).

İstismar olgularında öykü çok önemlidir. Çünkü alınan ayrıntılı bir öyküyle tek başına istismar tanısı konabilir. Üç yaşından büyük çocuklar güvenilir öykü verebilir (98). Çocuğa bakan kişinin anlattıkları dikkatle kayıt edilmelidir. Mağdurun olay öncesi, olay anı ve sonrası davranışları, beslenme zamanları sorgulanırken aynı zamanda çocuğa bakan kişinin de bu zamanlarda tam olarak ne yaptığı sorgulanmalıdır. Tıbbi öykü, aile ve gebelik öyküsü, aile içi disiplin yapısı, çocuğun genel davranışları, ailenin ekonomik ve sosyal problemleri istismarı aydınlatmada yol gösterici olabilir (12).

İstismara uğramış bir çocuğa yaklaşımdaki önemli konulardan biri de çocuğun daha fazla zarar görmesinin önlenmesidir. İstismara maruz kalan çocuğu tekrar travmatize etmemek adına rahatsız olmayacağı bir ortamda, olanaklı ise ilgili uzmanlarca tek bir öykü alınması ve tek bir muayene gerçekleştirilmesi en uygun yaklaşım şeklidir (26). Önerilen başka bir uygulama şekli, istismarın anlatıldığı görüşmeyi video kaydına almaktır. İstismarın zamanı, yeri ve şekli, tam olarak ne olduğunun sorgulandığı görüşme kaydı gerek olursa adli birimlere sunulabilir. Çocuklar çıkartıldıkları mahkemede yaşadıkları olayı anlatsalar bile çekingen davranabilir ve tutarsız gibi görünen ifadeler kullanabilirler. Böyle durumlarda

linik görüşmelerde yapılan kayıtlar sayesinde çocuk mahkeme gibi bunaltıcı bir ortamda konuşmaktan kurtulur (12).

Çocukla yapılan görüşme esnasında çocuğa karşı zorlayıcı olunmaması, güven ortamının sağlanabilmesi için zaman tanınması önemlidir (99). Görüşme sırasında uzun cümlelerden, tekrarlayıcı sorulardan ve yönlendirmelerden kaçınma, çocuğun ifadesini tekrarlayarak onaylama, çocuğun kendi ifadelerini izleme, gerçeği duyma gereksiniminin belirtilmesi, çocuğun doğal anlatımına karışmamaya özen gösterme, çocuğun anlatımında tutarsızlık fark edildiğinde zorlayıcı ve eleştirel olmayan bir yolla anlamaya yönelik sorular sorma ve görüşme nasıl sonlanırsa sonlansın katılımından dolayı çocuğa teşekkür etme gibi ilkelere özen gösterilmelidir (40). Çocuğa açık uçlu sorular sorulmalı, anlattıkları karşısında şok veya inanamama gibi duygular gösterilmemeli, sorular “bir şeyler daha söylemek ister misin?” ya da “sonra ne oldu” şeklinde olmalıdır. Bu tip sorgulama yasal açıdan daha uygundur. Öykü alırken çocuğun reaksiyonları kaydedilmelidir (16,100).

Küçük ve sınırlı sayıda kelime dağarcığı olan çocuklar olayı anlatamayabilir veya anlatımları tereddüt yaratabilir. Resimler ve anatomik bebekler gibi yardımcı yöntemler kullanılarak görüşmede daha fazla bilgiye ulaşılabilir. İnsan resimlerinin bulunduğu kartlar gösterilerek “istismarcı tam olarak nereye dokundu?”, “ne şekilde dokundu?” , “neresiyle dokundu?” gibi sorularla istismarın çok açık bir şekilde tanımlanması sağlanır. Ayrıca aynı kartlardan faydalanılarak küçük çocuklara, özel bölgelerin nereleri olduğu, birinin bu bölgelere dokunmak istemesi halinde ne yapması gerektiği gibi istismardan korunma eğitimi verilebilir (12,23,32,92). Kendilerini sözel olarak ifade etmekte zorlanan ve yanında bulunan kimselerden çekinip bu durumdan ötürü korku yaşayan okul öncesi çağındaki çocuklara oyun yardımı ile travmayı anlatmalarına yardımcı olunabilir (101). Çok küçük kurbanlarda yukarıda bahsedilen yöntemlerle ayrıntılı bir öykü elde edilemeyebilir. Bu durumda çocuğun akrabalarından, polis memurlarından, komşulardan ve diğer çocuklardan bilgi alınabilir (23).

İstismar ile ilgili öykü alırken ailenin ve özellikle de çocuğun vereceği tüm bilgilerin değerli olması sebebiyle Cİ ile ilgili söylediği her şey ciddiye alınmalıdır (23). İstismar için en önemli kanıt çocuğun söyledikleridir (92). Öyküde; istismara uğrayan kişinin yaşı, istismar öncesi cinsel bilgi durumu ve deneyimi, istismarın zamanı ve yeri, istismarın özellikleri, başlama şekli, süresi, tekrarlayıcı olup olmadığı, istismarcıya yakınlık derecesi, istismarcının yaşı, zor ve tehdit kullanılıp kullanılmadığı bilgileri mutlaka alınmalıdır (23,99). Ejakülasyonun olup olmadığı, istismar sonrası vajinal lavaj yapılıp yapılmadığı, defekasyon yapılıp yapılmadığı, kıyafetlerini değiştirip değiştirmediği, ilk ve son menstruasyon tarihleri, gebelik bulgularının varlığı, kurbanın bulaşıcı hastalık, psikiyatrik bozukluk ve engellilik

durumlarının varlığı görüşme esnasında sorgulanması gerekenler arasında yer almaktadır (28,96).

Yapılan görüşmede empatik yaklaşımda bulunulması, yalnızca bilgi toplamaya yönelik olmayıp aynı zamanda tedavi edici mesajları içermesi önemlidir. Bu nedenle çocuğun yaşadığı Cİ'den erişkinin sorumlu olduğunun ifade edilmesi, çocuğun bu davranışlara izin verecek ya da engelleyecek konumda ve suçlu olmadığını anlatılması önem taşımaktadır (28).

Cinsel istismara özgül yakınmaların her zaman görülmemesi durumun aile tarafından ciddiye alınmamasına, hekim tarafından da istismarın atlanmasına sebep olabileceği bildirilmektedir (102).

Psikiyatrik Değerlendirme

Alınan ayrıntılı bir öykü sonrasındaki aşama, ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirmedir. Çocuğun istismar öncesi ve sonrasındaki ruhsal durumu, yaşadığı olayın bu durumu ne ölçüde etkilediği, doğruyu yanlıştan ayırma yeteneği, bilgilerin güvenilirliği değerlendirilmelidir (12,23).

Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri çocuğun istismarcı ile olan yakınlığı ve ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına, psikiyatrik özelliklerine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir (40). İstismar mağduru bir çocuk karşımıza hafif anksiyete semptomları ile çıkabileceği gibi, ağır psikotik özellikler içeren psikiyatrik bir tabloyla da gelebileceğinden sözedilmektedir. Olayın çocuk tarafından algılanışı, akut ve geç tepkileri, olaydan sonra meydana gelen davranış değişiklikleri, anksiyöz ve depresif bulgular, özkıyım düşünceleri, bundan sonraki beklentiler gibi konular değerlendirilir (12). Psikiyatrik değerlendirme esnasında uyku, iştahla ilgili değişiklikler, okul durumu, sosyal yaşamdaki değişiklikler ve yaşlıları ile ilişkileri sorgulanarak, travmanın etkilerinin günlük işlevsellik düzeyine etkileri araştırılır (16).

Psikometrik Ölçekler

Hemen her olguda çocuğun entellektüel gelişiminin zeka testleri ile belirlenmesi önerilir (16). Buradan elde edilen bilgi, çocuğun olayı algılama düzeyi, kendini koruma becerisi ve seçilecek tedavi gibi pek çok alanda hekime bilgi verir. Adli süreçte mahkemelerce sorulacak olan çocuğun kendini koruma becerisini saptamak için de bu değerlendirme şarttır. Başka psikopatolojileri değerlendirmek amacıyla pek çok ölçek ve testten faydalanılabilir (12).

Fiziksel Ve Adli Muayene

İstismar mağduru bir çocuk, çocuk ruh sağlığı kliniğine geldiğinde henüz fiziksel ve adli muayenesi yapılmamışsa, zaman kaybetmeden bunların tamamlanması sağlanır. İstismar durumuna göre çocuk sağlığı, kadın doğum, çocuk cerrahı ya da adli tıp uzmanı fiziksel muayeneyi yapar (16).

Çocukta istismarı ortaya çıkartırken en önemli adım çocuğun ifadesidir. Bunun yetersiz olduğu durumlarda fiziksel bulguların çok büyük değerinin olmasının yanı sıra normal muayene sonuçları Cİ'yi ortadan kaldırmaz (23).

Fiziksel muayenede fiziksel yaralanma izleri, morluklar kaydedilmeli, genital ve anal muayenede eski ve yeni yırtıklar tanımlanmalı, lezyon yoksa genital yapının iz bırakmaksızın cinsel temasa izin verip vermeyeceği değerlendirilmelidir. İstismarın üzerinden 3 günden daha az zaman geçen olgularda serviksten alınan sürüntüde sperm araştırılmalı, ergen kız olgularda gebelik testi mutlaka yapılmalıdır. Cİ mağdurlarının cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden araştırılması, ciddi sağlık sorunlarının önlenmesi ve erken tedavisi için önemlidir (12).

Cinsel istismara uğramış çocukların önemli bir kısmında anormal fiziksel bulgulara rastlanmaz. Fiziksel bulguya rastlama, istismarın türüne ve en önemlisi son istismar döneminin üstünden geçen zamana göre değişmektedir. Fiziksel bulguların olmamasının istismarın olmadığı anlamına gelmediği akıldan çıkarılmamalıdır (23). TCK Madde 287'ye göre genital muayenenin hâkim veya savcı kararına bağlı yapılması gerektiği umutulmamalıdır (50).

Klinik Görünüme Etki Eden Etkenler

Cinsel istismarın çocuğun psikiyatrik yaşantısına olan etkisi oldukça karmaşıktır. Mağdurların çoğu kendilerine inanılmayacağını düşünerek veya yakınlarını zor durumda bırakmamak kaygısıyla, çoğu zaman da istismarcının tehditleriyle istismar olayını gizlemeyi tercih ettikleri için derin yaralar almaktadırlar. Çocukların istismar karşısında gösterdikleri tepkiler bireysel farklılıklar göstermektedir. Bazı çocuklar yaşadıkları olayı normal olarak algılamaya çalışırken, bazıları istismarcının davranışını sevgi ya da ilgi olarak görebilir (40).

Cinsel istismara özgü tek bir belirti yoktur. Belirtiler çocuktan çocuğa değişirken aynı çocukta gelişim ile birlikte zaman içinde değişimler olabilir. Travmanın etkileri; yaşanan olaya ilişkin tekrarlayan zihinsel canlandırmalar, tekrarlayan davranışlar, korku ve kaygı tepkileri, insanlara, yaşama ve geleceğe ilişkin tutum ve düşüncelerde farklılıkların olması şeklinde yaşanabilir (40).

Cinsel istismarın bazı türleri psikiyatrik açıdan diğerlerinden daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Olumsuz etkilenmenin temas içeren Cİ'de yüksek olduğu, genital penetrasyonda olumsuz etkilenmenin en belirgin olduğu bildirilmektedir (7). Kurbanla saldırgan arasındaki yaş farkının yüksek olması, saldırganın tanıdık ya da aile içinden biri olması ve saldırının süregenliği, çocuğun travmadan etkilenmesini arttırır. Olay sırasında şiddet ve zor kullanılması, yaşanan çaresizlik duygusunun büyüklüğü ruhsal travmanın daha kötü algılanmasıyla sonuçlanır. İstismarcı ile yakınlık etkilenme şiddetini önemli derecede etkiler (103). Fiziksel şiddetin Cİ'ye eşlik etmesi, istismarın uzun süreli ve sık aralıklarla olması çocuğun daha fazla olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (104). İstismara maruz kalma, cinsel saldırganlığa neden olabileceği gibi, mağdurdaki duygusal parçalanma sonucu daima eksik, bütünlüğünü kaybetmiş bir benlik oluşumu ile de sonuçlanabilir (105).

Ülkemizde Soylu ve ark.nın (106) yaptığı bir çalışmada birden fazla kişi tarafından Cİ'ye uğrayan, aileden biri tarafından istismara uğrayan, istismar sırasında penetrasyon ve fiziksel şiddet olan ve yineleyen şekilde istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorun gelişme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda Cİ'den etkilenmenin 6-7 yaş civarında artmaya başlayıp 10 yaşından itibaren belirginleştiği bildirilirken istismarın başlangıç yaşı, süresi, fiziksel güç kullanımının önemli etkenler oldukları ifade edilmektedir (107). Ailenin olaya tepkisinin de klinik görünümde önemli rol oynadığı unutulmamalıdır (97).

Ensest yaşantısı, aile birliğini ve tüm aile bireylerini tehdit eden bir kriz yaratabilmekte, aile tutumlarının iyi olmadığı durumlarda çocuğun suçlanması, dışlanması, şiddete maruz kalması riskleri söz konusu olmaktadır. Ebeveynlerin yaşadığı öfke gibi olumsuz duygular çocuğa yansıtıldığında, çocukta yoğun duygusal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkabilir. İstismar ister aile içinden ister aile dışından olsun, istismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim klinik tablo üzerinde belirleyici olmaktadır (40). Ebeveynlik tutumlarının etkisini inceleyen çalışmalarda; çocuğun durumunun nasıl sonuçlandığı ile ilgili en iyi yordayıcının suçlamayan ebeveyn olduğu saptanmıştır (108). Soruna odaklı çözüm arayışına giden ve suçluluk ve sorumluluk duygularını çocuk üzerinden alabilen bir destek sistemi içinde daha olumlu bir klinik görünüm ortaya çıkmaktadır (40).

Cinsel istismar ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki nedensel ilişkiyi iki şekilde açıklayabiliriz. İlki; çocukluk döneminde yaşanan Cİ, psikiyatrik bozukluk oluşumuna duyarlılığa yol açıyor olabilir. Diğeri ise; hem çocukluk çağı Cİ'si hem de hastalık için riski arttıran ilişkili sosyal ve ailevi etkenler zaten Cİ'ye uğrayan çocukta mevcuttur. Bu bakış açısına göre, Cİ aile ortamı kötü olan çocuklarda daha sık görülür. Cİ'nin gerçekleştiği bu

ailelerde psikiyatrik bozukluk riski ile Cİ arasındaki ilişki, Cİ'nin doğrudan travmatik etkisinden çok, aile ile çocuk arasındaki etkileşim ve çocuğun Cİ sonrası olumsuz etkilenen çevresel koşulları ile ilgilidir (61).

Cinsel İstismarın Çocuğa Etkileri

Cinsel istismara uğrayan çocukların hem travmayı izleyen kısa dönemde, hem de travma sonrasındaki uzun bir dönemde ağır psikiyatrik sorunlar yaşama riskine sahip oldukları bilinmektedir (109-111). Çocuklarda gelişen psikiyatrik sorunların ağırlığının Cİ eylemlerine (özellikle penetrasyon ve anal ilişkinin olmasına), saldırganın istismar yöntemlerine (özellikle, şiddet kullanması ve şiddetin derecesine), istismar sırasında saldırganın çocuğa verdiği mesajlara ve bu mesajların çocuk için taşıdığı anlamlara, istismarın sıklığı ve süresine bağlı olduğu bulunmuştur (111). Cİ'ye maruz kalan çocuklarda ortaya çıkan psikiyatrik sorunların temelinde travma yaratan dinamikler olduğunu öne süren Finkelhor, Cİ'nin çocuk üzerindeki duygusal, sosyal ve davranışsal etkilerini şu dört dinamikle açıklamıştır (111,112):

1-Travmatik cinselleşme (traumatic sexualisation): Erken yaşlarda uygun olmayan cinsel deneyimlerle tanışan çocuk, sağlıklı ve normal olmayan bir cinsel gelişme gösterir. Çocuğun en çok sevdiği kişi onun sevgisinden faydalanıp hediyeler vermiş ve cinsel talepte bulunmuştur. Bu durum çocukta cinsel davranış ve ahlak karmaşası yaratacaktır. Cinselliği bir alışveriş gibi değerlendirecektir. Sevgi için cinselliğin gerektiğini düşünecek bu da sonraki yaşamında birçok partnerle cinsel ilişkiye girmesine ve riskli cinsel davranışlarda bulunmasına neden olacaktır.

2-Aldatılma/ihanet (betrayal of trust): Güvendiği ve bağlı olduğu birisi tarafından istismar edilen çocuk, ilişkilerinde güven ve bağlılık konularında sorunlar yaşar. İlişkilerinde kişilere güvenmekte zorluk çeker, kime güveneceğine karar vermekte zorluk yaşadığı için de yetişkinliğinde çoklu, kısa süreli, istismara açık ilişkiler yaşayabilir.

3-Güçsüz/çaresiz hissetme (powerlessness): Zorlama ve güç kullanılarak istismara maruz kalan çocuk kaygı, korku ve çaresizlik gibi ağır duygular yaşar. Cİ mağduru çocuk yaşadığı ilişkilerin cinsel yönü ile ilgili kontrol duygusuna sahip olmadığını düşünür ve bu nedenle yetişkinlik döneminde de ilişkilerinde cinsel açıdan kim ne isterse kabullenir, kontrol koyamaz. Zarar verileceği yönünde yapılan tehditler çocukta güçsüzlük hissinin artmasına neden olur.

4-Damgalanma (stigmatization): Cinsel tacize uğrama çocuğa lekelenmişlik duyguları hissettirebilir. Utanç, suçluluk kavramlarının da eklenmesiyle bu duygular zamanla benlik

algısına karışır ve kendisini böyle algılamaya başlar. Damgalanma çocukların kendilerine ait önem ve değer duygusunu olumsuz yönde etkileyerek, onlarda utanma ve suçluluk duygularına veya düşük kendilik değerine ya da başka kişisel sorunlara yol açabilir.

İstismarın ruh sağlığına etkilerine yönelik bugüne kadar yapılan araştırmalardan bazıları çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve bozuklukları incelerken bazıları erişkinlik dönemine yansıyan sorunları araştırmayı hedeflemiştir. İstismarın erken ve geç dönemde pek çok psikiyatrik belirtiliyle ilişkisi gösterilmiştir (12). Çocuklarda gözlenen davranış değişiklikleri Cİ'nin bir ifade biçimidir. Sıfır-üç yaş arası çocuklarda yeme ve uyku düzeninde bozulma, yabancılardan korkma, üzerini giyip çıkarırken sorun çıkarmaya başlama ve yaşına uygun olmayan cinsel oyunda bulunma davranışları görülebilirken, 3-6 yaş arası çocuklarda regresyon (bebeksi konuşma, parmak emme, anneye daha fazla bağlı olma gibi), içe çekilme, enürezis nokturna, enkoprezis, yeme ve uyku bozuklukları, agresyon, boyun eğme davranışı, devamlı cinsel oyun oynama ve sık mastürbasyon görülebilmektedir (113).

Altı-oniki yaş arası çocuklarda; sosyal içe kapanma, evden ve/veya okuldan kaçma, yeme ve uyku bozuklukları, öğrenme bozukluğu, takıntı ve zorlantılar, oto-agresyon, kendinden küçüklere Cİ'de bulunma, durup dururken ağlama, hassaslaşma, karın ve baş ağrıları, huzursuzluk görülebilir. Onüç-onsekiz yaş arasında; bağımlılık yapan maddelere düşkünlük, oto-agresyon, fobi, evden ve/veya okuldan kaçma, başkalarını istismar etme, takıntı ve zorlantılar, duygusal ve fiziksel yakınlıktan kaçma, yeme bozukluğu, sinirlilik, rastgele cinsel ilişkide bulunma, sosyal içe kapanma, psikoz, özkıyım girişimleri görülebilir (114).

İstismara uğrayan çocukların yaklaşık 1/3'ü akut dönemde herhangi bir belirti vermeyebilirler, ancak olası riskler düşünülerek düzenli izlem altında bulundurulmaları son derece önemlidir. Cİ'ye uğramış çocukların hepsinde psikiyatrik belirti görülecek diye bir genelleme yapılamaz. Olguların %20-50'sinde psikiyatrik belirti olmadığı bildirilmiştir. Ancak izleme dayalı veriler belirti göstermemiş çocukların %10-20'sinde 12-18 ay içinde sorunlar başlayabileceğini ortaya koymuştur (40).

Cinsel istismar mağduru çocuklarda DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre birinci eksen bozukluğu görülme oranının % 60'ın üzerinde olduğu bildirilmektedir (42). Sparato ve ark.nın (115) yaptıkları prospektif bir çalışmada; Cİ'ye uğramış erkeklerde anksiyete bozuklukları ve davranım bozukluğu, kızlarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olarak bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda çocukluk çağı Cİ'si sonucu; Majör Depresif Bozukluk (MDB), TSSB, özkıyım girişiminin sık görüldüğü ifade edilmektedir (7). Kendall-Tackett ve ark.nın (103) gözden

geçirme yazılarında Cİ kurbanlarının %64–79 oranları arasında psikiyatrik belirtiler gösterdikleri ve bu belirtilerin sırasıyla; TSSB, düşük benlik saygısı, anksiyete, korku, MDB, özkıyım düşüncesi, somatik yakınmalar, agresif davranış, evden kaçma ve madde kötüye kullanımı olduğu ifade edilmiştir. Erişkin yaşta başlayan MDB'nin çocukluk çağında yaşanan Cİ ile ilişkili olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (116). Bir diğer çalışmada Cİ'ye uğramış çocuklar, fiziksel istismara uğrayan ya da istismara uğramayan popülasyonla karşılaştırılmış ve Cİ mağdurlarının daha fazla yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri gösterdiği, kızlarda zorlayıcı düşünceler ve aşırı uyarılma erkeklerden fazla iken, kaçınma davranışının her iki cinsten eşit olduğu bildirilmiştir (117).

Cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık adı geçen ve %44–71 oranlarında görüldüğü bildirilen psikiyatrik bozukluk TSSB'dir. Bazı çocuklar TSSB'nin tüm tanısal ölçütlerini karşılamasalar da; olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri belirtilerini gösterebilmektedir (32).

Okul çağında Cİ'ye uğramış ve uğramamış çocuklarda TSSB araştırılmış; istismarın TSSB ile yüksek ilişki gösterdiği, penetrasyon ve saldırganlık derecesinin anksiyete düzeyinde artışla sonuçlandığı bulunmuştur (118). Başka bir çalışmada Cİ'ye uğramış çocukların %63,8'in de TSSB, %33'ün de MDB saptanmıştır (119).

Yapılan çalışmalarda da Cİ'nin, kişinin benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (120). Tebbutt ve ark. (121) tarafından yapılan Cİ'ye uğramış çocukların 5 yıl sonra değerlendirildikleri bir çalışmada, çocukların %43'ünün düşük benlik saygısına sahip oldukları bulunmuş olup, yaşça büyük çocukların benlik saygılarının daha düşük olduğu ve aile fonksiyonundaki bozukluğun benlik saygısını azalttığı saptanmıştır.

Cinsel istismar mağdurlarında özkıyım düşünceleri ve girişimlerinin sık görüldüğü bilinmektedir (122). Yapılan bir çalışmada da Cİ ile özkıyım girişimleri ve çeşitli kendine zarar verici davranışlar arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır (123). Aile içi Cİ kurbanlarında özkıyım davranışının sıklıkla gözlemlendiği bildirilmektedir (32).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada; Cİ'ye uğramış ergenlerde kendine fiziksel olarak zarar verme davranışının, duygusal (%42) ve fiziksel istismara (%43,8) uğramış ergenlere göre daha yüksek (%45,6) oranda olduğu saptanmıştır (65). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada değerlendirilen tüm çocukların temas içeren Cİ'ye maruz kaldıkları, yüksek oranda akraba ya da tanıdık biri tarafından istismar edildikleri ve tamamına yakını tehdit edildikleri belirlenmiş olup, kurbanların %88'inin psikiyatrik bir tanı aldığı bildirilmiştir. Kız çocukların anlamlı olarak daha fazla MDB ve TSSB tanısını aldıkları, istismara uğrayan erkek

çocuklarda özkıyım girişimi bulunmazken, kızların %13,5 oranının özkıyım girişiminde buldukları ifade edilmiştir (62).

Cinsel istismarın önemli sonuçlarından bir diğeri de Cİ mağduru çocuk ve ergenlerde erişkin dönemde kişilik bozukluğu gelişme riskinin artmasıdır. Çocukluk çağında istismara uğramış yetişkinlerde sınıır, antisosyal ve paranoid kişilik bozuklukları oluşabileceği bildirilmektedir (124). Erken çocukluk döneminde yaşanan istismar sonrasında gelişen narsisistik zedelenmeler akut veya kronik narsisistik öfke ile sonuçlanırken, zedelenmiş kendilik intikam yoluyla onarıma ihtiyaç duymaktadır. İntikam ihtiyacı narsisistik öfkenin karakteristik bir özelliğidir (125).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda konversiyon tepkileri ve psikiyatrik travmaya karşı ilkel bir savunma şekli olarak kabul edilen disosiyasyon yüksek oranda görülmektedir. İstismarın erken döneminde, amnezi, aşırı fantezi kurma, trans benzeri durumlar ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir. Çocuklarda en sık görülen disosiyasyon belirtisi çocuğun gözlerini bir noktaya dikip, uyaranlara cevap vermediği şekil olarak tanımlanan trans benzeri durumdur. Disosiyasyon, istismara eşlik eden ezici ve korkutucu duygulardan çocuğun kaçınmasına olanak tanıdığından başlangıçta çocuğa yardım etmesine rağmen, süre uzadıkça okul performansını da içeren bilişsel işlevlerini bozduğu ifade edilmektedir (32).

Erişkinlerle yapılan bir çalışmada; istismar öyküsü olan olgularda kronik gastrointestinal bozukluklar ve somatizasyon bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (126). Gastroenteroloji bölümüne başvuran kadınlarla yürütülen bir çalışmada %44 oranında cinsel ya da fiziksel istismar öyküsü saptanmış ve bu olgularda işlevsel gastrointestinal bozukluklar, irritabl barsak sendromu belirtileri, pelvik ağrı, çoklu bedensel yakınmalar, ameliyat olma oranları kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (127).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda zayıf dürtü kontrolü, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve öfke tepkileri görülebilmektedir (128).

Çocukların yanı sıra Cİ'ye uğramış ergenlerde ve çocukluk çağı Cİ öyküsü olan yetişkinlerde sıklıkla agresif davranışların görüldüğü bildirilmektedir (32). Cİ sonrası kız ve erkek çocuklarda farklı davranış tepkilerinin geliştiği bilinmektedir. Erkek çocuklarda en sık saldırgan davranışlar gelişirken kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, aşağılık duygusu ve kendine zarar verme davranışlarıdır. Vücudunda sigara söndürme ve bileğini kesme en sık görülen davranışlardır (114). İstismara uğrayan ergenlerde şiddet içerikli davranışlara yönelme, cinsel şiddet gösterme, okuldan kaçma, evi terk etme gibi davranış sorunları görülebilmektedir (129). Oniki çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında,

alkol kötüye kullanımı açısından tedavi görenlerde çocukluk çağı Cİ'nin %20-84 oranlarında olduğu bildirilmiştir (130).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuk istismarı kapsamında değerlendirilen olgularda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun en sık (%22,2) binişiklik gösteren psikiyatrik tanı olduğu bulunmuştur (63). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve Cİ birlikteliği olan gençlerin daha fazla dışa vurum belirtileri gösterdiği ve akranlarınca daha fazla dışlandıkları vurgulanmaktadır (131).

Cinsel istismar mağdurlarının kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisinin olumsuz etkilendiği, kurdukları ilişkilerin işlevsellikten uzak olduğu ve genellikle yalnızlıkla sonlandığı bildirilmektedir. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişki kurdukları gözlenmektedir (132).

TEDAVİ

İstismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin, yardımcı sağlık personelinin ve sosyal hizmet uzmanlarının multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Bu nedenle hastane içinde pediatristler, çocuk psikiyatristleri, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, acil hizmet sorumluları ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan çocuk koruma birimlerinin kurulması önem kazanmaktadır (40). İstismara maruz kaldığı şüphe edilen çocuk, konuyla ilgili uzmanların bulunduğu koruyucu bir ortamda hızla değerlendirilmeli ve öncelikle tıbbi sorunları (subdural hematoma, fraktürler, yanıklar vs) tanınıp tedavi edilmelidir (133). İstismarın tıbbi, sosyal ve hukuksal yönü bulunması sebebiyle hukukçular ve sosyal hizmet kurumları hastane ekibiyle işbirliği içinde çalışılmalıdır. Çocuk istismar ve ihmalinin belirlenmesi durumunda yapılacak ilk müdahalelerden bir diğeri, çocuğun veya gencin tekrarlayan istismardan korunmasını sağlamaktır. Bunun için öncelikle ailenin sosyal açıdan ele alınması, izlenmesi, sosyal desteklerden yararlandırılması, eğer başarılı olunamazsa, çocuğun aileden uzaklaştırılması, uygun sosyal destek programına alınması sağlanmalıdır (134).

Ailenin Cİ'den korunmaya yönelik çocuğuna öğretilebilecekleri bilgiler şu şekilde özetlenebilir:

1. Cinsel organları yaralandığı ya da hastalandığında, yalnız doktorların ya da ana-babanın dokunabileceği öğretilmelidir.
2. Kendini cinsel açıdan kötüye kullanmak isteyen "hayır" denmesi öğretilmelidir.

3. Rahatsız olacakları herhangi bir durumda, kendilerine dokundurtmama hakkına sahip oldukları öğretilmelidir.
4. Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan biriyle karşılaştıklarında oradan hemen uzaklaşmaları öğretilmelidir.
5. Cinsel yönden kötüye kullanıma uğramaları halinde, hiçbir zaman bunun kendi suçları olmadığı öğretilmelidir.
6. Cinsel organlarına dokunan bir yetişkin ile ilgili "sır" saklamamaları öğretilmelidir.
7. Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan birisi ile karşılaştıklarında "yüksek sesle bağırmaları" öğretilmelidir.
8. Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan biriyle mücadele etmede "vurma, tekme atma" gibi davranışlar öğretilmelidir.
9. Cinsel yönden kötüye kullanıldıklarını, kime (anne ve babaya) ve nasıl anlatacakları öğretilmelidir.
10. Cinsel organların anatomik isimleri doğru olarak öğretilmelidir.
11. Cinsel yönden kötüye kullanıldıklarını bildirdiklerinde bazen yetişkinlerin inanmadıkları anlatılmalıdır (100).

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerine başvuran istismar mağdurlarında çocuk ruh sağlığı ekibinin tedavideki amacı, travmanın psikolojik etkilerini, riskli cinsel davranışları, evden kaçma sıklığını, eğer varsa madde kullanımını azaltmak, çocuğun okula düzenli devam etmesini sağlamak, yaşına uygun aktivitelere yönlendirmek, ailesiyle ve arkadaşlarıyla sağlıklı ilişkiler geliştirmesini sağlamak, baş etme becerilerini, sağlıkla ilgili karar verme ve yaşam becerileri geliştirmesini yardımcı olmak, öz güveninin artmasını sağlamak, okul ve ev ziyaretleri yapmak, okul ve ev ile ilgili sorunları araştırmak, eğer varsa çatışmaları azaltmak, okul yönetimi, anne-baba ve ergen arasında aracılık yapmak, rehber öğretmenle görüşmektir (135). Bu amaçla Cİ'ye uğrayan çocukların yaş dönemine göre travma odaklı oyun terapileri, bireysel terapi, çocuk-ebeveyn psikoterapisi, ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi, aile terapileri, bilişsel-davranışsal müdahale, grup terapisi ve gerekli görülmesi halinde ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Destekleyici grup terapilerinde problem çözme becerilerini geliştirme, aile-akran çatışmalarının çalışılması, damgalanma ve travmanın etkileri ele alınmaktadır (136).

KORUYUCU ÖNLEMLER

Çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'inin korunulabilir oldukları bulunmuştur. Korunma önlemlerini birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemi olarak ele almak olanaklıdır. Birincil koruma şiddetin ortaya çıkışını önlemeye yönelik çalışmaları, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış kişinin rehabilitasyonu çabalarını kapsar (26).

Birincil korunma Cİ'yi önlemeye yönelik halka yapılacak eğitimi, şiddeti tanımlamaya ve kriz durumundaki girişimlere yönelik sağlık ekibine yapılacak eğitimi, şiddet ve istismar ile ilgili risk gruplarının tanımlanmasını, risk altındaki kişilere danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin sağlanmasını, çatışma ve stres yönetimini içerir (26).

İkincil önleme çalışmaları daha çok Cİ davranışı sonrasında genellikle hastayı ilk gözlemleyen ekip elemanlarının girişimlerini içerir. Bu dönemde çocuğun tanımladığı utanç ve suçluluk gibi duyguları üzerinde durulması ve istismarın sorumlusu olmadığının anlatılması gerekir. Bu dönemde çocuğun duyguları ile ilgili yargılamalarda bulunulmamalıdır (26).

Üçüncül önleme çalışmaları istismarın gerçekleşmesi durumunda zararın hafifletilmesine yönelik, yinelenmesini önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici çabaları kapsar. İstismara uğrayanlarla birlikte istismar edenlerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri gereklidir (26).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızın örneklemini Haziran 2008 – Haziran 2013 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğine adli olarak yönlendirilen 357 kız ve 31 erkek toplam 388 Cİ olgusu oluşturmaktadır. Haziran 2008 – Haziran 2013 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğine adli olarak yönlendirilen tüm olgular dışlama kriteri olmaksızın retrospektif olarak değerlendirilmiş ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek 1).

Cinsel istismar olgularının tamamı ile başvurdukları dönemde klinik görüşme yapılmış olup görüşmeyi yapan araştırma görevlileri tarafından sosyo-demografik verileri içeren anamnez formu doldurulmuştur. Bölümümüzce polikliniğe başvuran her olgu için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ebeveynlere ait sosyodemografik özellikler sorgulanmaktadır (olguların ve ebeveynlerin yaşları ve eğitim durumları, ebeveynlerin iş durumları, ailedeki psikiyatrik bozukluk öyküsü, aile yapısı ve durumu, olgu ve ebeveynlerde kronik fiziksel hastalık olup olmadığı, olguların yürüme-konuşmaya başladıkları, tuvalet eğitimini aldıkları yaşları gibi).

Dil gelişimi tamamlanmış ve kooperasyon kurulabilen olgulara zeka testi (Stanford Binet, Cattell 2A) uygulanmıştır.

Olguların istismar olayı ile ilgili verileri, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre poliklinik izleminde ve adli heyette aldıkları tanılar, izleme ilişkili poliklinik sayıları, ilaç tedavisi kullanımına ait verileri, poliklinik dosyaları ve değerlendirildikleri adli heyet raporları incelenerek elde edilmiştir.

Verilerine ulaştığımız olgular istatistiksel analiz öncesinde gruplandırıldı. Zeka düzeyine göre iki grup oluşturuldu. Sınır, normal ve parlak zeka düzeyinde olan olgular bir grupta, zeka geriliği olan olgular ikinci bir grupta ele alındı. Benzer şekilde olguların ve ebeveynlerinin eğitim durumları da iki grupta (birinci grup ilköğretim ve altı eğitim seviyesi, ikinci grup lise ve daha üstü eğitim seviyesi) değerlendirildi. İstismar eden yakınlığı aile içi (aile bireyi, akraba, üvey baba/anne ve kan bağı olmayan akraba) ve aile dışı (erkek arkadaşı, komşu-tanıdık ve yabancı) olarak ele alındı. Birbirine yakın özellikleri olup az sayıda olgudan oluşan grupların birleştirilmesi istatistiksel olarak daha anlamlı sonuçlara ulaşma amacıyla yapıldı. İncelenen dosyalarda istismar edene ait bilgiler de kayıt edilip değerlendirmeye alındı.

İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 for Windows paket programında %95 güvenle yapılmıştır. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson Chi-Square, sürekli verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Olgular 3–18 yaş arası kızlar ve erkeklerden oluşmakta olup, 357'si (%92) kız, 31'i (%8) erkekti. Sınıflandırılan olguların çoğunluğu (%43,6) 15–18 yaş aralığında olup, ortalama yaşları $13,41 \pm 2,99$ yıl olarak bulundu. Cinsiyete göre ortalama yaşa bakıldığında kızların ortalama yaşları $13,59 \pm 2,85$ yıl, erkeklerin ortalama yaşları $11,32 \pm 3,71$ yıl olarak bulundu (Tablo 1).

Eğitim durumu ile ilgili verilerine ulaşılan 369 olgunun %2,7'sinin okul yaşında olmadığı, %6,8'inin de okuma yazmasının olmadığı belirlendi. İlköğretime devam edenlerin %38,2, ilköğretim terk olanların %13,3, ilköğretim mezunu olanların %12,5, liseye devam edenlerin %19,2, lise terk olanların %7, lise mezunları ise %0,3 oranlarında dağıldığı saptandı (Tablo 1). Kız (%35,8) ve erkek (%64,5), olguların çoğunluğunun ilköğretime devam ettiği belirlendi (Tablo 2).

Psikometrik değerlendirme sonuçlarına ulaşılan 379 olgunun %81,3'ünün normal zeka düzeyinde, %3,2'sinin parlak zeka düzeyinde, %9'unun sınır zeka düzeyinde ve %6,5'inin zeka geriliğinin olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 1. Olguların cinsiyet, yaş ve eğitim durumları dağılımı

		sayı	yüzde	Ort.±SS yaş
		n	%	
Cinsiyet	Kız	357	92,0	13,59±2,85
	Erkek	31	8,0	11,32±3,71
Yaş	3-6 yaş	15	3,9	13,41±2,99
	7-11 yaş	70	18,0	
	12-14 yaş	134	34,5	
	15-18 yaş	169	43,6	
Eğitim	Okul yaşında değil	10	2,7	13,41±2,99
	Okuma yazma yok	25	6,8	
	İlköğretim terk	49	13,3	
	İlköğretime devam ediyor	141	38,2	
	İlkokul mezunu	46	12,5	
	Lise terk	26	7,0	
	Liseye devam ediyor	71	19,2	
	Lise mezunu	1	0,3	

n: Kişi sayısı

Tablo 2. Olguların cinsiyetlerine göre eğitim oranları dağılımı

		Cinsiyet				Toplam	
		Kız		Erkek			
		n	%	n	%	n	%
Eğitim	Okul yaşında değil	8	2,4	2	6,5	10	2,7
	Okuma yazma yok	23	6,8	2	6,5	25	6,8
	İlköğretim terk	48	14,2	1	3,2	49	13,3
	İlköğretime devam ediyor	121	35,8	20	64,5	141	38,2
	İlkokul mezunu	44	13,0	2	6,5	46	12,5
	Lise terk	25	7,4	1	3,2	26	7,0
	Liseye devam ediyor	68	20,1	3	9,7	71	19,2
	Lise mezunu	1	0,3	-	-	1	0,3
	Toplam	338	91,6	31	8,4	369	100,0

n: Kişi sayısı

Tablo 3. Olguların zeka düzeyine göre dağılımı

		Cinsiyet				Toplam	
		Kız		Erkek		n	%
		n	%	n	%		
Zeka düzeyi	Normal (80-110)	291	83,4	17	56,7	308	81,3
	Sınır MR (70-79)	31	8,9	3	10,0	34	9,0
	Hafif MR (50-69)	12	3,4	6	20,0	18	4,7
	Orta MR (35-49)	5	1,4	-	-	5	1,3
	Ağır MR (20-34)	1	0,3	1	3,3	2	0,5
	Parlak Zeka (111 ve üstü)	9	2,6	3	10,0	12	3,2
	Total	349	100,0	30	100,0	379	100,0

n: Kişi sayısı

Eğitim durumları ile ilgili 369 olgunun verisine ulaşıldı. Cinsiyete göre eğitim durumu ilişkisine bakıldığında kız ve erkek olguların çoğunluğunun ilkökul seviyesi veya daha da altında bir eğitim seviyesine sahip oldukları belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların cinsiyetlerine göre eğitim oranları dağılımı

		Cinsiyet				Toplam		p	χ^2
		Kız		Erkek		N	%		
		n	%	n	%				
Eğitim	İlkökul seviyesi ve altı	244	72,2	27	87,1	271	73,4	0,072	3,23
	Lise ve üstü	94	27,8	4	12,9	98	26,6		
	Toplam	338	100,0	31	100,0	369	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Olguların cinsiyetine göre yaş oranlarının dağılımına bakıldı. Kız olguların büyük bir çoğunluğu (%45,7) 15-18 yaş aralığındayken, erkek olguların büyük bir kısmı (%41,9) 7-11 yaş aralığındaydı. Kızlarda ve toplam grupta yaş artışı ile birlikte istismarın da arttığı, erkeklerde ise yaş artışı ile birlikte istismarın azaldığı saptandı. Olguların cinsiyetlerine göre yaş oranları ile gruplar arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların cinsiyetlerine göre yaş oranlarının dağılımı

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek		n	%	
		n	%	n	%			
Yaş	3-6 yaş	12	3,4	3	9,7	15	3,9	0,001
	7-11 yaş	57	16,0	13	41,9	70	18,0	
	12-14 yaş	125	35,0	9	29,0	134	34,5	
	15-18 yaş	163	45,7	6	19,4	169	43,6	
	Toplam	357	92,0	31	8,0	388		

n: Kişi sayısı, *p<0,05

Annelerin yaşı ile ilgili verilere bakıldığında ortalama yaşları 37,42±6,41 yıl olarak saptandı. İş durumu ile ilgili verisine ulaşılan annelerin iş durumları incelendiğinde, çalışan annelerin oranı %27,7, emeklilik oranı %0,4, ev hanımı oranı %71,9 olarak bulundu. Eğitim durumlarına bakıldığında %21,1'inin okuma yazma bilmediği, %60,6'sının ilköğretim mezunu olduğu, %7,3'ünün ilköğretimini tamamlamadığı, %9,3'ünün lise mezunu olduğu, %0,4'ünün lise terk olduğu, %1,2'sinin de üniversite mezunu olduğu belirlendi. Babaların yaşı ile ilgili verilere bakıldığında ortalama yaşları 42,22±7,41 yıl olarak saptandı. İş durumları incelendiğinde, çalışan babaların oranı %88,3, emeklilik oranı %4,5, işsiz olanların oranı %6 olarak bulundu. Eğitim durumlarına bakıldığında, %11,7'sinin okuma yazma bilmediği, %67,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %8,8'inin ilköğretimini tamamlamadığı, %9,2'sinin lise mezunu olduğu, %0,4'ünün lise terk olduğu, %2,5'inin de üniversite mezunu olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Olguların anne ve baba özelliklerinin dağılımı

		n	%
Anne yaşı Ort.±SS	37,42±6,41		
Anne meslek	Ev hanımı	187	71,9
	Çalışıyor	72	27,7
	Emekli	1	0,4
Anne eğitim	Okur yazar değil	52	21,1
	İlköğretim terk	18	7,3
	İlköğretim mezunu	149	60,6
	Lise terk	1	0,4
	Lise mezunu	23	9,3
	Üniversite mezunu	3	1,2
Baba yaşı Ort.±SS	42,22±7,41		
Baba meslek	İşsiz	16	6,0
	Çalışıyor	234	88,3
	Emekli	12	4,5
	Diğer	3	1,1
Baba eğitim	Okur yazar değil	28	11,7
	İlköğretim terk	21	8,8
	İlköğretim mezunu	161	67,4
	Lise terk	1	0,4
	Lise mezunu	22	9,2
	Üniversite mezunu	6	2,5

n: Kişi sayısı

Cinsiyetlere göre anne ve baba eğitim durumlarının ilişkisine bakıldı. Hem kız, hem de erkek olguların anne ve babalarının büyük çoğunluğu (%59,1, %76,2, %66,2, %82,4) ilköğretim mezunuydu. Olguların cinsiyetleri ile anne ve baba eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 7 ve 8).

Tablo 7. Cinsiyete göre anne ve baba eğitimi oranları dağılımı

		Cinsiyet				Toplam	
		Kız		Erkek			
		n	%	n	%	n	%
Anne eğitim	Okur yazar değil	49	21,8	3	14,3	52	21,1
	İlköğretim terk	18	8,0	-	-	18	7,3
	İlköğretim mezunu	133	59,1	16	76,2	149	60,6
	Lise terk	1	0,4	-	-	1	0,4
	Lise mezunu	21	9,3	2	9,5	23	9,3
	Üniversite mezunu	3	1,3	-	-	3	1,2
Toplam		225	91,5	21	8,5	246	100,0
Baba eğitim	Okur yazar değil	28	12,6	-	-	28	11,7
	İlköğretim terk	20	9,0	1	5,9	21	8,8
	İlköğretim mezunu	147	66,2	14	82,4	161	67,4
	Lise terk	1	0,5	-	-	1	0,4
	Lise mezunu	21	9,5	1	5,9	22	9,2
	Üniversite mezunu	5	2,3	1	5,9	6	2,5
Toplam		222	92,9	17	7,1	239	100,0

n: Kişi sayısı

Tablo 8. Cinsiyete göre anne ve baba eğitimi oranlarının dağılımı ve ilişkisi

		Cinsiyet				Toplam		p	χ^2
		Kız		Erkek					
		n	%	n	%	n	%		
Anne eğitim	İlkokul ve altı	200	88,9	19	90,5	219	89,0	0,824	0,05
	Lise ve üstü	25	11,1	2	9,5	27	11,0		
Toplam		225	100,0	21	100,0	246	100,0		
Baba eğitim	İlkokul ve altı	195	87,8	15	88,2	210	87,9	0,961	0,00
	Lise ve üstü	27	12,2	2	11,8	29	12,1		
Toplam		222	100,0	17	100,0	239	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Cinsiyet ile olguların, annelerinin ve babalarının ortalama yaşları ile ilişkisi incelendi. Kız olguların yaşları ve anne yaşları erkek olguların yaşlarından ve anne yaşlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken ($p<0,05$), kız ve erkeklerin baba yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Cinsiyet ile olguların, annelerinin ve babalarının ortalama yaşları ile ilişkisi

	Kız	Erkek	p*
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Ortalama yaş	13,59±2,85	11,32±3,71	0,001
Ortalama anne yaşı	37,73±6,44	34,09±5,04	0,012
Ortalama baba yaşı	42,34±7,5	40,8±6,18	0,424

p* < 0,05

Cinsiyet ile olguların, annelerinin ve babalarının iş durumunun ilişkisi incelendi. Anne ve baba çalışma durumu ile ilgili oranları açısından kız ve erkek olgularda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p > 0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyet ile olguların anne ve babalarının iş durumu ile ilişkisi

	Cinsiyet				Total		p	χ^2
	Kız		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Çalışan anne	67	28,2	5	22,7	72	27,7	0,586	0,29
Çalışan baba	215	87,8	19	95	234	88,3	0,332	0,94

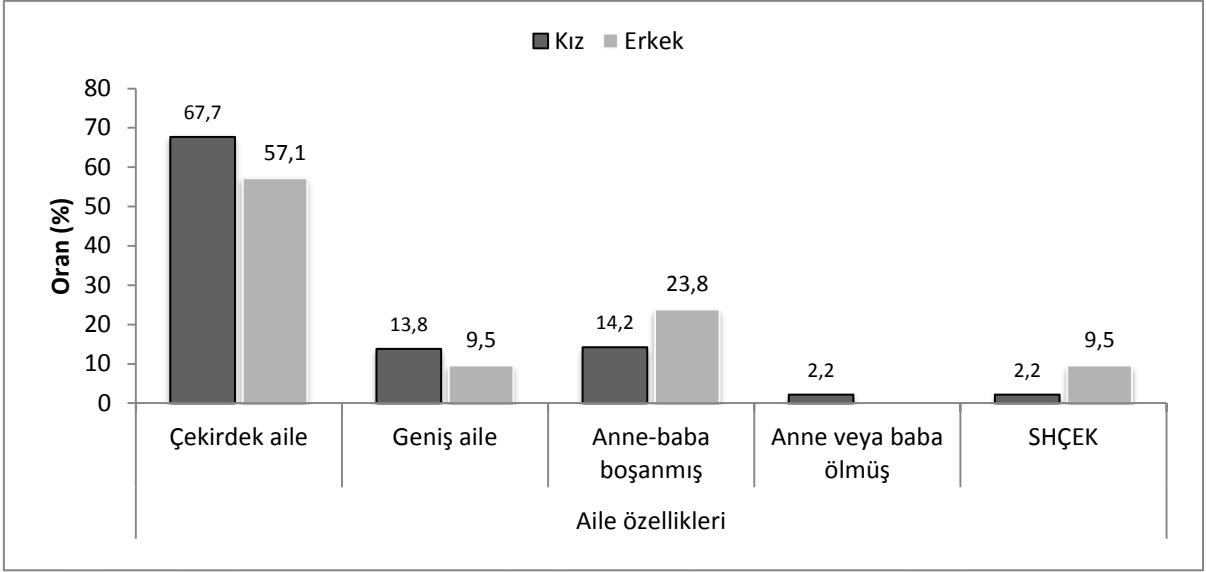
n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Olguların aile özellikleri incelendiğinde; %66,8'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı, %13,4'ünün geniş aileden geldiği, %15'inin anne-babasının boşanmış olduğu, %2'sinin anne veya babasının ölmüş olup tek ebeveynli aileden geldiği, %2,8'inin de SHÇEK'ten geldiği belirlendi. Hem kız (%67,7), hem de erkek (%57,1) olguların çoğunluğunun çekirdek tipi aileden geldiği bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. Olguların cinsiyetlerine göre aile tipi ve aile özelliklerinin dağılımı

		Cinsiyet				Toplam	
		Kız		Erkek		n	%
		n	%	n	%		
Aile özellikleri	Çekirdek aile	157	67,7	12	57,1	169	66,8
	Geniş aile	32	13,8	2	9,5	34	13,4
	Anne-baba boşanmış	33	14,2	5	23,8	38	15,0
	Anne veya baba ölmüş	5	2,2	-	-	5	2,0
	SHÇEK	5	2,2	2	9,5	7	2,8
	Toplam	232	91,7	21	8,3	253	100,0

n: Kişi sayısı, SHÇEK: Sosyal hizmetler çocuk esirgeme kurumu



Şekil 1. Olguların cinsiyetlerine göre aile tipi ve aile özelliklerinin dağılımı

İstismarın ortaya çıkış şekline bakıldığında, mağdurların %44,8'inin olayı kendilerinin anlattıkları, %11,2'sinin başkasının görmesiyle ortaya çıktığı, %18,8'inin istismar sonrasında gebeliğin olmasıyla olayın ortaya çıktığı ve %25,3'ünün de diğer (rastlantısal, ailenin şüphelenmesi) bir şekilde ortaya çıktığı saptandı (Tablo 12).

İstismar türü incelendiğinde mağdurların en çok vajinal penetrasyona maruz kaldıkları (%45,2) belirlendi. Bu örnekte ez az görülen istismar şekli oral penetrasyondur (%1,3) (Tablo 12).

Olguların %35,7'sinin kendi istekleriyle birlikte oldukları, %6,3'ünün kandırılarak, %53,9'unun da zorla istismara maruz kaldıkları belirlendi. Birden çok kez istismara maruz kalan olgular farklı istismar zamanlarında zorlanarak ve kandırılarak veya zorlanarak ve kendi isteğiyle olmak üzere farklı yöntemlerle istismar edildiklerinden iki istismar şeklini de içeren ayrı gruplarda sınıflandırıldılar (Tablo 12).

İstismar sayısına bakıldığında %49,6'sının bir kez, %50,4'ünün birden çok kez istismar edildikleri saptandı (Tablo 12).

Cinsiyete göre istismarın ortaya çıkış şekli değerlendirildiğinde, kızlarda (%43,2) ve erkeklerde (%63,3) Cİ olayının çoğunlukla mağdur ifadeleriyle ortaya çıktığı bulundu. Gebelik ile istismarın ortaya çıkması sadece kızlarda görülebileceğinden cinsiyete göre istatistiksel değerlendirme yapılmadı (Tablo 13).

Tablo 12. İstismar özelliklerinin dağılımı

		Kız		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ortaya çıkış şekli	Mağdur ifadesi	153	43,2	19	61,3	172	44,8
	Başkasının görmesi	38	10,7	5	16,1	43	11,2
	Gebelik ile ortaya çıkma	72	20,3	-	-	72	18,8
	Diğer	91	25,7	7	22,6	98	25,3
İstismarın tipi	Anal penetrasyon	13	3,6	9	30,0	22	5,7
	Vajinal penetrasyon	175	49,0	-	-	175	45,2
	Dokunma-okşama	66	18,5	5	16,7	71	18,3
	Öpme	6	1,7	-	-	6	1,6
	İnterfemoral ilişki	9	2,5	11	36,7	20	5,2
	Oral penetrasyon	3	0,8	2	6,7	5	1,3
	Cinsel organ gösterme-elletme	6	1,7	-	-	6	1,6
	Sözel ve diğer	33	9,2	3	10,0	36	9,3
	Dokunma-okşama, interfemoral ilişki	6	1,7	-	-	6	1,6
	Dokunma-okşama, öpme	21	5,9	-	-	21	5,4
	Tamamlanmamış tecavüz	8	2,2	-	-	8	2,1
	Anal-vajinal penetrasyon	11	3,1	-	-	11	2,8
İstismarın sayısı	Bir kez	172	48,5	19	63,3	191	49,6
	Birden çok	183	51,5	11	36,7	194	50,4
İstismarın yöntemi	Zorla	183	51,7	24	80,0	207	53,9
	Kandırma	19	5,4	5	16,7	24	6,3
	Kendi isteğiyle	136	38,4	1	3,3	137	35,7
	Zorla ve kandırma ile	11	3,1	-	-	11	2,9
	Zorla ve kendi isteğiyle	5	1,4	-	-	5	1,3

n: Kişi sayısı

Tablo 13: Cinsiyete göre istismarın ortaya çıkış şekilleri arasındaki ilişki

Cinsiyet	Ortaya çıkış şekli								Toplam	
	Mağdur ifadesi		Başkasının görmesi		Gebelik ile ortaya çıkma		Diğer			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kız	153	43,2	38	10,7	72	30,3	91	25,7	354	91,9
Erkek	19	63,3	5	16,7	-	-	6	20,0	30	8,1
Toplam	172	44,8	43	11,2	72	18,8	97	25,3	384	100,0

n: Kişi sayısı

İstismar edene ait özelliklerin dağılımı incelendi. Yaş ortalamaları $28,5 \pm 14,65$ yaş olduğu ve %99,2'sinin erkek olduğu saptandı. İstismar edenin olguya yakınlık derecesi ve mesleği incelendiğinde; %44,4'ünün olgunun erkek arkadaşı olduğu, %25,1'inin komşu veya tanıdık olduğu, %14,5'inin yabancı olduğu, %6,5'inin akraba olduğu, %4,9'unun aile bireyi olduğu, %1'inin üvey anne veya üvey baba olduğu ve %3,6'sının diğer olarak tanımladığımız kan bağı olmayan akrabaların (kayınpeder, enişte, eşinin kardeşi) olduğu saptandı. İstismar edenlerin mesleklerine bakıldığında, %16,7'sinin öğrenci, %29,9'unun işçi, %5,6'sının çiftçi, %23,6'sının esnaf, %14,6'sının işsiz, %3,5'inin memur, %2,8'inin çoban, %1,4'ünün öğretmen, %1,4'ünün şoför ve %0,7'sinin asker olduğu saptandı (Tablo 14).

Tablo 14. İstismar edene ait özelliklerin dağılımı

		n	%
İstismar edenin yaşı	Ort.±SS - 28,5±14,65		
İstismar eden sayısı	Bir	361	93,5
	Birden çok	25	6,5
İstismar edenin cinsiyeti	Erkek	384	99,2
	Kadın	3	0,8
İstismar edenin yakınlığı	Erkek arkadaşı	172	44,4
	Aile bireyi	19	4,9
	Akraba	25	6,5
	Komşu-tanıdık	97	25,1
	Yabancı	56	14,5
	Üvey baba/anne	4	1,0
	Diğer	14	3,6
İstismar edenin mesleği	Öğrenci	24	16,7
	Çiftçi	8	5,6
	Çoban	4	2,8
	İşçi	43	29,9
	Öğretmen	2	1,4
	Şoför	2	1,4
	Esnaf-serbest meslek	34	23,6
	İşsiz	21	14,6
	Memur	5	3,5
	Asker	1	0,7

n: Kişi sayısı

İstismar sonrası değerlendirilen olguların tanı ve tedavi dağılımları incelendiğinde; %65,4'ünün tanı almadığı, %15,5'inin TSSB tanısını, %12,1'inin ASB tanısını, %1,8'inin depresyon tanısını, %1,8'inin uyum bozukluğu tanısını, %0,5'inin anksiyete bozukluğu tanısını, %0,3'ünün selektif mutizm tanısını aldıkları saptandı. Olguların %18,6'sına ilaç

tedavisine başlandığı, %17,5'inin poliklinik izlemlerine geldiği, %10,8'inin önceden verilen randevularına gelmediği saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Olguların tanı, tedavi alma ve takip oranlarının dağılımı

		n	%
Psikiyatrik tanı	Tanı yok	253	65,4
	TSSB	60	15,5
	Depresyon	7	1,8
	Anksiyete bozukluğu	2	0,5
	ASB	47	12,1
	Uyum bozukluğu	7	1,8
	Selektif mutizm	1	0,3
	TSSB+Depresyon	6	1,6
	Depresyon+ASB	2	0,5
	Depresyon+Uyum bozukluğu	1	0,3
	Tanı bilinmiyor	1	0,3
Tıbbi tedavi	Aldı	72	18,6
	Almadı	315	81,4
Klinik takip	Evet	68	17,5
	Hayır	278	71,6
	Randevularına gelmedi	42	10,8

n: Kişi sayısı, **TSSB:** Travma sonrası stres bozukluğu, **ASB:** Akut stres bozukluğu,

Olguların erken yaş evlilik ve istismar sonrası durumu incelendiğinde; %14,9'unun erken yaş evlilik yaptığı, %20,6'sında istismar sonrası gebelik olduğu, %6,7'sinin istismar sonrasında özkıyım girişiminde bulunduğu saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. İstismar sonrası olgularda gebelik, özkıyım ve erken yaş evliliğin görülme oranlarının dağılımı

		n	%
İstismar sonrası gebelik	Var	80	20,6
	Yok	308	79,4
İstismar sonrası özkıyım girişimi	Var	26	6,7
	Yok	362	93,3
Erken yaş evlilik	Var	58	14,9
	Yok	330	85,1

n: Kişi sayısı

İstismar eden yakınlığı; aile içi (akraba) ve aile dışı (tanıdık ve yabancı) olarak 2 grupta ele alındı. Olguların çoğunda (%84) istismar edenin aile dışından biri olduğu saptandı. Aile dışı istismara maruz kalma; kız olgularda (%84,8), erkek olgularda (%74,2) göre daha

yüksek, aile içi istismara maruz kalma ise; erkek olgularda (%25,8), kız olgulara (%15,2), göre daha yüksek oranda bulundu. Aile içi istismara uğrayan 62 olgunun 54'ü kız, 8'i erkekti. Olguların cinsiyetlerine göre istismar edenin yakınlık oranlarının dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Olguların cinsiyetleri ile istismar eden yakınlığı arasındaki ilişki

İstismar eden yakınlığı	Cinsiyet				Toplam		p	χ^2
	Kız		Erkek					
	n	%	n	%	n	%		
Aile içi	54	15,2	8	25,8	62	16,0	0,121	2,39
Aile dışı	302	84,8	23	74,2	325	84,0		
Toplam	356	92,0	31	8,0	387	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Olgular, çocuk ve ergen grubu olarak iki grupta (3-11yaş ve 12-18 yaş) değerlendirildi, istismar edenin yakınlığı aile içi ve aile dışı olarak 2 grupta ele alındı. Çocuk ve ergenlerde istismar edenin yakınlık oranlarının dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p>0,05$). Aile içi biri tarafından istismar edilme 11 yaş altı çocuk grubunda (%32,1), 12 yaş üstü ergen grubuna (%11,6) göre daha yüksek oranda bulundu. Aile dışı biri tarafından istismar edilme ise ergen grupta (%88,4), çocuk grubuna göre (%67,9) daha yüksek oranda bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. İstismara maruz kalan çocuk ve ergen olgular ile istismar edenin yakınlığı arasındaki ilişki

İstismar eden yakınlığı	Yaş				Toplam		p*	χ^2
	Çocuk (3-11 yaş)		Ergen (12-18 yaş)					
	n	%	n	%	n	%		
Aile içi	27	32,1	35	11,6	62	16,0	0,001	20,72
Aile dışı	57	67,9	268	88,4	325	84,0		
Toplam	84	21,7	303	78,3	387	100,0		

n: Kişi sayısı, $p^*<0,05$, *Ki-Kare trend testi

Tablo 19. Kız ve erkek olgularda istismar edenin yakınlığına göre istismar sayısı oranlarının dağılımı

		Yaş				Toplam	
		Çocuk (3-11 yaş)		Ergen (12-18 yaş)			
Cinsiyet	İstismar eden yakınlığı	n	%	n	%	n	%
Kız	Aile içi	21	30,9	33	11,5	54	15,2
	Aile dışı	47	69,1	255	88,5	302	84,8
	Total	68	100,0	288	100,0	356	100,0
Erkek	Aile içi	6	37,5	2	13,3	8	25,8
	Aile dışı	10	62,5	13	86,7	23	74,2
	Total	16	100,0	15	100,0	31	100,0
Toplam	Aile içi	27	32,1	35	11,6	62	16,0
	Aile dışı	57	67,9	268	88,4	325	84,0
	Total	84	100,0	303	100,0	387	100,0

n: Kişi sayısı

Olgular oyun çocuğu (3-6 yaş), okul çocuğu (7-11 yaş), erken ergenlik (12-14 yaş) ve geç ergenlik (15-18 yaş) dönemlerini kapsayan gruplara göre ele alınarak istismar edenin yakınlık oranları incelendiğinde, oyun çocuğu (%33,3) ve okul çocuğu (%36,2) grubunun çoğunlukla komşu-tanıdık tarafından, erken (%53,7) ve geç ergenlik (%58) grubunun ise çoğunlukla erkek arkadaşı tarafından istismara uğradıkları belirlendi. Yaş gruplarına göre istismar eden yakınlığı oranlarının dağılımı incelendiğinde erkek arkadaş (p=0,001), akraba (p=0,003), komşu-tanıdık (p=0,017) ve yabancıların (p=0,001) istismar oranları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Erkek arkadaşı (%58) tarafında mağdur edilen olguların çoğunluğu 15-18 yaş aralığında olan ergenler iken, akraba (%17,4), komşu/tanıdık (%36,2) ve yabancı (%39,3) istismarcıların kurbanları genellikle 7-11 yaş çocuklarıydı. Diğer değişkenler (aile bireyi, üvey baba/anne, diğer) ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 20).

Tablo 20. Yaş gruplarına göre istismar edenin yakınlığı arasındaki oranların dağılımı

İstismar eden	Yaş								Toplam		p*
	3-6 yaş		7-11 yaş		12-14 yaş		15-18 yaş		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Erkek arkadaşı	1	6,7	1	1,4	72	53,7	98	58,0	172	44,4	0,001
Aile bireyi	2	13,3	4	5,8	5	3,7	8	4,7	19	4,9	0,347
Akraba	2	13,3	12	17,4	3	2,2	8	4,7	25	6,5	0,003
Komşu-tanıdık	5	33,3	25	36,2	32	23,9	35	20,7	97	25,1	0,017
Yabancı	3	20,0	22	31,9	14	10,4	17	10,1	56	14,5	0,001
Üvey baba/anne	-	-	2	2,9	2	1,5	-	-	4	1,0	0,111
Diğer	2	13,3	3	4,3	6	4,5	3	1,8	14	3,6	0,056
Toplam	15	3,9	69	17,8	134	34,6	169	43,7	387	100,0	

n: Kişi sayısı, p* < 0,05

Olguların cinsiyetlerine göre istismar sıklığı, “bir kez” ve “birden çok” olmak üzere iki grupta alınarak değerlendirildi. 3 olgunun istismar sıklığı ile ilgili verisine ulaşılamadığından 385 olgu değerlendirmeye alındı. Olguların %49,6’sının istismara bir kez maruz kaldığı, %50,4’ünün ise birden çok kez maruz kaldığı belirlendi. Kızlarda birden çok kez istismara uğrama oranı %51,5, erkeklerde birden çok kez istismara uğrama oranı %36,7 olarak saptandı. Cinsiyet ile istismar sıklığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 21).

Tablo 21. Olguların cinsiyetlerine göre istismar sıklığı oranlarının ilişkisi

İstismar sıklığı	Cinsiyet				Toplam		p	χ ²
	Kız		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Bir kez	172	48,5	19	63,3	191	49,6	0,117	2,45
Birden çok	183	51,5	11	36,7	194	50,4		
Toplam	355	92,2	30	7,8	385	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Cinsiyete göre istismarcı sayısının oranlarının ilişkisi incelendi. 2 olgunun istismarcı sayısı ile ilgili verisine ulaşılamadığından 386 olgu değerlendirmeye alındı. Kızlarda (%94,1) ve erkeklerde (%87,1) Cİ eylemi genellikle bir kişi tarafından gerçekleştirilmişti. Cinsiyet ile istismarcı sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p > 0,05) (Tablo 21).

Tablo 22. Cinsiyete göre birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme oranlarının ilişkisi

		Cinsiyet				Toplam		p	χ^2
		Kız		Erkek					
		n	%	n	%	n	%		
İstismarcı sayısı	Bir	334	94,1	27	87,1	361	93,5	0,130	2,29
	Birden çok	21	5,9	4	12,9	25	6,5		
Toplam		355	92,0	31	8,0	386	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

İstismar sıklığı, 3-11 yaş çocuk grubu ve 12-18 yaş ergen grubu olarak iki ayrı grupta değerlendirildi. 3 olgunun istismar sıklığı ile ilgili verisine ulaşamadığından 385 olgu değerlendirmeye alındı. İstismara bir kez maruz kalan çocuk grubunun oranı (%78,3), ergenlere göre belirgin derecede daha yüksek (%41,7) bulunurken, birden çok kez istismara maruz kalanların oranı ergenlerde (%58,3) daha yüksekti. İstismar sıklığına göre çocuk ve ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 23).

Tablo 23. Çocuk ve ergen olgularda istismar sıklığı oranlarının ilişkisi

İstismar sıklığı	Yaş				Toplam		p*	χ^2
	Çocuk (3-11 yaş)		Ergen (12-18 yaş)					
	n	%	n	%	n	%		
Bir kez	65	78,3	126	41,7	191	49,6	0,001	34,87
Birden çok	18	21,7	176	58,3	194	50,4		
Toplam	83	21,6	302	78,4	385	100,0		

n: Kişi sayısı, p* $<$ 0,05, *Ki-Kare trend testi

Cinsiyete göre istismar eden yakınlığı ile istismar sayısı oranlarının ilişkisine bakıldı ve hem bir kez (%82,7) hem de birden çok kez (%85,6) istismara uğrayanların istismar edeninin çoğunlukla aile dışından olduğu saptandı. Ancak istismar eden yakınlığı ile istismar sayısı oranları arasındaki ilişkiye bakıldığında toplamda ve cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 24).

Tablo 24. Kız ve erkek olgularda istismar edenin yakınlığına göre istismar sayısı oranlarının ilişkisi

		İstismarın sayısı				Toplam		P	χ^2
		Bir kez		Birden çok					
Cinsiyet	İstismar eden yakınlığı	n	%	n	%	n	%		
Kız	Aile içi	28	16,3	25	13,7	53	14,9	0,489	0,47
	Aile dışı	144	83,7	158	86,3	302	85,1		
	Toplam	172	48,5	183	51,5	355	100,0		
Erkek	Aile içi	5	26,3	3	27,3	8	26,7	1,000	0,00
	Aile dışı	14	73,7	8	72,7	22	73,3		
	Toplam	19	63,3	11	36,7	30	100,0		
Toplam	Aile içi	33	17,3	28	14,4	61	15,8	0,445	0,46
	Aile dışı	158	82,7	166	85,6	324	84,2		
	Toplam	191	100,0	194	100,0	385	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

İstismar şekli olarak tekli, ikili ya da üçlü istismar şekillerini barındıran 12 Cİ şekli tanımlandı. Cİ olgularının 175'inde (%45,2) sadece vajinal penetrasyon, 22'sinde (%5,7) sadece anal penetrasyon, 71'inde (%18,3) sadece dokunma-okşama, 6'sında (%1,6) sadece öpme, 20'sinde (%5,2) sadece sürtünme, 5'inde (%1,3) sadece oral penetrasyon, 6'sında (%1,6) sadece cinsel organ gösterme, 36'sında (%9,3) sadece sözlü istismar olduğu saptandı. Geriye kalan 46 olguda (%11,9) ise bu istismar şekillerinin birliktelik gösterdiği belirlendi. Anal, vajinal ve oral penetrasyondan herhangi birinin varlığı penetrasyon varlığı olarak kabul edildi. Bu tanımlamaya göre verisine ulaşılan 387 olgunun 213(%55,0)'ünde penetrasyon bulunmaktaydı (Tablo 25).

Cinsiyete göre penetrasyon varlığı oranları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kızlarda görülen penetrasyon oranı (%56,6), erkeklere (%36,7) göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 26).

Tablo 25. Cinsiyete göre istismar özelliklerinin gözlemlenme şekilleri

	Cinsiyet				Toplam	
	Kız		Erkek		n	%
	n	%	n	%		
Anal penetrasyon	13	3,6	9	30,0	22	5,7
Vajinal penetrasyon	175	49,0	-	-	175	45,2
Dokunma-okşama	66	18,5	5	16,7	71	18,3
Öpme	6	1,7	-	-	6	1,6
İnterfemoral ilişki	9	2,5	11	36,7	20	5,2
Oral penetrasyon	3	0,8	2	6,7	5	1,3
Cinsel organ gösterme	6	1,7	-	-	6	1,6
Sözlü taciz	33	9,2	3	10,0	36	9,3
Dokunma-okşama, interfemoral ilişki	6	1,7	-	-	6	1,6
Dokunma-okşama, öpme	21	5,9	-	-	21	5,4
Tamamlanmamış tecavüz	8	2,2	-	-	8	2,1
Anal-vajinal penetrasyon	11	3,1	-	-	11	2,8
Toplam	357	92,2	30	7,8	387	100,0

n: Kişi sayısı

Tablo 26. Cinsiyete göre penetrasyon varlığı oranlarının ilişkisi

Penetrasyon	Cinsiyet				Toplam		p*
	Kız		Erkek		n	%	
	n	%	n	%			
Var	202	56,6	11	36,7	213	55,0	0,035
Yok	155	43,4	19	63,3	174	45,0	
Toplam	357	92,2	30	7,8	387	100,0	

n: Kişi sayısı, p*<0,05, *Ki-Kare trend testi

Penetrasyon şekilleri; anal, vajinal, oral ve anal-vajinal olarak gruplandı. Vajinal penetrasyonun sadece kızlarda görülebilen bir istismar şekli olması sebebiyle cinsiyete göre istatistiksel değerlendirme yapılmadı (Tablo 27).

Tablo 27. Penetrasyon özelliklerine göre cinsiyet oranlarının dağılımı

Penetrasyon	Cinsiyet				Toplam	
	Kız		Erkek		n	%
	n	%	n	%		
Anal penetrasyon	13	6,4	9	81,8	22	10,3
Vajinal penetrasyon	175	86,6	-	-	175	82,2
Oral penetrasyon	3	1,5	2	18,2	5	2,3
Anal-vajinal penetrasyon	11	5,4	-	-	11	5,2
Toplam	202	94,8	11	5,2	213	100,0

n: Kişi sayısı, p*<0,05

Yaş gruplarına göre penetrasyon varlığı oranlarının dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. 3–6 yaş grubu (%86,7) ve 7–11 yaş grubu (%94,2) olguların çoğunda penetran olmayan bir istismar şeklinin belirgin olduğu; 12–14 yaş grubu (%60,4) ve 15–18 yaş grubu (%74,6) olguların çoğunda penetran olan istismar şekillerinin belirgin olduğu saptandı. 1 olgunun penetrasyon varlığı ile ilgili verisine ulaşılamadığından 387 olgu değerlendirmeye alındı (Tablo 28).

Tablo 28. Yaş gruplarına göre penetrasyon varlığı oranlarının ilişkisi

Penetrasyon	Yaş								Toplam		p*	χ ²
	3-6 yaş		7-11 yaş		12-14 yaş		15-18 yaş		n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Var	2	13,3	4	5,8	81	60,4	126	74,6	213	55,0	0,001	105,75
Yok	13	86,7	65	94,2	53	39,6	43	25,4	174	45,0		
Toplam	15	3,9	69	17,8	134	34,6	169	43,7	387	100,0		

n: Kişi sayısı, p* < 0,05, *Ki-Kare trend testi

Yaş gruplarına göre penetrasyon şekilleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Olguların 3–6 yaş grubunda sadece vajinal ve anal-vajinal penetrasyonun eşit sıklıkta (%50) olduğu, 7–11 yaş grubu olguların tamamında anal penetrasyonun olduğu, 12–14 yaş grubu (%82,7) ile 15–18 yaş grubu (%84,9) olgularının çoğunda vajinal penetrasyonun belirgin olduğu saptandı (Tablo 29).

Tablo 29. Yaş gruplarına göre penetrasyon özelliklerinin dağılımı

Penetrasyon özellikleri	İstismar yaşı								Total	
	3-6 yaş		7-11 yaş		12-14 yaş		15-18 yaş		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anal penetrasyon	-	-	4	100,0	8	9,9	10	7,9	22	10,3
Vajinal penetrasyon	1	50,0	-	-	67	82,7	107	84,9	175	82,2
Oral penetrasyon	-	-	-	-	2	2,5	3	2,4	5	2,3
Anal-vajinal penetrasyon	1	50,0	-	-	4	4,9	6	4,8	11	5,2
Total	2	0,9	4	1,9	81	38,0	126	59,2	213	100,0

n: Kişi sayısı

Küçük yaş gruplarında (3-6 yaş, 7-11 yaş ve 12-14 yaş) olgu sayısının az olması nedeniyle bu üç grup birleştirilerek istatistiksel değerlendirmeye alındı. Aynı şekilde oral penetrasyon ve anal-vajinal penetrasyona maruz kalan olgu sayısının az olması nedeniyle bu iki grup birleştirilerek değerlendirildi. Yaş gruplarına göre penetrasyon özellikleri arasında ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 30).

Tablo 30. Yaş gruplarına göre penetrasyon özellikleri arasındaki ilişki

Penetrasyon özellikleri	İstismar yaşı				Toplam		p	χ^2
	3-14 yaş		15-18 yaş		n	%		
	n	%	n	%				
Anal penetrasyon	12	13,8	10	7,9	22	10,3	0,359	2,05
Vajinal penetrasyon	68	78,2	107	84,9	175	82,2		
Oral/Anal-vajinal penetrasyon	7	8,0	9	7,1	16	7,5		
Toplam	87	100,0	126	100,0	213	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Penetrasyon varlığı akraba tarafından Cİ'ye uğrayan olgularda %27,4 iken, aile dışı biri tarafından Cİ'ye uğrayan grupta bu oran %60,5 idi. İstismar edenin yakınlığına göre penetrasyon varlığı oranlarının arasında bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 31).

Tablo 31. İstismar edenin yakınlığına göre penetrasyon varlığı oranlarının ilişkisi

Penetrasyon	İstismar eden yakınlığı				Toplam		p*	χ^2
	Aile içi		Aile dışı		n	%		
	n	%	n	%				
Var	17	27,4	196	60,5	213	55,2	0,001	23,01
Yok	45	72,6	128	39,5	173	44,8		
Toplam	62	16,1	324	83,9	386	100,0		

n: Kişi sayısı, p* < 0,05, *Ki-Kare trend testi

İstismar edenin yakınlığına göre penetrasyon özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Her iki grupta da olguların çoğunda en sık görülen penetrasyon şeklinin vajinal penetrasyon olduğu saptandı (Tablo 32 ve 33).

Tablo 32. İstismar edenin yakınlığına göre penetrasyon özelliklerinin dağılımı

Penetrasyon şekli	İstismar eden yakınlığı				Total	
	Aile içi		Aile dışı		n	%
	n	%	n	%		
Anal penetrasyon	4	23,5	18	9,2	22	10,3
Vajinal penetrasyon	11	64,7	164	83,7	175	82,2
Oral penetrasyon	-	-	5	2,6	5	2,3
Anal-vajinal penetrasyon	2	11,8	9	4,6	11	5,2
Total	17	8,0	196	92,0	213	100,0

n: Kişi sayısı

Tablo 33. İstismar edenin yakınlığına göre penetrasyon özellikleri arasındaki ilişki

İstismar eden yakınlığı	Penetrasyon şekli						Total		p	χ^2
	Anal penetrasyon		Vajinal penetrasyon		Oral/Anal-vajinal penetrasyon					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Aile içi	4	18,2	11	6,3	2	12,5	17	8,0	0,120	4,24
Aile dışı	18	81,8	164	93,7	14	87,5	196	92,0		
Total	22	100,0	175	100,0	16	100,0	213	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Olguların DSM-IV-TR tanı ve sınıflandırma sistemine göre yapılan psikiyatrik muayeneleri sonucu; 388 olgunun %65,4'ünde herhangi bir psikopatolojiye rastlanmazken, %34,6'sında en az bir psikopatoloji saptandı (Tablo 15 ve 34).

Tablo 34. Olguların cinsiyete göre tanılarının dağılımı

Psikiyatrik tanı	Cinsiyet				Toplam	
	Kız		Erkek			
	n	%	n	%	n	%
TSSB	56	47,5	4	25,0	60	44,8
Depresyon	7	5,9	-	-	7	5,2
Anksiyete bozukluğu	2	1,7	-	-	2	1,5
ASB	37	31,4	10	62,5	47	35,1
Uyum bozukluğu	6	5,1	1	6,3	7	5,2
Selektif mutizm	-	-	1	6,3	1	0,7
TSSB+Depresyon	6	5,1	-	-	6	4,5
Depresyon+ASB	2	1,7	-	-	2	1,5
Depresyon+Uyum bozukluğu	1	0,8	-	-	1	0,7
Tanı bilinmiyor	1	0,8	-	-	1	0,7
Toplam	118	88,1	16	11,9	134	100,0

n: Kişi sayısı, **TSSB**: Travma sonrası stres bozukluğu, **ASB**: Akut stres bozukluğu

TSSB ve ASB tanısını alan olgular ayrı iki grupta, sayılarının daha az olması sebebiyle farklı tanı alan veya tanısı bilinmeyen olgular üçüncü bir grupta ele alındı. Cinsiyete göre tanılarının dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kızlar en sık TSSB (%47,1) tanısını alırken, erkekler sıklıkla ASB (%62,5) tanısını almışlardı (Tablo 35).

Tablo 35. Olguların cinsiyete göre alınan psikiyatrik tanı arasındaki ilişkisi

Psikiyatrik tanı	Cinsiyet				Toplam		p*	χ^2
	Kız		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
TSSB	56	47,1	4	25,0	60	44,4	0,047	6,13
ASB	37	31,1	10	62,5	47	34,8		
Diğer	26	21,8	2	12,5	28	20,7		
Toplam	119	100,0	16	100,0	135	100,0		

n:Kişi sayısı, p* $<$ 0,05, *Ki-Kare trend testi, **TSSB**: Travma sonrası stres bozukluğu, **ASB**: Akut stres bozukluğu

Olguların cinsiyete göre tanı alma durumları değerlendirildi. Kız olguların %66,7'sinin cinsel istismara bağlı herhangi bir psikiyatrik tanı almazken, erkek olguların %51,6'sının istismar sonrasında psikiyatrik bir tanı aldığı belirlendi. Cinsiyete göre tanı alma durumunun ilişkisine bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 36).

Tablo 36. Olguların cinsiyete göre tanı alma durumlarının ilişkisi

Psikiyatrik tanı varlığı	Cinsiyet				Toplam		p*	χ^2
	Kız		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Tanı almadı	238	66,7	15	48,4	253	65,2	0,040	4,20
Tanı var	119	33,3	16	51,6	135	34,8		
Toplam	357	100,0	31	100,0	388	100,0		

n:Kişi sayısı, p* $<$ 0,05, *Ki-Kare trend testi, **TSSB**: Travma sonrası stres bozukluğu, **ASB**: Akut stres bozukluğu

Olguların zeka düzeyine göre istismar sayısı değerlendirildi. Zeka düzeyleri yakın olan gruplar birleştirilerek 2 grupta ele alındı. Normal zeka, parlak zeka ve sınır zeka düzeyine sahip olan olguların %51,9'unun birden çok kez istismara uğradıkları belirlenirken zeka geriliği olan olguların %64,7'sinin bir kez istismara uğradıkları saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p $>$ 0,05) (Tablo 37).

Olguların zeka düzeylerine göre penetrasyon varlığı oranlarının dağılımına bakıldı. Normal zeka, parlak zeka ve sınır zeka düzeyine sahip olan olguların %56,4'ünün penetrasyon içeren bir istismar şekline maruz kalırken zeka geriliği olan olguların %58,8'inin penetrasyon içermeyen bir istismara maruz kaldıkları saptandı. . Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p $>$ 0,05) (Tablo 38 ve 39).

Tablo 37. Olguların zeka düzeylerine göre istismar sayısı arasındaki ilişki

		Zeka düzeyi				Toplam		p	χ^2
		Normal, parlak ve sınır zeka		Zeka geriliği					
		n	%	n	%	n	%		
İstismarın sayısı	Bir kez	169	48,1	22	64,7	191	49,6	0,065	3,39
	Birden çok	182	51,9	12	35,3	194	50,4		
	Toplam	351	100,0	34	100,0	385	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Tablo 38. Olguların zeka düzeylerine göre penetrasyon varlığı oranlarının dağılımı

Zeka düzeyi	Penetrasyon				Total	
	Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%
Normal	170	81,3	138	81,7	308	81,5
Sınır MR	23	11,0	11	6,5	34	9,0
Hafif MR	8	3,8	10	5,9	18	4,8
Orta MR	2	1,0	3	1,8	5	1,3
Ağır MR	-	-	2	1,2	2	0,5
Parlak Zeka	6	2,9	5	3,0	11	2,9
Total	209	55,3	169	44,7	378	100,0

n: Kişi sayısı, MR: Mental retardasyon

Tablo 39. Olguların zeka düzeylerine göre penetrasyon varlığı arasındaki ilişkisi

		Zeka düzeyi				Toplam		p	χ^2
		Normal, parlak ve sınır zeka		Zeka geriliği					
		n	%	n	%	n	%		
Penetrasyon varlığı	Var	199	56,4	14	41,2	213	55,0	0,089	2,89
	Yok	154	43,6	20	58,8	174	45,0		
	Toplam	353	100,0	34	100,0	387	100,0		

n: Kişi sayısı, *Ki-Kare trend testi

Olguların zeka düzeyi ile cinsiyet ilişkisine bakıldı ve normal zekaya sahip olguların çoğunluğunun (%83,4) kız olduğu saptanırken, sınır MR (%10), hafif MR (%20), ağır MR (%3,3) ve parlak zeka düzeyine sahip olguların çoğunluğunun (%10) erkek olduğu, orta MR olan olguların tamamı (%1,4) kız olduğu saptandı. Zeka düzeyleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 40).

Tablo 40. Olguların zeka düzeylerine göre cinsiyet oranlarının dağılımı

IQ	Cinsiyet				Total	
	Kız		Erkek		n	%
	n	%	n	%		
Normal	291	83,4	17	56,7	308	81,3
Sınır MR	31	8,9	3	10,0	34	9,0
Hafif MR	12	3,4	6	20,0	18	4,7
Orta MR	5	1,4	-	-	5	1,3
Ağır MR	1	0,3	1	3,3	2	0,5
Parlak Zeka	9	2,6	3	10,0	12	3,2
Total	349	92,1	30	7,9	379	100,0

n: Kişi sayısı, MR: Mental retardasyon

Tablo 41. Olguların zeka düzeylerine göre cinsiyet arasındaki ilişki

		Zeka düzeyi				Toplam	p*	χ^2	
		Normal, parlak ve sınır zeka		Zeka geriliği					
		n	%	n	%				
Cinsiyet	Kız	331	93,5	26	76,5	357	92,0	0,000	12,24
	Erkek	23	6,5	8	23,5	31	8,0		
	Toplam	354	100,0	34	100,0	388	100,0		

n: Kişi sayısı, p* < 0,05, *Ki-Kare trend testi

Olgularımızın 9'unun cinsel istismar sonrasında birden fazla psikiyatrik tanı aldığı belirlendi. Tanı sayısının artışı ile çocuk yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, anne yaşı, anne eğitimi, baba yaşı, baba eğitimi, zeka düzeyi, penetrasyon varlığı, istismarın sayısı, istismar eden sayısı, istismar edenin yakınlığı, istismar edenin yaşı değişkenleri arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığını saptamak için korelasyon analizi yapıldı. Cinsiyet, anne eğitimi, baba yaşı ve zeka düzeyi arasında negatif bir korelasyon saptansa da, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tanı sayısı ile eğitim düzeyi, anne yaşı, baba eğitimi, penetrasyon varlığı, istismarın sayısı, istismar eden sayısı, istismar edenin yakınlığı, istismar edenin yaşı arasında pozitif yönde korelasyon görülsede, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tanı sayısı ile yaş arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak zayıf ancak anlamlı bir korelasyon bulundu ($p<0,05$) (Tablo 42).

Tablo 42: Tanı sayısı ile yaş, cinsiyet, eğitim, anne yaşı ve eğitimi, baba yaşı ve eğitimi, zeka düzeyi, penetrasyon varlığı, istismar sayısı, istismar eden sayısı, istismar eden yakınlığı ve istismar edenin yaşı özellikleri arasındaki korelasyon analiz sonuçları

	Tanı sayısı	
	r	p
Yaş	0,108	0,034
Cinsiyet	-0,046	0,371
Eğitim	0,090	0,084
Anne yaşı	0,035	0,580
Anne eğitim	-0,018	0,783
Baba yaş	-0,023	0,718
Baba eğitim	0,023	0,726
Zeka düzeyi	-0,075	0,147
Penetrasyon	0,033	0,518
İstismarın sayısı	0,050	0,324
İstismar eden sayısı	0,029	0,572
İstismar edenin yakınlığı	0,019	0,709
İstismar eden yaşı	0,001	0,981

r: korelasyon katsayısı, $p^*<0,005$

TARTIŞMA

Çalışmamızda Cİ nedeniyle değerlendirilen 388 olgunun; 357'sini (%92) kız, 31'ini (%8) erkek olgular oluşturmaktaydı. Yapılan çalışmaların birçoğunda erkeklere göre kızların daha fazla Cİ'ye uğradığı belirtilmektedir (76). Literatürle uyumlu olarak Cİ ile ilgili son yıllarda yapılan çalışmalarda da benzer şekilde Cİ kurbanı kız olguların oranları erkek olguların oranlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Koç ve ark.nın (137) çalışmasında Cİ mağduru kız olguların oranı %56,8, Uğur ve ark.nın (138) çalışmasında %75,7, Öztop ve Özcan'ın (139) çalışmasında %70, Şahin ve ark.nın (140) çalışmasında %59,3 ve Çengel ve ark.nın (63) çalışmasında da %59,5 olduğu bildirilmiştir. Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi'nde yürütülen bir çalışmada 2001–2006 yılları arasında Cİ nedeni ile değerlendirilen olgular içinde kızların, 2 katı sıklıkta olduğu bildirilmektedir (64). Pereda ve ark.nın (54) 21 ülkedeki 39 çalışmayı değerlendirdikleri bir meta-analizde; iki çalışma dışında, tüm çocukluk yaş grupları için kızların, erkeklere oranla 1,5–5,5 kat daha fazla Cİ'ye uğradıkları bildirilirken, iki çalışmada ise oranların birbirine yakın bulunduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda, literatürle de uyumlu olarak olguların büyük bir kısmını kızlar oluşturmaktaydı. Literatürde cinsiyetler arasındaki farkın, kızların uğradıkları Cİ'lerin daha fazla bildirilmesine, erkeklerin uğradığı istismarların bildirim dışı kalmasına bağlı olduğu ifade edilmektedir. Pek çok araştırmacı, erkek çocukların Cİ bildirimlerinin yetersiz olduğunu düşündüklerini bildirmektedirler. Bildirimdeki bu eksikliğe bazı etkenler neden olarak gösterilebilir. Birinci etken; istismarcının cinsiyeti erkek olduğunda, mağdur olan erkek çocukların eşcinsel olarak tanımlanma korkusuyla bunu bildirmeyebileceğidir. İkinci etken; eğer istismarcı kadınsa, istismar erkek çocuk tarafından bir cinsel ilişkiye başlama deneyimi olarak algılanmakta ve görmezden gelinebilmektedir. Üçüncü etken ise; istismarcıların

genellikle erkek kurbanlara, istismarı bildirmemeleri için daha fazla güç ve şiddet kullanıyor olmalarıdır. Sonuç olarak bu etkenlerin etkisi ile erkek çocukların kızlara göre bildirim konusunda daha fazla yıldırılmış oldukları ifade edilmektedir (141).

Çalışma örnekleminin yaş ortalaması $13,41 \pm 2,99$ yıl olarak belirlendi. Kız olguların yaş ortalaması $13,59 \pm 2,85$ yıl, erkek olguların ortalama yaşı $11,32 \pm 3,71$ yıl olarak saptanırken, yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bilginer ve ark.nın (4) yaptığı çalışmanın bulguları, çalışmamızın bulguları ile benzer bulunmuştur. Bu çalışmada Cİ mağduru kızların yaş ortalaması $11,1 \pm 3,3$ yıl, erkeklerinki ise $9,6 \pm 2,8$ yıl olarak hesaplanmış, cinsiyete göre yaş ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada Cİ olguların ortalama yaşları $12,18$ yıl ile $11,8$ yıl olarak bulunduğu, yapılan farklı iki çalışmada da cinsiyete göre değerlendirilen olguların yaş ortalamalarının çalışmamızın bulguları ile benzer olduğu görülmektedir (62,63,142,143).

Yaş gruplarına göre olgu sayılarını değerlendirdiğimizde olgularımızın büyük bir çoğunluğunun (%43,6) 15–18 yaş grubunda oldukları saptandı. Cinsiyete göre bakıldığında; erkek olguların çoğunluğunun (%41,9) 7–11 yaş, kız olguların çoğunluğunun (%45,7) ise 15–18 yaş grubunda olduğu saptandı. Çalışmamızın 3-6 yaş grubu, olguların sadece %3,9'uydu. 3-6 yaş ve 7-11 yaş gruplarında istismar oranının erkeklerde fazla olduğu, 12-14 yaş ve 15-18 yaş gruplarında ise istismar oranının kızlarda fazla olduğu bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bizim çalışmamızın bulgularına benzer şekilde, Çengel ve ark.nın (63) çalışmalarında erkeklerin en sık okul döneminde (7–11 yaş), kızların ise ergenlik döneminde (12 ve üzeri) Cİ'ye uğradıkları bulunmuştur. Literatürde; Cİ riskinin yaşla beraber arttığı ifade edilmektedir (4,144). Şahin ve ark.nın (140) Cİ'ye uğrayan çocukları değerlendirdikleri çalışmalarında, olguların %40,6'lık bir oranla çoğunluğunun 11-14 yaş aralığında oldukları saptanırken, aynı çalışmanın en az olgudan oluşan grubu (%9,3) 0-5 yaş grubuydu. Yurtdışında yapılan çalışmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Csorba ve ark. (145), Cİ nedeniyle değerlendirdikleri 209 kız çocuk ve ergenin %12'sinin 10 yaş altında olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir yayında istismar sıklığının bimodal bir yaş dağılımı gösterdiği, 5 yaş ve 14 yaş çocuklarında yoğunlaştığı, istismara uğrama oranlarının da yaşla birlikte artış gösterdiğinden söz edilmektedir (76). Bassani ve ark.nın (146) topluma dayalı bir örnekleme yaptıkları çalışmada erkeklerde yaşla beraber prevalansın azaldığı, kızlarda ise arttığı ifade edilmiştir. Çalışmamızda olguların yaş değerleri ile ilgili bulgularımız, literatürle uyumlu bulunmuştur. Erkek olguların ortalama yaş değerlerinin, kız olgulara göre daha küçük olması, en az olgu sayısının 3–6 yaş grubunda saptanması literatür bilgisiyle örtüşmektedir. Bu

durumun, erkek çocukların geleneksel olarak kız çocuklarına göre daha bağımsız ve böylece istismara daha açık yetiştiriliyor olması ile bağlantılı olabileceği ifade edilmiştir (4). İstismarın erkeklerde sıklıkla ergenlik öncesi dönemde görülmesi, yaşın artmasıyla erkek olguların kendini korumaya daha uygun hale gelmelerine bağlanmakta, kızlarda ise ergenlik döneminde görülmesi, ikincil seks karakterlerinin gelişmesi nedeniyle cinsel amaçlı obje gibi görülmeye daha yatkın hale gelmelerine bağlanmaktadır (147). Literatürle uyumlu olarak bulunan bir diğer bulgumuz da en az olgunun 3-6 yaş aralığında olmasıdır. 3-6 yaş grubundaki olgu azlığının bu yaş grubunun Cİ olayını kavrayamaması veya ifade edememesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (147). Ailelerin bu yaştaki olgunun anlattıklarını ciddiye almaması veya çocuğu adli süreçte gelişebilecek olası travmalardan korumak istemesi nedeniyle adli süreç veya hekim başvurusunda bulunmamaları bir başka neden olarak gösterilebilir.

Olguların eğitim durumları değerlendirildiğinde; %2,7'sinin okul yaşında olmadığı, %6,8'inin de okuma yazma bilmediği belirlendi. İlköğretime devam edenlerin oranı %38,2, ilköğretim terk olanların %13,3, ilköğretim mezunu olanların %12,5, liseye devam edenlerin %19,2, lise terk olanların %7, lise mezunları oranı ise %0,3 olarak saptanırken, kız (%35,8) ve erkek (%64,5) olguların çoğunluğunun ilköğretime devam ettiği bulundu. Olguların cinsiyetleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Son yıllarda ülkemizde yapılan üç çalışmada Cİ mağdurlarının eğitim durumuna bakılmış ve olguların çoğunluğunun (%60,5, %52,7, %66,6) ilköğretime devam ettikleri bildirilmiştir. (4,139,148). Paradise ve ark.nın (149) Cİ'ye uğramış 154 çocuk ve uğramayan 53 çocuğun okul kayıtlarını inceleyerek yaptıkları çalışmalarında; Cİ'ye uğrayan çocukların, diğer çocuklara göre daha düşük akademik becerilerinin olduğu ve özel eğitim programlarına dahil edilmelerinin daha olası olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda da olduğu gibi yapılan benzer çalışmalarda değerlendirilen olguların eğitim durumları kesitsel olarak ele alınmıştır. Bu durumda eğitim durumlarının nasıl sonuçlanacağını öğrenmek için izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (147).

Olgular zeka düzeyine göre incelendiğinde %9'unda sınır zeka düzeyi saptanırken, %6,5'inde (%4,7'sinde hafif, %1,3'ünde orta, %0,5'inde de ağır) zeka geriliği saptanmıştır. Cİ kurbanlarında zeka geriliği olan olgu oranlarının bildirildiği çalışmalarda, bu oranlar %28,5, %29,2 ve %35,4 olarak bildirilmiştir (138,142,143). Zeka geriliği olan çocukların kandırılmaya yatkın oldukları ve bu durumun istismar için bir risk etkeni olarak düşünüldüğü bildirilmektedir (143). Çalışmamızda zeka geriliği olan olgu oranlarının düşük oranda bulunduğu görülmektedir. Zeka geriliğinde ve sınır zeka düzeyinde algılama ve muhakeme

becerilerinin kısıtlı olması sebebiyle, bu bireylerin istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu, zeka geriliği olan çocukların olayı değerlendirirken ve yetkili bir kişiye bildirirken zorluk yaşayabileceği ifade edilmektedir (72). Polikliniğimizde değerlendirilen sınır zeka düzeyine sahip veya zeka geriliği olan Cİ mağduru olguların mağduriyetlerini bildirmekte zorluk yaşayabildikleri ve fiziksel bir bulguya neden olmayan istismara maruz kalıp, bu durumu aileleriyle paylaştıklarında ailenin olaya şüpheyle yaklaşabildiği izlenimi edinilmiştir. Buna bağlı olarak ailelerinden başka kimseyle mağduriyetlerini paylaşmayan sınır zeka düzeyine sahip veya zeka geriliği olan olguların aileleri olayı unutturma eğiliminde olup bildirimde bulunmadıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda Cİ nedeniyle değerlendirilen olguların anne yaş ortalaması $37,42\pm 6,41$ yıl, baba yaş ortalaması $42,22\pm 7,41$ yıl olarak saptandı. Cinsiyete göre olguların anne ve baba yaş ortalamalarına bakıldığında, erkek olgularının ortalama anne yaşları ($34,09\pm 5,04$) kız olgularının anne yaşlarına ($37,73\pm 6,44$) oranla daha düşük saptandı ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Cinsiyete göre ortalama baba yaşı oranlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Literatürde ebeveyn yaşlarının değerlendirildiği yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Mersinde yapılan bir çalışmada Cİ nedeniyle değerlendirilen olguların anne yaş ortalaması $38,94\pm 7,52$ yıl, baba yaş ortalaması $43,88\pm 8,34$ yıl olarak saptandığı bildirilirken, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada olguların anne yaş ortalaması $36,9\pm 7,07$ yıl, baba yaş ortalaması ise $41,95\pm 8,41$ yıl olarak bildirilmiştir (62,147). Ebeveyn yaş ortalaması ile ilgili bulgularımız ülkemizde yapılan bu iki çalışma bulguları ile benzerdir.

Eğitim durumu açısından değerlendirdiğimizde; olguların çoğunun anne (%60,6) ve babasının (%67,4) ilköğretim mezunu olduğu saptanırken, cinsiyetler arasında anne ve baba eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Akbaş ve ark.nın (62) çalışmasında 72 olgunun anne-baba eğitimlerinin ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Bilginer ve ark.nın (4) yürüttükleri çalışmanın sonucunda annelerin %69,1'lik büyük bir bölümünün ilköğretim eğitimi aldığı, Koç ve ark.nın (137) çalışmasında çocukların annelerinin %68,5'inin, babalarının ise %78,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda olguların anne-baba eğitim durumlarıyla ilgili bulgularımız literatürle uyumlu bulunmuştur. Çocukluk Cİ ile annenin eğitim düzeyinin düşük olmasıyla belirgin bir ilişki olduğunu öne süren çalışmaların yanı sıra (61), bazı çalışmalarda ise ebeveyn eğitim durumunun Cİ için bir risk etkeni olmadığı belirtilmektedir. Finkelhor ve ark.nın (150) çalışmasında, ebeveynlerin eğitim düzeyinin çocukluk Cİ'si için risk etkeni olmadığı ifade edilmiştir. Ancak ebeveyn eğitiminin yetersiz olması, çocuğa verilen cinsel eğitimin yetersiz

kalmasına veya eğitimin katı, cezalandırıcı bir tutumla verilmesine neden olabilmektedir. Sonuç olarak bu durumun çocuğun kendini koruma becerisinin az olmasına yol açacağı ifade edilmektedir (23). Mersin’de yapılan bir çalışmada değerlendirilen Cİ mağduru olgularının anne eğitim süresi ortalamasının, baba eğitim süresi ortalamasına göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu durumun toplumumuzda kız çocukların okutulmasının halen gerekli görülmemesi ve temelde kadın cinsiyete biçilen rollerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı çalışmada ebeveynlerin ortalama eğitim sürelerinin ilkökul düzeyine denk gelmesinin, yetersiz ebeveyn işlevlerine yol açabileceğini ve dolaylı olarak da bu durumun çocukları Cİ için daha riskli hale getirdiği düşüncesine dikkat çekilmiştir (147).

Çalışmamızda olguların annelerinin %27,7’sinin ve babalarının %88,3’ünün çalıştığı belirlendi. Cinsiyetler arasında anne ve baba iş durumu ile ilgili anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmadı. Yapılan çalışmalarda, Cİ mağdurlarının çalışan baba oranlarının, çalışan anne oranlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada (62) değerlendirilen olguların %81,9’unda babanın meslek sahibi olduğu, %9,7’sinde ise annenin bir meslek sahibi olduğu, Çengel ve ark.nın (63) çalışmasında istismara uğrayan çocukların % 88,3’ünün babasının çalıştığı, % 54’ünün ise annesinin ev hanımı olduğu, Koç ve ark.nın (137) çalışmasında Cİ olgusu annelerinin %58’inin ev hanımı olduğu, babalarının %85,4’unun çalıştığı saptanmıştır. Çalışmamızda olguların anne ve babalarının çalışma durumu ile ilgili bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Cİ mağduru olan ve Cİ mağduru olmayan kontrol grubu annelerinin çalışma durumunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, 7–12 yaş aralığında Cİ mağduru 67 kız çocuk ile Cİ mağduru olmayan 67 kız çocuğu karşılaştırılmış ve her iki grup arasında annenin çalışıyor olması açısından anlamlı bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (151). Ülkemizde Cİ mağduru olguların değerlendirildiği çalışmalarda, çalışmamızda olduğu gibi sadece mağdurların anne ve babalarının çalışma durumlarına bakılmıştır. Anne ve babaların çalışma durumları ile Cİ görülme riskini değerlendiren çalışma sayısının az olduğu, karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Olgularımızın aile tipi ve aile özellikleri değerlendirildiğinde %66,8’inin çekirdek aileden geldiği, %13,4’ünün geniş aileye sahip olduğu, %15’inin boşanmış anne-babaya sahip olduğu saptanmıştır. Çengel ve ark.nın (63) yaptığı çalışmada istismara uğrayan çocukların % 71,7’sinin ailesinin çekirdek aile olduğu, 2008 yılında Priebe ve ark.nın (152) yaptığı çalışmada Cİ’ye uğrayan çocukların % 58,3’nün aileleri ile beraber yaşadığı bildirilmiştir. Mersin’de yapılan bir çalışmada (147) olguların %62,1’inin çekirdek ailede, %7’sinin geniş ailede, %17,5’inin tek ebeveynli ailede yaşadığı saptanırken, Uğur ve ark.nın (138) yürüttüğü

bir başka çalışmada Cİ mağduru çocukların %62,5'inin çekirdek ailede, %8,3'ünün geniş ailede, %13,2'sinin tek ebeveynle, %8,8'inin ise sosyal hizmetlere bağlı bir kurumda yaşadığı belirlenmiştir. Bernard-Bonnin ve ark.nın (151) çalışmasında Cİ mağduru olan olguların %25,4'ünün ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %53,7'sinde çocuğun tek ebeveynle yaşadığını ve tek ebeveynle yaşama oranının Cİ mağduru olmayan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek saptandığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda yüksek oranda çekirdek aile oranı, ülkemizde son yıllarda yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur. Ülkemizde evliliğin sürdürülmesinin gerektiği düşüncesi, annelerin çalışmama oranlarının babalara göre daha yüksek olması ve bu nedenle annelerin ekonomik bağımlılıklarının nedeniyle annelerin evliliği sürdürmelerine neden olması, aile yapısının sağlam tutulmaya çalışılması gibi etkenlerin, çekirdek aile ile yaşama oranlarının daha yüksek bulunmasına neden olabileceği ifade edilmektedir (147).

İstismarın ortaya çıkış şekline bakıldığında; mağdurların %44,8'inin olayı kendilerinin anlattıkları, %11,2'sinin başkasının görmesiyle ortaya çıktığı, %18,8'inin istismar sonrasında gebeliğin gerçekleşmesiyle ortaya çıktığı ve %25,3'ünün rastlantısal olarak veya ailenin şüphelenmesi ile ortaya çıktığı saptanmıştır. Çöpür ve ark.nın (148) çalışmasında istismarın ortaya çıkması en sık mağdurun kendi ifadesiyle olduğu (%73,3), ikinci sıklıkta da birinin görmesi (%19,3) ile ortaya çıktığı bildirilmiştir. Aynı şekilde Uğur ve ark.nın (138) çalışmasında da istismarın ortaya çıkmasının en sık mağdur ifadesiyle ve ilk 24 saat içerisinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları, yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.

İstismar sayısı değerlendirildiğinde; olguların %49,6'sının bir kez, %50,4'ünün birden fazla kez Cİ'ye uğradığı saptanmıştır. Kızların birden çok kez Cİ'ye uğrama oranı (%51,5), erkeklere göre (%36,7) daha yüksek bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde ise; 3-6 yaş ve 7-11 yaş gruplarında istismarın çoğunlukla bir kez olduğu, 12-14 yaş ve 15-18 yaş gruplarında ise Cİ'nin çoğunlukla tekrarladığı saptanmış, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İstismar sayısı ve istismarcı yakınlığı ilişkisine bakıldığında hem bir kez istismara uğrama oranı (%82,7), hem de tekrarlayan istismar oranı (%85,6), aile dışı biri tarafından gerçekleştirilen Cİ'de daha yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Cİ'nin tekrarlama oranlarının bildirildiği çalışmalar incelendiğinde %25 ile %89,6 aralığında farklı oranların bulunduğu, yaşın artmasıyla istismarın tekrarlama oranlarının da arttığı görülmektedir (60,62,63,138,147,148,152-155).

Çalışmamızda olguların Cİ'ye uğrama şekli değerlendirildiğinde; en sık görülen istismar şekillerinin vajinal penetrasyon (%45,2), dokunma/okşama (%18,3) ve sözlü taciz

(%9,3) oldukları belirlenmiş, kızlarda görülen en sık istismar şeklinin vajinal penetrasyon (%49), erkeklerde ise interfemoral ilişki (%36,7) olduğu saptanmıştır. İstismar şekillerinin değerlendirildiği çalışmalarda en sık görülen istismar şekillerinin vajinal penetrasyon, anal penetrasyon, dokunma, interfemoral ilişkinin olduğu görülmektedir (147,153,156). Cinsiyete göre bakıldığında kızlarda en sık vajinal penetrasyon, dokunma, erkeklerde ise en sık anal penetrasyon, sürtünme yolu ile gerçekleşen istismarın görüldüğü bildirilmiştir (4,62,142,147). Klinik olmayan örnekleme yapılan çalışmalarda en sık görülen istismar şekillerinin dokunma ve sürtünme olduğu saptanmıştır (66,157). İsveç ve Avustralya’da yapılan 2 çalışmada temas içermeyen istismar olaylarının, temas içeren istismar olaylarına göre daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (158,159). Literatürde klinik olmayan örnekleme saptanan penetrasyon oranının, klinik örnekleme saptanan penetrasyon oranından daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Bazı araştırmalarda dokunma gibi temas içermeyen istismar şekillerinin daha sık saptanmasına karşılık ülkemizdeki çalışmalarda genital penetrasyonun ön planda olması, dokunma şeklindeki istismar bildirimlerinin daha az olması ile açıklanmaktadır (147). Çalışmamızda vajinal penetrasyon oranının (%49) yüksek bulunmasının başka bir nedeninin erken yaş evliliği olarak tanımladığımız olgu oranının (%14,9) yüksek olmasından, 15-18 yaş aralığında olan olgu oranının %43,6 olmasından ve kendi isteğiyle birlikte olan kız olgu oranının %38,4 olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda olguların %35,7’sinin kendi istekleriyle, %6,3’ünün kandırılarak birlikte oldukları ve %53,9’unun da zorla istismara maruz kaldıkları belirlendi. Avustralya’da yapılan bir çalışmada Avustralyalı gençlerin, 17 veya 18 yaşına gelmeden önce yaklaşık %50’sinin kendi istekleriyle cinsel ilişkide buldukları, İsveç’te klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada da olguların çoğunun istemli olarak cinsel ilişkide buldukları bildirilmiştir (60,160). Mersin’de yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızın bulgularıyla da uyumlu olarak olguların büyük bir çoğunluğunun (%79,4) istismar olayı ile ilgili rızasının olmadığı saptanmıştır (147). Ülkemizde evlilikten önce cinsel ilişkinin genellikle onaylanmaması nedeniyle 18 yaş altı Cİ olgularının rızalarının olmadığını söylemeleri şaşırtıcı bir sonuç olarak görülmemektedir ÇHS’ye göre 18 yaşın altında olan herkesin çocuk olması nedeni ile, 18 yaşın altındaki bir bireyin rızasından sözedilmesinin olanaklı görünmediği ve rıza içerse de içermese de, yetişkinin cinsel arzularını tatmin için çocuğun kullanıldığı her tür etkileşimin Cİ olarak kabul edilmesi gerektiği düşünülmektedir (147).

Literatürde istismarcıların %85–100 aralığındaki oranlarda erkek olduğu bildirilmektedir (64,66,73,138,151). Çalışmamızda olguların %99,2’sinde istismar edenin erkek olduğu, %0,8’inde ise kadın olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda istismarcıların ortalama yaşı $28,5 \pm 14,65$ yıl olarak bulunmuştur. Mersin’de yapılan bir çalışmada istismarcı ortalama yaşı $27,71 \pm 13,14$ yıl olarak bildirilirken, istismarcı yaşlarını yaş aralıklarına göre değerlendiren başka bir çalışmada da %7,7’sinin 15 yaş altında, %18,5’inin 15–19 yaş grubunda, %67,6’sının 20–59 yaş grubunda, %6,2’sinin ise 60 yaş ve üstü grupta olduğu bildirilmiştir (147,151).

Birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme oranı çalışmamızda %6,5 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %12,9, kızlarda %5,9 olarak bulunurken, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cİ mağdurlarını değerlendiren çalışmalarda birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme oranı beş farklı çalışmada %7,4-21,4 arasında olduğu bildirilmiştir (59,62,78,147,148).

Çalışmamızda olgular istismarcı yakınlığı açısından aile içi ve aile dışı olarak değerlendirildiğinde, olguların %16’sının aile içinden %84’ünün aile dışından (erkek arkadaşı-%44,4, komşu/tanıdık-%25,1, yabancı %14,5) biri tarafından istismara uğradığı saptanmıştır. İstismarcının aile içinden olması; kız olgularda (%15,2), erkek olgulara (%25,8) göre daha düşük oranda saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Meksika, Almanya, Kenya’da yapılan çalışmalarda istismarcıların sırasıyla %30,1, %50,3, %82 oranlarında tanıdık olduğu saptanmıştır (77-79). Ülkemizde yapılan çalışmalarda tanıdık biri tarafından istismara uğrama oranları %66,2, %66,7 olarak bildirilirken, Cox ve ark.nın (161) çalışmasında %79 oranında görüldüğü bildirilmektedir (62,147). Şahin ve ark. (140) istismarcıların % 34,3’ünün aile içi, % 65,7’sinin ise aile dışı olduğunu belirtmiş olup % 37,5 oranda en sık tanıdık olduğunu bildirmiştir. Csorba ve ark. (145), değerlendirdikleri 209 kız çocuk ve ergenin %41’inde istismarcının tanıdık, %25’inde akraba, %34’ünde yabancı olduğunu bildirmiştir. Bernard-Bonin ve ark. (151) 7–12 yaş aralığında Cİ mağduru 67 kız çocuğunun istismarcılarının %49,2’sinin yakın akraba, %19,4’ünün uzak akraba, %25,4’ünün tanıdık ve %6’sının yabancı olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda yaş ile istismarcı yakınlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde aile içi biri tarafından istismar edilme oranı 12 yaş altı çocuk grubunda (%32,1), 12 yaş üstü ergen grubuna (%11,6) göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Aile dışı biri tarafından istismar edilme ise ergen grupta (%88,4), çocuk grubuna göre (%67,9) daha yüksek oranda bulunmuştur. Gruplar arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Oyun çocuğu ve okul çocuğu grubunun çoğunlukla komşu-tanıdık tarafından, erken ve geç ergenlik grubunun ise çoğunlukla erkek arkadaşı tarafından istismara uğradıkları belirlenmiştir. Erkek arkadaş veya komşu/tanıdık mağdurlarının çoğunlukla 15-18 yaş arasında olduğu, akraba veya yabancı tarafından mağdur edilenlerin 7-11 yaş aralığında oldukları bulunurken, istismar

oranları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Alikeşifoğlu ve ark. (66) çalışmasında 12 yaş altında istismara uğrayan olguların daha çok aile dışından biri tarafından istismar edildiği bildirilmiştir. Başka bir çalışmada, aile dışı istismarın fazla görülme nedenlerinden birinin, aile içinde istismarın bir sır olarak sürmesine izin veren kültürel etkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (147). Çalışmamızın bulguları da yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuşsa da, bu yöndeki çalışma sayısının azlığı dikkat çekmektedir.

Olgularımızın %55'i penetrasyon içeren istismara maruz kalmışlardı. Cinsiyet ile penetrasyon (oral, vajinal veya anal penetrasyon) varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, kız olgularda %56,6, erkek olgularda %36,7 olarak bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cİ olgularında penetrasyon varlığı oranlarını değerlendiren çalışmalarda bulunan oranların %40-80 aralığında olduğu, erkek olguların çoğunda anal penetrasyon, kız olguların çoğunda da vajinal penetrasyon saptandığı bildirilmektedir (142,145,147,154,155). Literatürde erkek çocukların istismarında anal penetrasyonun sık görüldüğünden söz edilmektedir (71). Bulgularımız literatür ile uyumlu görülmektedir.

Çalışmamızda dört ayrı yaş grubuna göre penetrasyon varlığı değerlendirilmiştir. 3-6 yaş ve 7-11 yaş grubu olgularının çoğunda penetrasyon içermeyen istismar şeklinin belirgin olduğu saptanırken, 12-14 yaş ve 15-18 yaş grubu olgularının çoğunda penetrasyon içeren istismar şekillerinin belirgin olduğu saptanmış ve oranlar arasında bulunan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Mersinde yapılan bir çalışmada, çalışmamızın bulgularıyla uyumlu bulguların saptandığı bildirilirken, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada yaşça büyük çocukların sıklıkla birden fazla istismar şekline maruz kaldığı, kız çocuklarında da yaşın artmasıyla birlikte vaginal penetrasyon şeklindeki istismar oranının arttığı bildirilmiştir (62,147). Literatürde çalışmamızın bulgularına benzer şekilde penetran Cİ'ye maruz kalan olguların, penetran olmayan Cİ'ye maruz kalanlara göre daha büyük yaş grubunda oldukları ifade edilmektedir (12). Çalışmamızda penetrasyon varlığı ile istismarcının yakınlık ilişkisine göre değerlendirildiğinde aile dışı biri tarafından penetrasyon içeren Cİ'nin görülme oranının %60,5 olduğu, aile içi biri tarafından penetrasyon içeren Cİ görülme oranı ise %27,4 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Russel tarafından yapılan çalışmada aile içi olgularda penetrasyon oranı %27 olarak bildirilmiştir (162). Penetrasyon varlığı ile istismarcının yakınlık ilişkisini değerlendiren az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Çalışmamızın bulguları bu literatür bilgisiyle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelik oranları incelendiğinde, Cİ sonrasında gebelik öyküsü oranının %20,6 olduğu bulunmuştur. Mersin’de yapılan çalışmada Cİ sonrası gebelik öyküsü oranı %8,6 olarak bulunurken, Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nde yapılan çalışmada bu oran %4,2 olarak saptanmıştır (62,147). Noll ve ark.ının (163) metaanaliz çalışmalarında; Cİ varlığının ergen gebeliği riskini 2,21 kat arttırdığı ve her 10 gebe ergenden yaklaşık 5’inde Cİ öyküsünün olabileceği ifade edilmiştir. Çalışmamızın gebelik öyküsü oranları literatür bulgu oranlarından yüksek bulunmuştur. Resmi olmayan ve ailelerin de onayıyla gerçekleşen evlilikler nedeniyle adli birimler tarafından Cİ mağduru olarak polikliniğimize yönlendirilen olgu oranlarının fazla olmasının (%14,9), çalışmamızın sonuçlarını etkilediğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda DSM-IV-TR tanı ve sınıflandırma sistemine göre değerlendirilen olguların %65,4’ünde herhangi bir psikopatolojiye rastlanmamıştır. Olguların %18,6’sına medikal tedavi başlandığı, %17,5’inin poliklinik takibine alındığı, %10,8’inin ise önceden verilen randevularına gelmediği saptanmıştır. Tanı alan olguların %44,8’inin TSSB, %35,1’inin ASB, %5,2’sinin depresyon tanısını aldıkları belirlenmiştir. Olgularımızın %2,4’ünün birden fazla tanı aldığı belirlendi. Tanı sayısı ile yaş, cinsiyet, eğitim, anne yaşı ve eğitimi, baba yaşı ve eğitimi, zeka düzeyi, penetrasyon varlığı, istismar sayısı, istismar eden sayısı, istismar eden yakınlığı ve istismar edenin yaşı özellikleri ile ilişkisine bakıldı. Yaşın artmasıyla birden fazla tanı alma arsındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Cinsiyete göre tanı alma durumu ve tanını tipi değerlendirildiğinde bulunan oran farkları istatistiksel olarak anlamlıydı. Cinsel istismar sonrasında erkeklerin kızlara oranla daha çok psikiyatrik tanı aldığı belirlenirken, kızlara çoğunlukla (%47,1) TSSB, erkeklere daha çok (%62,5) ASB tanısının bulunduğu saptandı. Ülkemizde yürütülen çalışmalarda tanı alma oranlarının %76,4-91,7 aralığında oldukları belirlenirken, tanı alan olguların çoğunlukla TSSB, AST ve depresyon tanılarını aldıkları bildirilmektedir (4,138,142,147,164,165). Cİ’ye uğrayan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda TSSB’nin %44–71 oranlarında görüldüğü bildirilmektedir. Bazı çocuklar TSSB’nin tüm tanısız ölçütlerini karşılamasalar da olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku duyma, kaygı ve konsantrasyon güçlüğü belirtilerini gösterebilmektedirler (32,56). Literatürde; çocukluk döneminde Cİ kurbanlarının %21-36’sının kısa dönemde belirtilerinin olmadığı, %64-79’unun ise değişken bir belirti yelpazesi gösterdiğini bildiren çalışmaların yanı sıra, Cİ’ye uğrayan çocukların yaklaşık %40’ının çok az belirtisinin olduğunu ya da hiç belirtisinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (7,32). Belirti göstermeyen olguların %10-20’sinin 12–18 ay içinde belirti göstermeye başlayabilecekleri belirtilmektedir. Tanı almayan olguların belirti göstermemelerinin nedeni, minör bir istismara

uğramış olabilmelerine, daha dayanıklı çocuklar olduklarına ya da sıkıntılarını maskeleyen bir başa çıkma biçimine sahip olmalarına bağlanabilmektedir (7). Cİ'nin sonuçları ile ilgili değerlendirmelerde, Cİ'nin tek ve evrensel bir etkisinin olmadığı, bu sebeple Cİ'ye uğrayan her çocuğun istismara travma sonrası bir yanıt göstermeyebileceği düşünülmektedir (147). Bu sebeplerle çalışmamızın tanı alma oranlarının daha düşük bulunduğunu düşünmekteyiz. Literatürde Cİ'nin kısa dönemde dürtüsel davranışlar, emosyonel distres (anksiyete, korku ve somatik şikayetler), düşük özgüven, disosiyatif semptomlar ve konversiyon bozukluğunu içeren ruhsal ve davranışsal sonuçları olduğunu, uzun dönem sonuçlarının ise; yeniden mağdur olma, TSSB, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu, somatizasyon, yeme bozuklukları, kendine zarar verici veya özkıyım davranışları, suç davranışı, madde kullanımı ve cinsel amaçlı kötüye kullanım olduğu ifade edilmektedir (7). Cİ'ye maruz kalan çocuklarda görülen anksiyete bozuklukları içinde çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı ile ilişkisi en tutarlı olarak gösterilen belirtilerin TSSB belirtilerinin olduğu vurgulanmaktadır (155). Çalışmamızda TSSB'nin en sık saptanan tanı olması literatürle uyumlu bir bulgudur. Ancak değerlendirdiğimiz olguların %34,6'sı gibi düşük bir oranda psikiyatrik bir tanı almış olması, literatürle uyumlu olmayan bir bulgudur. Örneklem grubumuzda erken yaş evliliği olarak tanımladığımız olgu oranının (%14,9) yüksek olmasının, tanı alma oranını etkilemiş olabileceği, bu sebeple de tanı alan olgu oranımızın daha düşük bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda 37 olguda MR (18' hafif MR, 5'i orta MR, 2'si ağır MR), 34 olguda sınırda mental işlevsellik saptanmıştır. Olguların zeka düzeyi ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde, normal zekaya sahip olguların çoğunluğunun (%83,4) ve orta MR olan olguların tamamının (%1,4) kız olduğu saptanırken, sınır MR (%10), hafif MR (%20), ağır MR (%3,3) ve parlak zeka düzeyine sahip olguların çoğunluğunun (%10) erkek olduğu saptanmıştır. Kız olguların çoğunluğu (%93,5) sınır düzeyde zeka kapasitesine sahip veya normal zeka düzeyindeyken, erkeklerin çoğunda (%76,5) hafif, orta veya ağır düzeyde zeka geriliği mevcuttu. Zeka düzeyleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Olguların zeka düzeylerine göre istismar sayıları ve penetrasyon varlığı oranlarının dağılımı değerlendirildiğinde, bulunan oranlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Mental retardasyon varlığının çocukların istismara uğrama riskini arttırdığı bildirilmekle birlikte (72) kliniğimize başvuran olgularda bu dağılım görülmüştür.

Çocukluk çağı Cİ, fiziksel, duygusal, sosyal ve hukuksal boyutları olmasının yanı sıra, hem mağdur hem de ailesi üzerinde, kısa ve uzun dönemde yıkıcı etkilerinin olduğu bilinen toplumsal bir sorundur. Tüm dünyada yaygınlık oranlarının artışından söz edilirken, erken

tanınması ve ele alınması konusundaki girişimlerin hız kazandığı görülmektedir (40). Ülkemizde, bu alanda yapılan çalışma sayısında giderek artış olmasına rağmen, halen çocukluk çağı Cİ'nin yaygınlığı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Cİ mağdurlarının çok az bir bölümünün bildirimde bulunması, Cİ'nin yaygınlığı konusunda gerçek istatistiksel verilere ulaşılmasını zorlaştırmaktadır (40,142). Yapılan çalışmalardaki örneklem seçimi, istismarın tanımı, yaş farkı, veri toplama tekniklerindeki farklılıkların olması, çıkan sonuçların oranları arasında büyük farkların oluşmasına neden olmaktadır (12,54). Ayrıca çocuğun yaşı ve cinsiyeti, istismarcının yaşı ve cinsiyeti, çocuk ve istismarcı arasındaki ilişkinin boyutu ve istismarın sayısı, sıklığı, süresi de epidemiyolojik sonuçları etkileyebilmektedir (7). Çocuğun Cİ'si konusunda sağlık çalışanları, aile ve okulun bilgi sahibi olması, çocuğa yaşına uygun cinsel eğitimin verilmesinin istismarın önlenmesi ve erken tanınip doğru yaklaşımlarda bulunulması açısından son derece önemli olduğu bilinmektedir (41).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Haziran 2008-Haziran 2013 tarihleri arasında adli olgu olarak yönlendirilen cinsel istismar mağduru olgular değerlendirilmiştir. Sadece adli olguların değerlendirilmiş olması ve tek merkezli bir çalışma olması topluma genelleme yapılmasını engellemektedir. Geriye dönük dosya taraması olarak planlanan çalışmamızda değerlendirilmeye alınan 388 olgunun tamamının verilerine ulaşılammıştır. Cİ'nin oluş zamanı ile poliklinik başvuru tarihleri arasındaki sürenin kayıtlarda yer almaması nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı kontrol grubunun olmamasıdır.

Sonuç olarak çocuklarda ve ergenlerde yapılan Cİ'ye yönelik çalışmalarda farklı metodolojik yaklaşımlarının olması, farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ülkemizde ortak metodolojik yaklaşımla yürütülecek olan geniş katılımlı çalışmaların oluşturulması, bu konu ile ilgili daha ayrıntılı sonuçların ortaya çıkarılmasına olanak sağlayacağı düşüncesindeyiz.

SONUÇLAR

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine adli olgu olarak yönlendirilen Cİ mağdurlarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

1. Cinsel istismar mağduru olguların %92'sinin kız, %8'inin erkek olduğu bulunmuştur.

2. Olguların yaş ortalaması $13,41 \pm 2,99$, kız olguların yaş ortalaması $13,59 \pm 2,85$ ve erkek olguların ortalama yaşı da $11,32 \pm 3,71$ yıl olarak belirlenmiştir.

3. Cinsel istismar olgularında yaşın artmasıyla istismar oranlarının arttığı, cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerde yaşla beraber sıklığın azaldığı, kızlarda ise arttığı saptanmıştır.

4. Olguların çoğunluğunun ilköğretim eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

5. Hafif, orta ve ağır düzeyde zeka geriliği olan olgu oranı %6,5 olarak saptanmıştır.

6. Anne ve baba yaş ortalamaları sırasıyla $37,42 \pm 6,41$ ve $42,22 \pm 7,41$ olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre olguların anne ve baba yaş ortalamalarına bakıldığında, erkek olgularının ortalama anne yaşları ($34,09 \pm 5,04$) kız olgularının anne yaşlarına ($37,73 \pm 6,44$) oranla daha düşük saptandı ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

7. Olguların anne ve baba eğitim düzeylerinin çoğunlukla ilkokul düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

8. Çalışan anne oranının %27,7, çalışan baba oranının %88,3 olduğu bulunmuştur.

9. Olguların %66,8'inin çekirdek aileden geldiği, %13,4'ünün geniş aileye sahip olduğu, %15'inin boşanmış anne-babaya sahip olduğu saptanmıştır.

10. Mağdurların %44,8'inin olayı kendilerinin anlattıkları, %11,2'sinin başkasının görmesiyle ortaya çıktığı, %18,8'inin istismar sonrasında gebeliğin gerçekleşmesiyle ortaya çıktığı ve %25,3'ünün rastlantısal olarak veya ailenin şüphelenmesi ile ortaya çıktığı saptanmıştır.

11. Olguların %49,6'sının bir kez, %50,4'ünün birden fazla kez Cİ'ye uğradığı saptanmıştır. Kızların birden çok kez Cİ'ye uğrama oranı, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

12. Yaş ile istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki incelendiğinde; 3–11 yaş gruplarında istismarın çoğunlukla bir kez olduğu, 12-18 yaş gruplarında istismarın çoğunlukla tekrarladığı saptanmıştır.

13. İstismar sayısı ve istismarcı yakınlığı ilişkisine bakıldığında hem bir kez istismara uğrama oranı (%82,7), hem de tekrarlayan istismar oranı (%85,6), aile dışı biri tarafından gerçekleştirilen Cİ'de daha yüksek bulunmuştur.

14. Olguların Cİ'ye uğrama şekli değerlendirildiğinde; en sık görülen istismar şekillerinin vajinal penetrasyon, dokunma/okşama ve sözlü taciz oldukları belirlenmiş, kızlarda görülen en sık istismar şeklinin vajinal penetrasyon, erkeklerde ise interfemoral ilişki olduğu saptanmıştır.

15. Olguların %35,7'sinin kendi istekleriyle, %6,3'ünün kandırılarak birlikte oldukları ve %53,9'unun da zorla istismara maruz kaldıkları belirlenmiştir.

16. Mağdurların %99,2'sinde istismar edenin erkek olduğu, %0,8'inde ise kadın olduğu bulunmuştur.

17. Birden fazla istismarcı tarafından istismar edilme oranı %6,5 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %12,9, kızlarda %5,9 olarak bulunurken, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

18. Olgular istismarcı yakınlığı açısından aile içi ve aile dışı olarak değerlendirildiğinde, olguların %16'sının aile içinden %84'ünün aile dışından biri tarafından istismara uğradığı saptanmıştır. İstismarcının aile içinden olması; kız olgularda, erkek olgulara göre daha düşük oranda saptanmıştır.

19. Olguların aile içi biri tarafından istismar edilme oranı 12 yaş altı çocuk grubunda, 12 yaş üstü ergen grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Aile dışı biri tarafından istismar edilme ise ergen grupta, çocuk grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur.

20. İstismar mağdurlarının %55'inin penetrasyon içeren istismara maruz kaldıkları belirlenmiştir.

21. Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, kız olgularda %56,6, erkek olgularda %36,7 olarak bulunurken cinsiyete göre olgular arasında penetrasyon şekillerine bakıldığında erkek olguların çoğunda anal penetrasyon, kız olguların çoğunda vajinal penetrasyon saptanmıştır.

22. Dört ayrı yaş grubuna göre penetrasyon varlığı değerlendirilmiştir. 3–6 yaş ve 7–11 yaş grubu olgularının çoğunda penetrasyon içermeyen istismar şeklinin belirgin olduğu saptanırken, 12-14 yaş ve 15-18 yaş grubu olgularının çoğunda penetrasyon içeren istismar şekillerinin belirgin olduğu saptanmıştır.

23. Gebelik oranları incelendiğinde, Cİ sonrasında gebelik öyküsü oranının %20,6 olduğu bulunmuştur.

24. DSM-IV-TR tanı ve sınıflandırma sistemine göre değerlendirilen olguların %65,4'ünde herhangi bir psikopatolojiye rastlanmamıştır. Olguların %18,6'sına tıbbi tedavi başlandığı, %17,5'inin poliklinik takibine alındığı, %10,8'inin ise önceden verilen randevularına gelmediği saptanmıştır. Tanı alan olguların %44,8'inin TSSB, %35,1'inin ASB, %5,2'sinin depresyon tanısını aldıkları belirlenmiştir. İstismarcının yakınlık durumuna göre tanı dağılımı ilişkisine bakıldığında, bulunan oran farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

25. Zeka düzeyleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Olguların zeka düzeylerine göre istismar sayıları ve penetrasyon varlığı oranlarının dağılımı değerlendirildiğinde, bulunan oranlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

ÖZET

Çocuk ve ergen cinsel istismarı; tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı adli değerlendirme için çocuk psikiyatrisi kliniğine gönderilen cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin sosyo-demografik değişkenlerini, psikiyatrik bozukluk tanılarını, bireysel ve ailesel özellikleri ve istismara ait özellikler arasındaki ilişkileri değerlendirmektir. Adli raporları için gönderilen 3-18 yaş arası 388 cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen (357 kız, 31 erkek) retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması $13,41 \pm 2,99$. Sonuçlarımız kız çocukların erkek çocuklardan daha fazla cinsel istismara maruz kaldıklarının ve adölesanların çocuklardan daha fazla cinsel istismara maruz kaldıklarını göstermektedir. Olguların çoğunluğunda cinsel istismar şekli vajinal penetrasyondur. İstismarcıların çoğunun, olguların tanıdığı (%85,5) kişiler olduğu ve erkek (%99,2) olduğu bulunmuştur. DSM-IV-TR ölçütlerine göre, 135 olgu (%34,6) psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır ve posttravmatik stres bozukluğu en sık psikiyatrik bozukluktur. Olguların %50,4'ünün birden çok kez cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Bulgular arasındaki ilişkiler tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Çocuk, ergen, cinsel istismar, sosyodemografik özellikler

THE EVALUATION OF SOCIODEMOGRAFIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SEXUAL ABUSED CASES WHO REFERRED FOR FORENSIC EVALUATION TO THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY DEPARTMENT OF A UNIVERSITY HOSPITAL

SUMMARY

Child and adolescent sexual abuse is an important public health problem with medical, legal and social aspects. The aim of this study was to evaluate the relationship between socio-demographic variables, mental disorders, individual and familial characteristics and the types of abuse in children and adolescents who referred to the child and adolescent psychiatry department with the request of forensic evaluation. In our study, 388 sexually abused children and adolescents (357 girls and 31 boys) aged 3-18 years who referred for their forensic evaluation were assessed retrospectively. The mean age of the cases were 13.41 ± 2.99 years. Our results suggested that girls were experienced sexual abuse more than boys, and adolescents were more sexually abused than children. The type of sexual abuse was the vaginal penetration in most cases. The majority of the abusers were found to be the ones known by the cases (85.5%) and males (99.2%). According to the DSM-IV-TR criteria, 135 (34.6%) of cases were diagnosed for a psychiatric disorder, and post-traumatic stress disorder (44.8%) was the most common one. More than one sexual abuse was established in 50.4% of cases. The relationships between the findings were discussed.

Key Words: Child, adolescent, sexual abuse, sociodemographic characteristics

KAYNAKLAR

1. Johnson FC. Abuse and neglect of children. In:Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (16 thed). London:WB Saunders Co, 2000:110-9
2. Pizarro RA, Billick SB. Current issues in child abuse. Curr Opin Pediatr 1999;12:665-8.
3. Çeçen AR. Çocuk cinsel istismarı: sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2007;4:1-17.
4. Bilginer Ç, Hesapçioğlu ST, Kandil S. Çocukluk çağı cinsel istismarı: mağdur ve sanık açısından çok yönlü bakış. J Psychiatry Neurol Scien 2013;26:55-64.
5. Köroğlu E, Aydemir Ö. Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar: Köroğlu E (Editör). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)'de. Dördüncü Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007:1053-69.
6. Özgen G. Ek bölüm: ICD-10'da sıklıkla ruhsal ve davranışsal bozukluklarla ilişkili başka durumlar: Öztürk MO, Uluğ B (Editörler). Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması'nda. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1993:276-98.
7. Putnam FW. Ten year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(3):269-78.
8. Renteria SC. Sexual abuse of female children and adolescents-detection, examination and primary care. Ther Umsch 2005;62(4):230-7.
9. Krischer MK, Sevecke K, Lehmkuhl G, Steinmeyer EM. Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction? Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2005;54(3):210-25.

10. Sachs-Ericsson N, Blazer D, Plant EA, Arnow B. Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychol* 2005;24(1):32-40.
11. Nurcombe B. Child sexual abuse 1: psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(1):85-91.
12. Aysev A, Taner YI. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print 2007:709-26.
13. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Negl* 2005;29(3):269-84.
14. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1: Tarihçe. 1. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık 2007;329-40.
15. Tardieu A, E' tude Me' dico le' gale sur les se' vices et mauvais traitements xerce' s sur des enfants. *Ann Hyg Publique Med Leg.* 1860; 13:361-98.
16. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(Suppl 10):37S-56S.
17. Nimkin K, Kleinman PK. Imaging of child abuse. *Radiol Clin North Am* 2001;39(4):843-64.
18. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician* 2000;61(10):3057-64.
19. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181:105-12
20. Topçu S. Çocuk istismarının kısa tarihçesi: Özçelik B (Editör). Silinmeyen izler: Çocuk, Genç ve Engellilerin İstismar ve İhmali'nde. 1. baskı. Ankara: Phoenix Yayınevi 2009:52-7.
21. Kepenekçi YK. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001;22:262-75.
22. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* 2001;151:36-9.
23. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1: Tanımlar. 1. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık 2007;93-188.
24. Aksoy E, Çetin G, İnancıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali. Erişim adresi: www.ttb.org.tr/adli/7. Türk Tabipler Birliği (Erişim tarihi: 06.11.2013).
25. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4:51-65.
26. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *STED* 2006;15:153-7.

27. WHO. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. 29-31 March 1999;WHO/HSC/PV/99.1. Geneva, WHO, 1999.
28. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013;22(4):591-614.
29. Işıklı B. Çocuk istismarının toplumsal boyutu: 6. sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar sempozyumu kitabı'nda. İstanbul, Diyarbakır Valiliği, 2008:156-63.
30. Celbiş O, Özdemir B, Kaya A. Examination of sexually assaulted child. Turk Arch Ped 2011;46:99-104.
31. Dursunkaya D. Duygusal örselenme ve ihmal: Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (Editörler). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı'da. 1.baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008:478-87.
32. Lewis M. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimor MA: Williams&Wilkins 2002:1208-23.
33. Reece, R.M. Background Considerations in Child Maltreatment. Child Maltreatment Mosby, Newyork, 1997:666-916.
34. Şahin F. Fiziksel istismar: Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (Editörler). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı'da. 1.baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008:462-9.
35. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16 100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1986;1:7-14.
36. Kaufman J. Child abuse and neglect. In: Martin A, Volkmar FR (Eds). Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2007:692-701.
37. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse Negl 2002;26(6-7):697-714.
38. Taner Y, Gökler B. Cocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-6.
39. Prior V, Glaser D, Lynch MA. Responding to child sexual abuse: the criminal justice system. Child Abuse Review 1997;6:128-40.
40. İşeri E. Cinsel istismar: Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (Editörler). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı'da. 1.baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008:470-7.
41. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1:95-119.
42. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar: Köroğlu E, Güleç G (Editörler). Psikiyatri temel kitabı'da Cilt 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1998:823-33.
43. Haugaard JJ. The challenge of defining child sexual abuse. Am Psychol 2000;55(9):1036-9.

44. Faller KC. Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: how boy and girl victims differ. *Child Abuse Negl* 1989;13(2):281-91.
45. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94(3):310-7.
46. Türk Ceza Kanunu Madde Gerekçeleri, 2004
<http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/maddegerekce.doc>. Yeni Türk Ceza Adaleti Sistemi Tanıtım Sitesi (Erişim tarihi: 06.11.2013).
47. Sadock BJ, Sadock AV. Erişkinin fiziksel ve cinsel kötüye kullanımı: Aydın H, Bozkurt A (Editörler). *Comprehension Textbook of Psychiatry*, 8.baskı, cilt 3. Ankara: Güneş Kitabevi 2007:2393-7.
48. Studer LH, Clelland SR, Aylwin AS, Reddon JR, Monro A. Rethinking risk assessment for incest offenders. *Int J Law Psychiatry* 2000;23(1):15-22.
49. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel istismar. Aysev A, Taner YI (Editörler). *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları'da*. 1.Baskı, İstanbul, Golden Print. 2007;721-36.
50. 55. e.Mevzuat,2004
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.5237&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0&Tertip=5&Tur=1&No=5237>. Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (Erişim tarihi: 06.11.2013).
51. Jones DP. Disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000;24(2):269-71.
52. Paine ML, Hansen D. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2002;22(2):271-95.
53. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl* 1994;18(8):683-97.
54. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor. *Child Abuse Negl* 2009;33(6):331-42.
55. Plant M, Plant M, Miller P. Childhood and adult sexual abuse: relationships with "addictive" or "problem" behaviours and health. *J Addict Dis* 2005;24(1):25-38.
56. Glaser D. Child sexual abuse. In: Rutter M, Taylor T (Eds.). *Child and adolescent psychiatry*, 4nd ed. Massachusetts, Blackwell Publishing Company. 2002;340-58.
57. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002:57-86.
58. Gorey K, Leslie D. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement bias. *Child Abuse Negl* 1997;21(4):391-8.
59. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrao P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med* 2006;13(6-8):300-3.

60. Edgardh K, Ormsatd K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr* 2000;89(3):310-9.
61. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1997;2:473-91.
62. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Senses A, Karakurt MN, Taşdemir GN ve ark. Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi* 2009;8:24-32.
63. Çengel Kültür E, Çuhadaroğlu Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr* 2007;49:256-62.
64. Şahin F, İşeri E, Paslı F, Demiral B, Çepik A, Akar T ve ark. Adolesan ve cinsel istismar. 1.Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi; Özet Kitabı, Ankara, Türkiye 2006:266-7.
65. Zoroğlu SS, Tüzün U, Şar V, Öztürk O, Kara ME, Alyanak B. Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2:69-78.
66. Alikışifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl* 2006;30:247-55.
67. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:1-7.
68. Baker A, Duncan S. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl* 1985;9(4):457-67.
69. Nuttall R, Jackson H. Personal history of childhood abuse among clinicians. *Child Abuse Negl* 1994;18(5):455-72.
70. Tuna S. Aile İçi Çocuk İstismarı: Annelerin Bazı Risk Faktörleri Açısından İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi 2010.
71. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999;23(2):115-28.
72. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenay M, Bacchus C et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 2005;116(3):609-13.
73. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12(5):349-55.
74. Zielinski DS, Bradshaw CP. Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: a review of the literature. *Child Maltreat* 2006;11(1):49-62.
75. Tardif M, Auclair N, Carpentier J. Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females: an ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity. *Child Abuse Negl* 2005;29(2):153-67.

76. Hall RC, Hall RC. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 2007;82(4):457-71.
77. Pinera-Lucatero AG, Trujillo-Hernandez B, Millan-Guerrero RO, Vasquez C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child Care Health Dev* 2008;35(2):184-9.
78. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich P, Nickel C, Lahmann C et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathology relevant life occurrence: cross-sectional survey. *Croat Med J* 2004;45(4):483-9.
79. Syengo-Mutisya CM, Kathuku DM, Ndeti DM. Psychiatric morbidity among sexually abused children and adolescents. *East Afr Med J* 2008;85(2):85-91.
80. Bremner JD, Davis M, Southwick SM, Krystal JH, Charney D. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. In: Oldham JM, Riba MB, Tasman A (Eds.). *Review of psychiatry*, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993:183-205.
81. Mullen PE, Martin J, Anderson J, Romans SE, Herbison GP. The longterm impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl* 1996;20(1):7-21.
82. Friedman MJ. Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1991;4:67-9.
83. Weis F, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Lamm P, Schmidt M et al. Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress symptoms and improve health-related quality of life in high-risk patients after cardiac surgery: a randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;131(2):277-82.
84. Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Briegel J, Dagge A et al. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry* 2004;55(6):627-33.
85. Bierer LM, Tischler L, Labinsky E, Cahill S, Foa E, Yehuda R. Clinical correlates of 24-h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1071:514-20.
86. Cleare AJ, Heap E, Malhi GS, Wessely S, O'Keane V, Miell J. Low-dose hydrocortisone in chronic fatigue syndrome: a randomized crossover trial. *Lancet* 1999;353(9151):455-8.
87. Ito Y, Teicher MH, Glod CA, Harper D, Magnus E, Gelbard HA. Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993;5(4):401-8.
88. Brown J, Cohen P, Chen H, Smailes E, Johnson JG. Sexual trajectories of abused and neglected youths. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(2):77-82.
89. Haviland MG, Sone JL, Anderson DL, Nelson JC, Sheridan-Matney C, Nichols JG. Thyroid hormone levels and psychological symptoms in sexually abused adolescent girls. *Child Abuse Negl* 2006;30(6):589-98.

90. Karl A, Malta AS, Maercker A. Meta-analytic review of event-related potential studies in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychol* 2006;71(2):123-47.
91. Burlina AP, Aureli T, Bracco F, Conti F, Battistin LV. MR spectroscopy: a powerful tool for investigating brain function and neurological diseases. *Neurochem Res* 2000;25(9-10):1365-72.
92. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review. *Pediatrics* 1999;103:186-91.
93. Aydın E. Hekimin sır saklama ve ihbar yükümlülüğü. *Katkı Pediatri Dergisi* 2002;22:302-11.
94. Friedrich WN, Fisher J, Dittner C, Acton R, Berliner L, Butler J et al. Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment* 2001;6(1):37-49.
95. İşeri E. Çocuk Psikiyatrisi Uygulamalarında istismar Olgularının Tanınması, Çocuk istismarını ve ihmali Önleme Kongresi Dokümanları. 2009. http://cbgd.org/kongre2009//files/elvan_iseri_sun.pdf (Erişim tarihi: 06.11.2013).
96. Akço S, Aksel Ş, Arman AR. Çocuk istismarı ve ihmali uygulama kitabı. İstanbul: Türk Adli Tıp Kurumu-UNICEF 2004:13-33.
97. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar, Adli Psikiyatri Dergisi 2005;3:9-14.
98. Selby JB. Child abuse. In: Rakel RE (Eds). *Textbook of Family Practice* 7.baskı. Philadelphia: WB Saunders, 2007;55-7.
99. Tahiroğlu AY, Avcı A. Çocukta cinsel istismar. *Türkiye Klinikleri* 2006;2:76-9.
100. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmali yaklaşım. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2011;15(4):178-83.
101. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium* 2005;43:118-25.
102. Karakaya I, Üneri ÖŞ, Coşkun A. Çocukluk cinsel istismarı: bir olgu nedeniyle tanı güçlükleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2005;12(3):141-4.
103. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993;113(1):164-80.
104. Baker A, Duncan S. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl* 1985;9(4):457-67.
105. Şahiner MÜ, Yurdakök K, Kavak SU, Çetin İ. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001;22:276-85.
106. Soylu N, Pılan BŞ, Ayaz M, Sönmez S. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012;13:292-8.

107. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1993;17(1):67-70.
108. Zielinski DS, Bradshaw CP. Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: a review of the literature. *Child Maltreat* 2006;11(1):49-62.
109. Fleming J, Mullen P, Bammer G. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl* 1997;21(1):49-58.
110. Saywitz K, Mannarino AP, Berliner L, Cohen JA. Treatment for sexually abused children and adolescents. *Am Psychol* 2000;55(9):1040-9.
111. Page AZ. Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2004;7(13):103-13.
112. Finkelhor D. The trauma of child sexual abuse: two models. *J Interpersonal Violence* 1987;2(4):348-66.
113. Ekşi A. Ben hasta değilim. 1.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1999:531-41.
114. Polat O. Çocuk istismarı. *Adli Tıp Dergisi* 2000;290:207-31.
115. Sparato J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health. *Brit J Psychiatry* 2004;184:416-21.
116. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999;156(6):816-28.
117. Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health* 2004;7(2):111-21.
118. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl* 2005;29(1):45-58.
119. Carey PD, Walker JL, Rossouw W, Seedat S, Stein DJ. Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2008;17(2):93-8.
120. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992;16(1):101-18.
121. Tebbutt J, Swanston H, Oates RK, O'Toole BI. Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1997;36(3):330-9.
122. Livingston R. Sexually and physically abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(3):413-5.
123. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991;148(12):1665-71.

124. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr* 2003;8(10):737-54.
125. Ornstein A. Self-pathology in childhood: developmental and clinical considerations. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4(3):435-53
126. Baccini F, Fallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Corazziari E. Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic and functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis* 2003;35(4):25-61.
127. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990;113(11):828-33.
128. Gorey K, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl* 1997;21(4):391-8.
129. Williams LM, Herrera VM. Child maltreatment and adolescent violence: understanding complex connection. *Child Maltreat* 2007;12(3):203-7.
130. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The long term impact of child sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl* 1999;23(2):145-59.
131. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl* 2006;30(11):1239-55.
132. Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl* 2002;26(6-7):715-29.
133. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004;47:140-51.
134. Arthur HG. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997:687-98.
135. Edinburg LD, Saewyc EM. A novel intensive home visiting intervention for runaway, sexually exploited girls. *J Spec Pediatr Nurs* 2009;14(1):41-8.
136. Ringeisen H, Casanueva CE, Urato M, Stambaugh LF. Mental health service use during transition to adulthood for adolescents reported child welfare system. *Psychiatr Serv* 2009;60(8):1084-91.
137. Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Çetin SK ve ark. Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimleri. *Turk Ped Arş* 2012;47:119-24.
138. Uğur Ç, Şireli Ö, Esenkaya Z, Yaylalı H, Duman NS, Gül B ve ark. Cinsel istismar mağdurlarının psikiyatrik değerlendirilmesi ve izlemi: son dört yıllık deneyim. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2012;19(2):81-6.
139. Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar vakalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2010;48:270-6.

140. Şahin F, Cepik-Kuruoğlu A, Demirel B, Akar T, Duyan-Camurdan A, Işeri E ve ark. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. *Turk J Pediatr* 2009;51(4):336-43.
141. Maikovich-Fonga AK, Jaffee SR. Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. *Child Abuse Negl* 2010;34(6):429-37.
142. İmren SG, Ayaz AB, Yusufoglu C, Arman AR. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Med J* 2013;26:11-6.
143. Köse S, Aslan Z, Başgöl Ş, Şahin S, Yılmaz Ş, Çıtak S ve ark. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011;12:221-5.
144. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM et al. Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biol Psychiatry* 1999;45(10):1271-84.
145. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Póka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;120(2):217-21.
146. Bassani DG, Palazzo LS, Béria JU, Gigante LP, Figueiredo AC, Aerts DR et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health* 2009;9:133.
147. Metin Özge. Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğinde Değerlendirilen Cinsel İstismar Olgularının Biyopsikososyal Özellikleri (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2010
148. Çöpür M, Üneri ÖŞ, Aydın E, Bahalı MK, Tanıdır C, Güneş H ve ark. İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012;13:46-50.
149. Paradise JE, Rose L, Sleeper LA, Nathanson M. Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics* 1994;93(3):452-9.
150. Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl* 1997;21(1):1-9.
151. Bernard-Bonnin AC, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health* 2008;13(6):479-86.
152. Priebe G, Svedin GC. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents disclosures. *Child Abuse Negl* 2008;32(12):1095-108.
153. Shaw JA, Lewis JE. Child on child sexual abuse: psychological perspectives. *Child Abuse Negl* 2000;24(12):1591-600.

154. Edgardh K, Krogh GV, Ormstad K. Adolescent girls investigated for sexual abuse history, physical findings and legal outcome. *Forensic Sci Int* 1999;104(1):1-15.
155. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl* 2000;24(7):951-64.
156. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Çetin G et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl* 2001;25:279-90.
157. Dubé SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005;28(5):430-8.
158. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged woman: a community-based prevalence study. *Med J Aust* 2001;175(4):199-201.
159. Halpérin DS, Bouvier P, Jaffé PD, Mounoud RL, Pawlak CH, Laederach J et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996;312(7042):1326-9.
160. Boyle FM, Dunne MP, Purdie DM, Najman JM, Cook MD. Early patterns of sexual activity: age cohort differences in Australia. *Int J STD AIDS* 2003;14(11):745-52.
161. Cox S, Andrade G, Lungelow D, Schloetelburg W, Rode H. The child rape epidemic: assessing the incidence at Red Cross Hospital, Cape Town, and establishing the need for a new national protocol. *S Afr Med J* 2007;97(10):950-5.
162. Russell DE. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 1983;7(2):133-46.
163. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update *J Pediatr Psychol* 2009;34(4):366-78.
164. Görker, I. 'The Evaluation of The Examined Forensic Cases in Child Psychiatry in Last 4 Years'. 3rd European Academy of Forensic Science Meeting, Forensic Science International 136 (Suppl.1), 208 pp. İstanbul, Turkey, Sep 22-27, 2003.
165. Bahali K, Akçan R, Tahiroğlu AY, Avcı A. Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci* 2010;55:633-6.

EKLER



Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		TÜTF-GOKAEK 2013/145	
	PROTOKOL ADI		Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Adli Olarak Yönlendirilen Cinsel İstismar Olgularının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Doç. Dr. Işık GÖRKER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ			
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 17/14		Tarih: 31.07.2013	
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Işık GÖRKER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Leyla BOZATLI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ				
CALISMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistika.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bureç TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep TOKUÇ
Dekan
Dekan Yardımcısı